



Ministério da Educação

PESQUISA

REFLECTING ON THE CARE: FOCUS ON UNDERSTANDING AND EXPERIENCE OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

REFLETINDO SOBRE O CUIDAR: ENFOQUE NA COMPREENSÃO E VIVÊNCIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

REFLEJANDO SOBRE EL CUIDAR: ENFOQUE EN LA COMPRENSIÓN Y VIVENCIA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

Janile Bernardo Pereira de Oliveira Macedo¹, Raimunda Maria de Melo², Rosineide Santana de Brito³

ABSTRACT

Objective: The study aimed to analyze the understanding of Community Health Agents about the care provided at the Family Health Strategy and to investigate the actions performed that allow us to identify them as caregivers in health. **Methods:** Exploratory, descriptive and qualitative research, held in a Family Health Unit of the city of João Pessoa/PB. Data were collected through semi-structured interviews with six health agents. We used the content analysis methodology in the form of categorical analysis, proposed by Bardin. **Results:** We identified two categories: the care as help and attention and care as a political and social commitment. **Conclusion:** The interviewees mentioned the care as a dedication for each other and worry about the lifestyles of the clientele of the micro areas under their responsibility. Furthermore, they devised for resolving assistance, all members of the healthcare team should be involved with the problems of those who need care. **Descriptors:** Primary care nursing, Family health, Caregivers.

RESUMO

Objetivo: O estudo objetivou analisar a compreensão de Agentes Comunitários de Saúde acerca do cuidado prestado na Estratégia Saúde da Família e averiguar as ações desempenhadas que permitem identificá-los como cuidadores em saúde. **Métodos:** Pesquisa exploratória, descritiva, de caráter qualitativo, realizada em uma Unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa/PB. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada junto a seis agentes de saúde. Utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade de análise categorial proposta por Bardin. **Resultados:** Foram identificadas duas categorias: o cuidado como ajuda e atenção e o cuidado como compromisso político-social. **Conclusão:** Os depoentes referiram o cuidado como dedicação para com o outro e preocupação com os modos de vida da clientela das microáreas sob sua responsabilidade. Além disso, conceberam que para assistência resolutiva, todos os membros da equipe de saúde devem estar envolvidos com os problemas daqueles que necessitam de cuidado. **Descritores:** Enfermagem de atenção primária, Saúde da família, Cuidadores.

RESUMEN

Objetivo: El estudio objetivó analizar la comprensión de Agentes Comunitarios de Salud acerca del cuidado prestado en la Estrategia Salude de la Familia y averiguar las acciones desempeñadas que permiten identificarlos como auxiliares en salud. **Métodos:** Los datos fueron colectados en una Unidad de Salud de la Familia del municipio de João Pessoa/PB por medio de entrevista con preguntas abiertas y cerradas junto a seis agentes de salud. Se utilizó el análisis de contenido en la modalidad de análisis por categoría propuesta por Bardin. **Resultados:** Fueron identificadas dos categorías: el cuidado como auxilio y atención y el cuidado como compromiso político-social. **Conclusión:** Los agentes refirieron el cuidado como dedicación para con el otro y preocupación con los modos de vida de la clientela de las pequeñas áreas bajo su responsabilidad. Además, concibieron que para asistencia resolutiva, todos los miembros del equipo de salud deben estar envueltos con los problemas de aquéllos que necesitan cuidado. **Descriptor:** Enfermería de atención primaria, Salud de la familia, Auxiliares.

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN/RN). Endereço para correspondência: Rua Santa Rita, 793, Alecrim, Natal/RN, Brasil. CEP 59031-220. E-mail: janilebp@yahoo.com.br. ² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN/RN). E-mail: pazsolidariedade@hotmail.com. ³ Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo/Rib. Preto. Professor Associado II do Departamento de Enfermagem da UFRN/RN. Natal/RN, Brasil. E-mail: rosineide@ufrnet.br.

INTRODUÇÃO

No contexto das políticas de atenção à saúde no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Criado em 1993 e implantado de forma experimental em 1994, pelo Ministério da Saúde em 14 municípios brasileiros, o PSF recomendava como elemento primordial o desenvolvimento de ações voltadas ao núcleo familiar e recebeu influências de outros programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Médico da Família (PMF) do município de Niterói¹.

A partir de 1999, o PSF foi denominado pelo Ministério da Saúde como Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito de reestruturar a dinâmica dos serviços no nível da atenção primária em saúde². A ESF tem sua atenção voltada para a família a partir de seu ambiente físico e social, devendo agir de forma integrada com os vários níveis de complexidade dos serviços de saúde, de forma a estabelecer um sistema de referência e contra-referência que garanta um atendimento de qualidade e resolutivo³.

A qualidade e resolutividade da ESF residem na proposta de direcionar suas ações respeitando e valorizando as dimensões ambientais como também sociais de indivíduos e da coletividade, reconhecendo-as como aspectos inerentes à promoção da saúde. Essa dinâmica é possível através do engajamento de uma equipe multiprofissional em promover uma assistência voltada às individualidades dos usuários dos serviços de saúde a qual é possibilitada pelo contato diário com estes. Nesse encontro, dar-se a identificação das necessidades, um comprometimento com o outro, a construção da cidadania, a busca da produção de vínculos, cujo

objetivo é estimular a autonomia do sujeito quanto a sua saúde⁴.

Dentre os atores integrantes de uma equipe de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) participam como elo entre comunidade e profissionais durante o processo de cuidar e inserem-se nesse cenário por meio de ações basicamente preventivas e de acompanhamento domiciliar^{5,6}. No tocante às suas atribuições, exercem papel fundamental como educadores em saúde com enfoque nos problemas emergentes em sua área de atuação, desempenhando atividades de vigilância à saúde e detecção de vulnerabilidades. Por serem integrantes da comunidade, são solidários à realidade de seus clientes e atuam como agentes mobilizadores na luta pela cidadania e transformação social⁶.

A imprescindível relação entre o ACS e a comunidade apresenta-se favorável ao empoderamento dos sujeitos, principalmente, através do diálogo estabelecido entre ambos. Essa dialógica prepara a comunidade para a luta de seus direitos e a prática de seus deveres, fundamentalmente, por meio da reflexão, respeito mútuo e caminho para o conhecimento, o que reforça as práticas sociais e o controle social⁵.

É crescente a necessidade de capacitar tais pessoas para o trabalho na ESF e diante da compreensão do conceito ampliado de saúde, deve-se fortalecer a atuação desses trabalhadores no cuidado à comunidade. O ACS compartilha não só o mesmo ambiente que a população a qual atende, como traz para o seu trabalho reflexos da convivência intrínseca que mantém com as pessoas de sua área de atuação. De forma mais genérica, o ACS, como membro da ESF, desempenha no seu cotidiano ações que encerram o ato de cuidar.

Dessa forma, para conseguirmos a efetivação do cuidado, faz-se necessário um

processo intenso de envolvimento e, sobretudo, conscientização daqueles que estão diretamente responsáveis por este cuidado⁷. O cuidado humano está imbricado de valores que priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor.

O processo de cuidar quando expresso de forma ampla, não significa apenas curar doenças, e sim representa uma atitude de preocupação que vai além de ações curativas, consistindo num comportamento de zelo e solicitude com o outro no atendimento de suas necessidades mais emergentes^{6,8}. Enquanto isso, o cuidado é considerado como uma capacidade própria do ser humano, relacionado com suas experiências de quanto e como recebeu e ofertou cuidado. Ter cuidado representa atitude de proteção, promoção e preservação do significado do ser humano através de esforços transpessoais, que colaborem para o indivíduo alcançar o autoconhecimento, controle da doença e a auto-cura^{8,9}. Neste estudo as palavras cuidar e cuidado são similares em seu sentido.

Refletir sobre o cuidado humano, no contexto da atenção à saúde, implica suprimir atitudes curativistas deixando a margem ações que primam pela atenção integral e pela operacionalização de práticas preventivas. Nessa perspectiva, a ausculta das reais necessidades de saúde proporciona a satisfação do usuário e resolutividade dos seus problemas referidos.

De modo geral, o cuidado não se dissocia do humano, nem pertence exclusivamente a área da saúde. Deve estar presente em todas as atitudes e categorias profissionais, pois o ser humano é, por natureza, dotado de sentimentos, compreensões, medos e angústias que devem ser levados em consideração. Isso exprime a necessidade de por em prática um real interesse em ouvir, ouvir-se e até mesmo fazer-se ouvir¹⁰, o que se configura como uma estratégia importante nas relações de cuidar entre o eu e o outro.

Através dessas relações ocorre uma circulação de afetos onde o cuidado é estabelecido no movimento entre corpos afetados, os quais são reveladores de vivências específicas a cada ser humano. Desta movimentação pode ocorrer a análise de conflitos, a identificação das condições e sutilezas do outro que vão traçar as ações dentro de aspectos sociais e filosóficos experimentados na relação interpessoal¹¹. É válido ressaltar que esta circulação de afetos deve envolver todos os profissionais da ESF comprometidos com o cuidar segundo as perspectivas dessa proposta.

Nessa linha de raciocínio, entende-se a necessidade de que o enfermeiro e demais profissionais inseridos na ESF reconheçam o ACS como cuidador, considerando aspectos inerentes às concepções que envolvem a sua atuação o ACS de sua prática no âmbito da saúde pública. A partir desse entendimento, ele deve atuar e perceber-se como cuidador na assistência às famílias, intervindo nos processos de prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação. Assim sendo, espera-se que suas ações estejam fundamentadas por concepções que envolvem o cuidado.

Mediante essas considerações, questiona-se: Como o ACS entende o cuidado prestado por ele à população de sua área de abrangência?

Diante desse questionamento, o estudo teve como objetivos: analisar a compreensão do ACS acerca do cuidado por ele prestado; e averiguar as ações desempenhadas que permitem identificá-lo como cuidador em saúde.

Espera-se que os resultados desse estudo contribuam para o planejamento das ações em saúde, voltadas para o ACS, despertando para a relevância de sua atuação na comunidade como membro de uma equipe de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, exploratória, de caráter qualitativo, realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no município de João Pessoa/PB. A USF, cenário da pesquisa, conta com 14 trabalhadores entre os quais uma médica, uma enfermeira, uma odontóloga, uma ACD, seis ACS, um vigilante, um porteiro, um recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais.

A USF é responsável pelo atendimento a 945 (novecentos e quarenta e cinco) famílias, divididas em 06 (seis) microáreas cadastradas, as quais contam com atuação de seis ACS's.

Participaram da pesquisa os seis ACS's da referida unidade cujo critério de inclusão foi integrar a equipe há pelo menos 1 ano. Aos sujeitos foi garantindo a confidencialidade da participação, respeitando os preceitos éticos de beneficência, não-maleficência, justiça e equidade, que constam na Resolução 196/96 do CNS¹² sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre a garantia de seu anonimato para o qual tiveram seus nomes preservados e substituídos por nomes de sentimentos que eles próprios escolheram.

Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados um roteiro semi-estruturado para conduzir as entrevistas, constituídos por duas partes, uma contendo as características sociodemográficas e outra contendo o seguinte questionamento: O que você entende por cuidado? Esses, após serem devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, solicitou-se aquiescência dos mesmos para gravação das entrevistas. Vale ressaltar que a pesquisa foi aprovada como projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

De posse dos depoimentos, utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade de análise categorial proposta por Bardin¹³. Para a obtenção das categorias temáticas seguiu-se o seguinte trajeto: transcrição rigorosa do material gravado; leitura flutuante e preparo do material a ser trabalhado; leitura exaustiva das falas; identificação dos núcleos de sentidos, codificação e finalmente, construção das categorias temáticas. A análise e discussão dos resultados foram baseados em considerações literárias sobre o cuidado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Apresentação das categorias temáticas

Neste item são apresentadas as categorias originadas das falas dos participantes do estudo, quais sejam: O cuidado como ajuda e atenção e O cuidado como compromisso político-social.

O Cuidado como Ajuda e Atenção

Essa categoria refere-se à compreensão dos ACS sobre o cuidado relacionando-o com atitudes de ajuda durante a realização de suas atividades. Isso pode ser evidenciado através de narrativas como:

[...] cuidado para mim é [...] quando aquela pessoa tá impossibilitada de resolver qualquer coisa, você se oferecer para ir ajudar [...] orientando, levando a pessoa para determinados locais [...] pra resolver determinados problemas. (Solidariedade).

Percebe-se no entendimento desse ACS, que o cuidado consiste não somente em ajudar a comunidade em relação a saúde como também ser solidário com os demais problemas vivenciados pelas pessoas sob sua responsabilidade. De acordo com esse depoente, o cuidado ultrapassa as questões de saúde, quando enfatiza resolver qualquer coisa, resolver determinados problemas. Na análise do relato supracitado, extrai-se a

essência do cuidado humano representado pela preocupação com o outro na visão holística do ser, resgatando sua dimensão ontológica. Dessa forma, o cuidado ontológico é reconhecido como intrínseco à constituição do ser humano, algo que o acompanha durante toda a sua existência⁸.

Cuidar, portanto, é suprir as necessidades do próximo exigindo do profissional acurácia de entender as peculiaridades de cada ser cuidado, conhecer seus valores e limitações, a fim de transformar as ações em saúde e garantir sua efetividade. Além disso, o cuidado desperta um comportamento de compaixão, ajuda, solidariedade na promoção do bem e implica em uma maneira de ser, no qual um indivíduo centra-se no outro com desvelo e solicitude⁸⁻¹⁴⁻¹⁵.

Dessa forma, prestar cuidado deixa de ser simplesmente medicar, consultar ou examinar, e passa à significância de acolher a pessoa em si, seja através de um diálogo, de um gesto ou de qualquer atitude de doação com a consciência do efeito terapêutico que isto proporciona.

Para haver cuidado é necessário que o ser cuidador seja sensível aos sentimentos e reconheça as múltiplas dimensões emergentes do ser humano. Assim sendo, deve valorizar a subjetividade do outro a fim de promover um cuidado transformador e perene.

Essa perspectiva é demonstrada pelos participantes do estudo como pode ser observado no seguinte depoimento:

[...] é a gente ter sensibilidade para lidar com as pessoas [...] principalmente a gente que é agente de saúde que trabalha diretamente com a comunidade, dentro das casas das pessoas [...] então cuidado pra mim é isso [...] dar atenção! (Perseverança).

A sensibilidade referida por essa depoente pode ser entendida como ausculta sensível aos problemas da população receptora dos cuidados dispensados por ela, o que demonstra um processo que prima pela comunicação nas suas diversas

dimensões, seja verbal ou não. Assim, a sensibilidade é intrínseca ao homem e através dela o cuidado se manifesta. Isso foi revelado quando o depoente ressaltou:

[...] pra mim cuidar de uma pessoa eu tenho que dar atenção a ela, tenho que escutar os problemas[...]tem muitas pessoas idosas carentes precisando de um ombro amigo, de um acolhimento [...] o cuidado pra cada pessoa é diferente [...] eu tenho pessoas drogadas, eu tenho idosos que são hipertensos, que precisam muito de uma atenção, tem as gestantes [...] tive gestantes que perdeu o bebê e com isso ela sofreu demais e a gente tem que cuidar tudo isso delicadamente, saber qual o cuidado que a gente tem que ter pra cada pessoa. (Saudade).

Essa narrativa permite considerar o cuidado prestado pelo ACS também se reflete no respeito às individualidades e compreensão das reais necessidades de saúde de cada ser. Esse cuidado acontece mediante reconhecimento de aspectos psicológicos ou de fatores externos ao processo saúde-doença do indivíduo e da coletividade que recebe o cuidado.

A perspicácia em identificar essas necessidades é entendida como condição para desenvolver ações de cuidado. A relação de proximidade que o ACS afirmou estabelecer com a comunidade volta-se para a atenção que é traduzida por esse trabalhador como escuta ativa, um sorriso, postura confortante e humanizada, mediante uma relação de confiança com o outro, como se evidencia na fala seguinte:

[...] a gente cuida da saúde também quando escuta esse paciente ou mesmo quando ele chega aqui e a gente dá um sorriso [...] você já percebe quanto eles melhoram [...] já saem mais aliviados (Carinho).

Um aspecto que vale destacar é a importância da escuta como base na tomada de decisões para resolução de problemas. A escuta permite construir relacionamentos firmes entre os sujeitos a partir da transferência de saberes, de necessidades, de medos e angústias além de ser

essencial para estabelecer o sentido de empatia, de forma a conseguir aliviar o sofrimento do outro.

No contexto dessas considerações, entende-se que a escuta cria situações de confiança e fortalece o vínculo entre os seres humanos, permitindo que se estabeleçam mecanismos efetivos de cuidar, declarados nos seguintes discursos:

Cuidado significa você tratar bem [...] saber escutar [...] dar atenção (Esperança). Tenho que escutar os problemas para ver se junto daquela pessoa eu tenho como resolver. (Saudade).

O processo de escuta ao qual essas entrevistadas se reportam diz respeito à escuta qualificada, intrínseca ao acolhimento proposto pela Política Nacional de Humanização, a qual se traduz em um sistema de trocas e decisões entre trabalhador de saúde e usuário, permeado pelo compromisso do trabalhador em dar respostas às reais necessidades de saúde percebida na dialógica da relação sujeito-sujeito¹⁶.

O cuidado passa a ser mais do que técnicas ou outras ações curativas e representa uma atitude de interesse e carinho, que valoriza a relação interpessoal^{8,11}. Dessa forma, os depoimentos dos participantes do estudo em apreço reforçam concepções de autores acerca do cuidado.

O Cuidado como Compromisso Político-Social

Seguindo a perspectiva da integralidade proposta pelo SUS, a ESF atua como meio dinâmico para a garantia da assistência à saúde. As ações estruturadas no planejamento estratégico possibilitam atenção ao indivíduo/coletividade quanto à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, recuperação, reabilitação e incentivo ao controle social.

A mudança no modelo Assistencial de Saúde no Brasil vem gerando resultados positivos na garantia da saúde por meio da implantação das Unidades de Saúde da Família (USF). O engajamento de trabalhadores na ruptura da passividade possibilita o desenvolvimento do trabalho embasado na responsabilização sobre o território e estabelecimento de vínculos com a população, que envolve uma postura de compromisso e co-responsabilidade¹⁷.

Essa postura é percebida nos depoimentos dos participantes do estudo, ao relatarem que diante de uma situação que vai além da sua capacidade de resolução, recorrem aos demais profissionais da equipe:

[...] quando chega lá que se depara com aquela situação daquela pessoa, daquela família, a gente volta pra unidade pra ver se a equipe pode ajudar [...]. (Solidariedade).

Desta forma, evidencia-se que os profissionais da Equipe de Saúde da Família recorrem a outrem para prestar assistência contínua à população sob sua responsabilidade, respeitando os seus costumes e crenças. Além disso, a forma como o cuidado se expressa não ocorre de maneira isolada, mas imbricada a vida desses sujeitos, devendo ser reconhecidas e valorizadas pela equipe de saúde¹⁸.

As falas dos entrevistados também levam ao entendimento de que esses concebem o cuidado também como a relação de responsabilidade estabelecida entre ele e a comunidade ao afirmar que:

[...] cuidado significa você tratar bem, ter responsabilidade com aquela pessoa... [...]. (Esperança).

Essa concepção aproxima-se da proposta da ESF, uma vez que esta prevê a formação de vínculos com a comunidade, o compromisso e a co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Entende-se que as atitudes de compromisso e responsabilidade envolvem dar respostas à clientela quanto aos cuidados necessários para manutenção e recuperação da sua saúde. Os depoentes não se percebem isolados nesse processo, pois salientam a importância de buscar a equipe para resolutividade dos problemas diagnosticados na comunidade.

O trabalho em equipe é uma construção que envolve as distintas funções e, por sua vez, é responsável pela produção de subjetividades nos seus integrantes. Nessa construção ocorre passagem de afeto, saberes, projetos, mas também pode fazer-se barreira com divergências de opiniões e interesses sobre o objeto de trabalho. Dentro desse processo, tanto pode ocorrer uma produção de produção, como uma antiprodução, diante do cotidiano da equipe. A equipe de produção vai construindo saberes com a população que assiste, relacionados à vida, à dor, aos modos de agir para produzir protagonismos nos sujeitos. Enquanto isso, a equipe de antiprodução vive momentos de impedir este protagonismo¹⁹.

Percebe-se assim, que os ACS visam garantir o desenvolvimento das ações em saúde para que ocorra o cuidado, valorizando o compromisso do trabalho coletivo do ACS em dar respostas às necessidades das pessoas, conforme afirmativa:

[...] cuidado pra mim é isso [...] sou agente de saúde, gosto muito de dar aquela resposta [...] se a gente tenta trabalhar toda a equipe na mesma sintonia [...] em prol da mesma coisa, a gente sabe que vai ser cem por cento positivo [...]. (Perseverança).

O trabalho em equipe tem como objetivo a atenção sobre os diferentes fatores que interferem no processo de saúde-doença, ressaltando a integralidade no cuidar. Por meio da ação multiprofissional, é possível conseguir um maior impacto nas ações de saúde, pois são somados os olhares de distintos profissionais que

constroem e reconstróem suas práticas em constante interação com as práticas do outro²⁰.

Compreende-se que a prática dos entrevistados é articulada com as ações dos demais profissionais da equipe. Os ACS procuram desenvolver atividades que vão além de sua responsabilidade enquanto profissional. Assim sendo, remodelam sua prática de acordo com o reconhecimento das necessidades da população em determinados momentos, como evidencia o seguinte relato:

[...] a gente vai lá e ajuda a fazer uma limpeza na casa, a dar uma assistência àquela pessoa, pegar um medicamento na unidade, deixar lá [...]. (Solidariedade).

Dessa forma, os ACS ampliam a sua prática ultrapassando o preconizado pela Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde²¹. A partir dessa lei foi criada a profissão de ACS e definido as suas atribuições enquanto trabalhador inserido na ESF.

Dentre as atribuições previstas nessa lei, compete ao ACS realizar ações educativas para prevenção de doenças e promoção da saúde, em domicílios ou junto às coletividades, desempenhando atividades como: registro das informações de saúde das famílias para controle e planejamento das ações; estímulo da comunidade na participação em políticas públicas voltadas para a área da saúde; acompanhamento das situações de risco por meio de visitas domiciliares periódicas. Cabe ainda a participação nas ações que envolvam as diversas políticas existentes, garantindo o elo destas com as políticas de saúde para uma melhor qualidade de vida da população.

Baseado em suas atribuições, previstas em lei, uma das responsabilidades do ACS é a orientação da comunidade sobre os cuidados de saúde. Através da análise das falas dos participantes desse estudo, evidenciou-se que os mesmos se percebem cuidadores em saúde ao reconhecer o referido papel junto às famílias,

como pode ser observado na seguinte fala:

[...] Eu me sinto cuidadora da saúde desde que oriento minhas famílias, informando e orientando do que pode se fazer para ter uma saúde melhor (Esperança).

Além da educação em saúde, o ACS deve manter-se junto à comunidade e incentivar o exercício da cidadania com vistas a contribuir para o desenvolvimento das políticas públicas. Nesse entendimento, os atores sociais apresentam em suas falas o cuidado percebido como orientações quanto ao exercício da cidadania, demonstrando a dimensão e os múltiplos significados que envolvem a prática do cuidado:

[...] a gente cuida das pessoas quando a gente orienta, quando a gente faz elas perceberem que precisam exercitar sua cidadania (Carinho).

Como sujeitos nesse processo, os ACS e usuários estabelecem uma relação de vínculo cuja base é o diálogo e a interação afetiva, a qual tem como consequência desenvolver além de uma relação terapêutica, o senso crítico, que direciona a busca da luta por ideais benéficos ao individual e ao coletivo.

Isso pode ser vislumbrado a partir da seguinte fala:

[...] A gente teve uma reunião com a comunidade e a comunidade exigiu da associação pra que fosse procurar os órgãos responsáveis, então agora fiquei muito feliz porque eu pude ver que o rio foi limpo [...] enquanto eu tava trabalhando sozinha eu não tinha conseguido nada, mas depois que a comunidade se mobilizou [...] o rio tá limpo [...] (Solidariedade).

Nesse sentido, o cuidado coletivo requer crítica, reflexão e participação da comunidade. Isto leva ao entendimento de que o ACS ao cuidar da natureza, reconhece a importância da inserção da população nesse processo, implicando em mudança de atitude e zelo pelo meio ambiente e tudo que está inserido no seu contexto de vida.

Percebe-se que o estímulo ao exercício da cidadania baseado no senso crítico desperta para

um cuidado transformador e coletivo com o reconhecimento da importância do controle social, como está presente no depoimento de Carinho, ao afirmar que o cuidado acontece [...] quando você orienta, você chama a sua comunidade pra brigar pelos seus direitos [...]. Nesse ínterim, encontra-se a presença marcante da dialógica, que instiga o homem a reflexão dos condicionantes do processo saúde doença, bem como possibilita a construção da cidadania.

Essa perspectiva faz parte da atuação do ACS, no qual se observam duas principais dimensões: a estritamente técnica, voltada para as intervenções relacionadas à prevenção de agravos ou doenças, e outra dimensão voltada ao papel político de organização da comunidade para transformação dos determinantes em saúde. Nessa compreensão política, o ACS é elemento importante na reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde junto à comunidade, e também atua como fomentador para cidadania e transformação social⁶.

Entende-se que essa concepção política provê a transformação no modo de pensar, de agir e de cuidar. Além disso, constrói laços afetivos horizontalizados, onde todos os sujeitos são partícipes nos modos de produção do cuidado, posicionando-se de forma crítica e reflexiva diante sua realidade.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo pode-se compreender o significado do cuidado para o ACS dentro da perspectiva do cuidar na Estratégia Saúde da Família. A reorientação dos serviços e o conceito ampliado de saúde suscitam a necessidade de se repensar como estamos cuidando e como podemos cuidar do outro dentro de uma perspectiva de mundo em constante mudança de valores e culturas.

Na ESF, diversos atores estão envolvidos na

prestação de cuidados, entre eles o ACS, profissional reconhecido como elo entre comunidade e a equipe da ESF. Assim, faz-se necessário reconhecê-los como agentes potencializadores do processo de cuidar, compreendendo seu papel de cuidador que, por vezes, pode não estar reconhecido.

Ademais, evidencia-se que os depoentes do estudo encontraram o sentido para o cuidado diante da dedicação para com o outro, no momento em que estiveram preocupados com os modos de vida da clientela da área adscrita. Além disso, concebem que para uma assistência resolutiva, todos os membros da equipe de saúde devem estar envolvidos com os problemas daqueles que necessitam de cuidado.

O cuidado extravasa sua significação de dar atenção e é entendido por ações de incentivo ao controle social e luta pelos direitos dos indivíduos e da coletividade. Percebeu-se nos depoimentos, que cuidar integra o empoderamento dos sujeitos cuidados na manutenção da saúde, levando-os a uma postura política, ética e de responsabilidade.

A partir desse estudo pode-se perceber que o enfermeiro deve reconhecer o ACS como importante colaborador para o cuidar na ESF, cabendo-lhe, portanto, a responsabilidade de capacitar essas pessoas para o trabalho em saúde, a fim de atender aos princípios basilares do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Santos PFBB. O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do PSF na cidade de Campina Grande-PB: à luz da história oral temática [dissertação]. [João Pessoa]: Universidade Federal da Paraíba. 2004.
2. Souza HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: Negri B, Viana AL, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. 2002. p.221-40.
3. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004.
4. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. [On line] 2004. [citado 04 mai 2010]; 20(6):1487-1494. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20n6/05.pdf>>.
5. Lanzoni GMM, Lino MM, Schweitzer MC, Albuquerque GL. Direitos dos Usuários da Saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. Rev Rene. [on line] 2009; [citado em 04 abr 2010]; 10(4):145-54. Disponível em: <<http://132.248.9.1:8991/hevila/RevistaRENE/2009/vol10/no4/16.pdf>>.
6. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ. [on line] 2002. [citado 17 mai 2010]; 6(10):75-83. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/07.pdf>>.
7. Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
8. Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. Inclusão Social. [on line] 2005. [citado 20 Mai 2010]; 1(1):28-35. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/6/11>>.
9. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2006.
10. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Rev Saúde e

Sociedade. [On line] 2004. [citado 18 abr 2010]; 13(3):16-29. Disponível em: http://www.crh.saúde.sp.gov.br/reseouces/.../docs/cuidado_e_modos_de_ser.pdf.

11. Machado AL, Colvero LA, Rolim MA, Helene LMF. Subjetividade e pós-modernidade na enfermagem. Rev Eletr Enf. [on line] 2009. [citado 27 mai 2010]; 11(4):1031-6. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a30.htm>.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196/96. Bioética 1996; 4 Suppl:15-25.

13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.

14 Baggio MA. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Rev Eletr Enf. [on line] 2006. [citado 16 maio 2010]; 8(1):9-16. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_1.htm.

15. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

17. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. Cien Saúde Colet. [On line] 2008; [citado 24 abr 2010]; 13(1):71-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/11.pdf>.

18. Ferreira IP, Mendes AS, Silva NA. Manifestações do cuidar popular e profissional no cotidiano de saúde de famílias ribeirinhas da ilha do combu. R. Pesq; cuidado é fundamental. [On line] 2010; [citado 10 jul 2011]; 2(Ed. Supl.):999-1002. Disponível

em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/1219/pdf_333.

19. Fortuna, CM. Cuidando de quem cuida- notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para a produção de vida [tese]. [Ribeirão Preto (SP)]: Universidade de São Paulo; 2003.

20. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Cien Saúde Colet. [on line] 2007; [citado 24 abr 2010]; 12(Sulp. 2):445-464. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>.

21. Brasil. Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 06 de outubro de 2006.

Recebido em: 08/09/2011

Aprovado em: 20/05/2012