

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**O DESAFIO DE SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE  
RURAL NO MUNICÍPIO DE JERÔNIMO MONTEIRO - ES: UM  
ESTUDO NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE INSTITUCIONAL**

VITÓRIA (ES)  
2012

RENAN ALMEIDA BAPTISTINI

**O DESAFIO DE SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE  
RURAL NO MUNICÍPIO DE JERÔNIMO MONTEIRO - ES: UM  
ESTUDO NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Espírito Santo, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Túlio Alberto Martins de Figueiredo.

VITÓRIA (ES)  
2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

B222d Baptistini Renan Almeida, 1987-  
O desafio de ser agente comunitário de saúde rural no município de Jerônimo Monteiro – ES : um estudo na perspectiva da análise institucional / Renan Almeida Baptistini. – 2012.  
169 f. : il.

Orientador: Túlio Alberto Martins de Figueiredo.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Serviços de saúde na zona rural. I. Figueiredo, Túlio Alberto Martins de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

---

RENAN ALMEIDA BAPTISTINI

**O DESAFIO DE SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE  
RURAL NO MUNICÍPIO DE JERÔNIMO MONTEIRO - ES: UM  
ESTUDO NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Espírito Santo, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Vitória, 02 de julho de 2012

---

Dr<sup>o</sup>. Núncio Antônio Araújo Sól  
Universidade Federal de Ouro Preto  
Membro Titular Externo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Duarte Lima  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Titular Interno

---

Dr<sup>a</sup>. Cristiana Mara Bonaldi  
Prefeitura Municipal de Vitória  
Suplente Externo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Francis Sodré  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Suplente Interno

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Túlio Alberto Martins de Figueiredo  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientador

A todos os Agentes Comunitários de Saúde Rurais.  
Trabalhadores de bem que superam os desafios do seu  
cotidiano laboral em prol do bem-estar dos seus e da  
comunidade.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer! Acredito ser o mínimo que eu possa fazer a todos que se fizeram presentes neste estudo. As palavras não conseguirão expressar todos os sentimentos experimentados neste acontecimento – o mestrado. Mas, é com muito afeto que dedico este espaço a todos aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste sonho e, por isso, sou profundamente grato.

À **Deus**, que me deu força e sabedoria para superar os desafios e continuar rumo à conquista deste sonho.

Lembro-me de um fato, ocorrido ainda quando criança, em que eu, meu pai e minha irmã caminhávamos em meio a uma plantação de café para chegar a um pé de mexerica, bem no alto do morro. Nessa caminhada, meu pai ia à frente afastando o mato com as mãos, e nos orientava a pisar no lugar em que ele havia acabado de retirar os pés, evitando que pisássemos em espinhos. Assim foram todos os nossos passeios, até que eu e minha irmã crescêssemos e aprendêssemos onde poderíamos “pisar”.

Por esse e tantos outros ensinamentos, agradeço, em especial, aos meus pais (**Jumar e Mariles**), que me ensinaram valores que hoje me fazem conduzir a vida com dignidade, honestidade e compromisso. Sempre me incentivaram e nunca mediram esforços para garantir minha formação. Agradeço por serem sempre presentes em minha vida e pelos ensinamentos tão nobres e sólidos. Obrigado por tudo.

À minha irmã, **Marcela**. Sou tão grato a você que nem sei por onde começar. Você é uma das responsáveis por essa conquista. Ainda nos tempos da graduação já contava com seu apoio e sempre ouvia você dizendo: “vai fazer o mestrado hein menino”. Emprestou os livros, estudou junto comigo, torceu pela

minha aprovação, comemorou comigo e continuou me apoiando e dando força ao longo de toda minha caminhada no mestrado. Por esses e tantos outros motivos, quero deixar meus sinceros agradecimentos. Gosto “muitão” de você irmã. Agradeço também ao meu cunhado, **Rafa**, que mesmo de longe sempre incentivou e torceu por mim, em especial por essa conquista. Agradeço também por cederem, gentilmente, o apartamento de vocês, lugar de minha estada temporária na cidade de Vitória. Obrigado mesmo Marcela e Rafa.

Por falar em estada, não poderia esquecer da **Denise** e **Dilcélia**, que me acolheram em sua residência logo que mudei para Vitória. Mas, apesar da importância desse acolhimento, sou ainda mais grato pelo amor e carinho que sempre recebi de vocês. Obrigado pelo carinho, pelos conselhos e por todo apoio que me deram durante essa caminhada. Vocês também fazem parte dessa conquista.

À minha **família**, pela força e solidariedade, em especial ao meu primo **Gustavo**, que acompanhou de perto parte dessa caminhada e que, sempre com uma piadinha sem graça (ou seria engraçada?) conseguia despertar meu entusiasmo às vezes esquecido nos dias mais tensos.

Aos meus **amigos**, pela força, por nunca me deixarem desanimar e pelos momentos de alegria que transformavam os obstáculos em motivos para seguir em frente.

Agradeço, em especial, aos **Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro**, principais personagens dessa história. Agradeço por se disponibilizarem a participar deste estudo e pela oportunidade de convívio e aprendizagem. Sem vocês este estudo não seria possível. Muito obrigado.

À **Prefeitura Municipal de Jerônimo Monteiro**, pelo apoio e por ter cedido informações relevantes para a construção do trabalho.

Ao ex-secretário municipal de saúde de Jerônimo Monteiro, **José Maria Justo** que deu seu consentimento para a execução do trabalho no município além do apoio e de ter se colocado à inteira disposição para contribuir com o

desenvolvimento do trabalho quando ainda ocupava o cargo de gestor na secretaria municipal de saúde de Jerônimo Monteiro.

À secretária municipal de saúde de Jerônimo Monteiro, **Lúcia Maria Domingos Aguiar** que, mesmo tomando conhecimento deste estudo já em sua fase final, se colocou a inteira disposição para contribuir com o desenvolvimento do trabalho. Obrigado pelo apoio.

À coordenadora das Unidades de Saúde da Família, **Valéria**, ao amigo **Maurício Gasoni** e a todos os **funcionários da secretaria municipal de saúde de Jerônimo Monteiro**, pelo apoio e carinho com o qual sempre me receberam.

A todos os **integrantes das equipes de saúde da família** do município de Jerônimo Monteiro, em especial, aos enfermeiros responsáveis pelas mesmas (**Edson Miranda de Oliveira Júnior, Isis Spala Viana, Ana Paula Gava e Mirian Helen de Almeida Dias**). Agradeço por cederem, gentilmente, o espaço das unidades de saúde da família para a realização de reuniões e entrevistas com os ACS rurais e por todo apoio que deram para a execução do trabalho.

Aos **moradores da zona rural** de Jerônimo Monteiro, que permitiram minha entrada no seu contexto familiar durante o trabalho de observação feito através das visitas domiciliares com os ACS rurais.

À **Universidade Federal do Espírito Santo** e aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC)**, por me possibilitarem cursar o mestrado e ter um aprendizado enriquecedor.

Aos **amigos da turma de mestrado** e do **Grupo de pesquisa Rizoma – Saúde Coletiva e Instituições**, pelos momentos de aprendizado que compartilhamos. Todas as contribuições foram importantes para a construção deste estudo. Foi muito bom conhecê-los.

Aos **funcionários do PPGSC/UFES**, especialmente à **Cinara, Diana e Dona Néia**, com as quais tive mais proximidade. Obrigado pela força, apoio e pelos momentos de descontração.



Ao **Drº. Núncio Antônio Araújo Sól** e à **Drª. Rita de Cássia Duarte Lima**, que atenderam prontamente ao convite para compor a banca examinadora do meu projeto de dissertação e que, generosamente, contribuíram com o trabalho.

Para fechar com “chave de ouro”, deixo meus eternos agradecimentos ao **professor Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo**, que cumpriu com enorme competência seu papel de orientador e, com sua forma afetiva de lidar com as pessoas, me possibilitou a realização de um trabalho extremamente prazeroso. Muito obrigado Túlio, pelas orientações, os lanchinhos, as caronas, os conselhos. Cada detalhe contribuiu para o sucesso deste trabalho e para meu crescimento pessoal. Como eu sempre lhe disse: “deveriam “fabricar” outros Túlios por aí”, afinal, é sempre bom ter pessoas como você por perto. Aprendi muito com você. Como agradecê-lo?

A todas as outras pessoas que se fizeram presentes neste estudo.

“Cada um de nós compõe a sua história. Cada ser em si  
carrega o dom de ser capaz e ser feliz.”

(Almir Sater)

## **BIOGRAFIA**

Renan Almeida Baptistini, filho de Jumar César Baptistini e Mariles Almeida Baptistini, nasceu em 12 de junho de 1987 na cidade de Cachoeiro de Itapemirim – ES.

Em 2008, graduou-se em Enfermagem no Centro Universitário São Camilo – ES, na cidade de Cachoeiro de Itapemirim – ES.

Em 2009, integrou o quadro de profissionais de saúde do Município de Jerônimo Monteiro – ES, atuando como Enfermeiro em uma Unidade de Saúde da Família, com ações voltadas tanto para a área urbana quanto rural. Desligou-se da Prefeitura Municipal de Jerônimo Monteiro em março de 2010.

Em 2010, iniciou o curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Concluiu a Especialização em abril de 2012.

Em 2010, iniciou o Mestrado em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Defendeu sua dissertação em julho de 2012.

## RESUMO

Experimentação vivenciada com um grupo de oito Agentes Comunitários de Saúde que trabalham na zona rural do Município de Jerônimo Monteiro, no sul do Estado do Espírito Santo. Inspirada pela Análise Institucional, esta pesquisa buscou analisar os dispositivos instituídos e instituintes da prática de um Agente Comunitário de Saúde Rural. Este estudo, de abordagem qualitativa, possibilitou, a partir de entrevistas e de um trabalho de observação feito através de visitas domiciliares na zona rural com os Agentes Comunitários de Saúde, caracterizar e conhecer o cotidiano laboral destes profissionais, bem como as singularidades e os desafios de seu local de trabalho – a zona rural. Alguns desafios podem ser apontados para o saber fazer e saber ser Agente Comunitário de Saúde na zona rural, como, por exemplo, o extenso território de abrangência da Estratégia Saúde da Família, a grande dispersão demográfica, os locais ermos, os animais e os acessos distantes ou mesmo quase inacessíveis aos domicílios rurais, principalmente nos dias chuvosos. O Município de Jerônimo Monteiro é caracterizado por uma situação fundiária típica do Estado do Espírito Santo, onde predominam pequenas propriedades rurais cortadas por estradas de terra batida. É neste contexto que os Agentes Comunitários de Saúde Rurais buscam, através de alternativas viáveis, cumprir suas ações instituídas e dar conta de, através da singularidade de outros espaços atípicos – um curral, por exemplo -, reinventar o novo.

**Palavras-chave:** Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Coletiva; Serviços de Saúde na Zona Rural.

## ABSTRACT

An experimentation with an experienced group of eight Community Health Workers who work in rural areas of the City of Jerônimo Monteiro, in the southern of Espírito Santo state. Inspired by the Institutional Analysis, this study aimed to analyze the arrangements in place and instituting the practice of a Rural Community Health Agent. This study, which brings a qualitative approach, made possible, through interviews and observation work done through home visits in rural areas with the Community Health Agents, characterize and understand the daily work of these professionals, as well as the peculiarities and challenges of its workplace – the countryside. Some challenges may be appointed to expertise and knowing how to be the Community Health Agent in rural areas, for example, the vast territory covered by the Family Health Strategy, the wide dispersal of population, the remote places, animals, and distant access or inaccessible to most rural households, especially on rainy days. The City of Jerônimo Monteiro is characterized by an agrarian situation typical of Espírito Santo, where small farms predominate crossed by dirt roads. In this context, the Community Health Workers Rural seek, through viable alternatives, fulfilling their actions instituted and realize, through the uniqueness of other atypical spaces – a kraal, for example – to reinvent the new .

**Keywords:** Community Health Agent; Collective Health; Health Services in Rural Area.

## LISTA DE FIGURAS

- Mapa 1.** Localização do Município de Jerônimo Monteiro no Estado do Espírito Santo \_\_\_\_\_ **44**
- Mapa 2.** Divisão Regional do Estado do Espírito Santo – Macrorregiões de Planejamento \_\_\_\_\_ **45**
- Mapa 3.** Microrregiões Administrativas de Gestão do Estado do Espírito Santo \_\_\_\_\_ **46**

## LISTA DE FOTOGRAFIAS

- Fotografia 1.** Vista aérea parcial do Município de Jerônimo Monteiro \_\_\_\_\_ **48**
- Fotografia 2.** Área marcada pela erosão e de difícil acesso à uma das comunidades rurais do Município de Jerônimo Monteiro \_\_\_\_\_ **64**
- Fotografia 3.** Estrada íngreme e de difícil acesso à um domicílio na zona rural do Município de Jerônimo Monteiro \_\_\_\_\_ **65**
- Fotografia 4.** Acesso do ACS Rural a uma casa nos arredores de um cafezal em meio ao matagal \_\_\_\_\_ **66**
- Fotografia 5.** Acesso do ACS Rural a uma casa nos arredores de um cafezal em meio ao matagal \_\_\_\_\_ **66**
- Fotografia 6.** Vista da pequena área urbana de Jerônimo Monteiro – ES, a partir de um domicílio situado no início da região montanhosa do município \_\_\_\_\_ **67**
- Fotografia 7.** Acesso dificultado a um domicílio na zona rural do Município de Jerônimo Monteiro em um dia chuvoso \_\_\_\_\_ **69**
- Fotografia 8.** Acesso dificultado a um domicílio na zona rural do Município de Jerônimo Monteiro em um dia chuvoso \_\_\_\_\_ **69**
- Fotografia 9.** ACS Rural fazendo visita domiciliar à cavalo na zona rural de Jerônimo Monteiro – ES \_\_\_\_\_ **70**
- Fotografia 10.** ACS Rural chegando a um domicílio na zona rural no Município de Jerônimo Monteiro – ES \_\_\_\_\_ **74**
- Fotografia 11.** Uma pequena residência “perdida” no meio de um verde sem fim \_\_\_\_\_ **88**

- Fotografia 12.** Na imensidão verde, onde encontrar as pequenas casinhas rurais? \_\_\_\_\_ **88**
- Fotografia 13.** E cada uma dessas casinhas rurais, onde estão? \_\_\_\_ **89**
- Fotografia 14.** Xô boiada, a equipe de saúde rural precisa seguir caminho! \_\_\_\_\_ **90**
- Fotografia 15.** A cachorrada ... alegria (ou desespero?) do ACS Rural no Município de Jerônimo Monteiro – ES \_\_\_\_\_ **90**
- Fotografia 16.** Abre cancela, fecha cancela ... uma rotina no trabalho do ACS Rural no Município de Jerônimo Monteiro – ES \_\_\_\_ **92**
- Fotografia 17.** Qualquer lugar é lugar ... ACS Rural se dirigindo ao curral para encontrar boiadeiro e fazer a sua visita “domiciliar” \_\_\_\_\_ **94**



## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1.** Distribuição dos ACS Rurais investigados de acordo com sexo, raça/cor, estado civil, religião e grau de instrução. Município de Jerônimo Monteiro – ES, 2011 \_\_\_\_\_ **61**

**Quadro 2.** Distribuição dos ACS Rurais investigados de acordo com o grau de inclusão digital, profissão anterior e município de nascimento. Município de Jerônimo Monteiro – ES, 2011 \_\_\_\_\_ **63**

**Quadro 3.** Frequência com que os profissionais que compõem as equipes de saúde da família comparecem às visitas aos domicílios rurais do Município de Jerônimo Monteiro – ES, 2011 \_\_\_\_\_ **79**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CLT** – Consolidação das Leis Trabalhistas

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**ES** – Espírito Santo

**GPABA** – Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano

**IDH-M** – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

**MS** – Ministério da Saúde

**NEDTEC** – Núcleo de Estudos e de Difusão de Tecnologia em Florestas, Recursos Hídricos e Agricultura Sustentável

**NOAS** - Normas Operacionais da Assistência à Saúde

**NOB** – Norma Operacional Básica

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PNACS** – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

**PNUD** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PSF** – Programa Saúde da Família

**STF** – Supremo Tribunal Federal

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UFES** – Universidade Federal do Espírito Santo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
	OBJETIVO GERAL .....	25
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
<b>3</b>	<b>A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O SURGIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UMA BREVE REVISÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>35</b>
	CENÁRIO DO ESTUDO .....	35
	TIPO DE ESTUDO .....	35
	POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	36
	<b>Tamanho da amostra .....</b>	<b>36</b>
	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	36
	INSTRUMENTOS DE COLETA DE MATERIAL .....	37
	TRABALHO DE CAMPO .....	38
	TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL .....	38
	RESTITUIÇÃO DO MATERIAL .....	39
	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	39
<b>5</b>	<b>O MUNICÍPIO DE JERÔNIMO MONTEIRO: RESGATE HISTÓRICO, DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO .....</b>	<b>41</b>
	ORIGEM DO MUNICÍPIO .....	41
	BEM-VINDOS À JERÔNIMO MONTEIRO: CONTEXTO ATUAL DO MUNICÍPIO .....	43
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE INSTITUCIONAL .....</b>	<b>52</b>

<b>7</b>	<b>E LÁ VÃO OS ACS RURAIS DO MUNICÍPIO DE JERÔNIMO MONTEIRO – ES, NUM SOBE LADEIRA, DESCE LADEIRA, SEM PARAR...</b> .....	<b>58</b>
	MUITO PRAZER EM CONHECÊ-LOS .....	<b>58</b>
	LOCOMOÇÃO E LOUCA EMOÇÃO .....	<b>64</b>
	A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS VISITAS DOMICILIARES RURAIS .....	<b>73</b>
	A LABUTA DO ACS NA ZONA RURAL: PRAZER E SOFRIMENTO .	<b>81</b>
	<b>O prazer de ser ACS Rural</b> .....	<b>81</b>
	<b>Sufrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde Rural</b>	<b>84</b>
	A ZONA RURAL E SUAS SINGULARIDADES .....	<b>87</b>
<b>8</b>	<b>RESTITUINDO A HISTÓRIA COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE RURAIS: UM NÓ BEM ATADO?</b> .....	<b>95</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>99</b>
<b>10</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE I</b> .....	<b>107</b>
	<b>APÊNDICE II</b> .....	<b>122</b>
	<b>APÊNDICE III</b> .....	<b>138</b>
	<b>APÊNDICE IV</b> .....	<b>156</b>
	<b>APÊNDICE V</b> .....	<b>161</b>
	<b>APÊNDICE VI</b> .....	<b>164</b>
	<b>ANEXO I</b> .....	<b>168</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu em 1991, na região nordeste do Brasil, como uma iniciativa de reformulação do Sistema Único de Saúde/SUS com o compromisso de melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Uma nova estratégia foi adotada em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnológicos à proposta anterior, para expressar um novo acesso da comunidade ao serviço de saúde, inclusive no que se refere às ações diretas dos profissionais às famílias, representando maior grau de resolutividade do que o PACS às demandas em saúde (LARA, 2008).

A partir de 1998, com a implantação efetiva da Norma Operacional Básica 01/96 - NOB/96 (BRASIL, 1996), introduz-se um forte elemento de incentivo à propagação do programa através de um financiamento específico. Observa-se, a partir de então, uma rápida expansão do programa, com o Ministério da Saúde (MS) estabelecendo metas e vinculações de transferências de recursos financeiros destinados à implantação e expansão do mesmo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde marcado pelos serviços hospitalares, atendimentos médicos e ações curativas. A atenção estaria centrada na família e a unidade de saúde inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias.

A ampliação do acesso aos serviços, saindo de uma lógica fragmentada para outra pautada no vínculo e na ênfase da promoção da saúde e da articulação

intersetorial, é um dos sinais do avanço proporcionado pela implantação das equipes de saúde da família.

Mas ainda cabe o desafio de ampliar o debate sobre inúmeras questões, se pretendemos ampliar a capacidade de tornar esse modelo hegemônico e homogeneizar o modelo de assistência da atenção básica no Brasil, como, por exemplo, refletir sobre a possibilidade de recriação, avançando no sentido de estar atento às experiências locais, adequando-se às necessidades de adaptação.

O formato e a organização do processo do trabalho adotado até então pela ESF, contém alguns limites, como a concepção de um formato único para todo o país e equipes, minimizando as diferenças locais, desconhecendo o atendimento à demanda espontânea, como se a adscrição da população à equipe de saúde da família conseguisse responder pela totalidade das necessidades de atenção a saúde dos usuários.

Nesse contexto, evidenciam-se as atribuições de um ACS, que assume um formato único, independente da equipe e do local de trabalho em que esse profissional está inserido.

Alguns desafios podem ser apontados para o saber-fazer e saber-ser ACS, principalmente aqueles que desenvolvem seu trabalho em regiões rurais. Esses profissionais possuem características específicas de seu labor como, por exemplo, a grande dispersão demográfica presente nas áreas rurais, que prejudica a agilidade das visitas; acessos distantes e difíceis às comunidades; extenso território de abrangência; locais ermos; além da falta de apoio dos demais integrantes da equipe e de meios de transporte para realização das visitas domiciliares.

Esses desafios de minha vida prática – vivenciar juntamente com um grupo de agentes comunitários rurais de um pequeno município da região sul capixaba a atenção à saúde de uma comunidade rural, espaço onde se deu a minha inserção profissional -, passaram a se constituir como problema intelectual quando me dispus avançar em meus estudos buscando uma formação *Stricto*

Sensu, cuja escolha, muito acertadamente se deu pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva o Centro de Ciências da Saúde da UFES.

Minha formação básica se deu no Centro Universitário São Camilo, em Cachoeiro de Itapemirim - ES, nos anos de 2005 a 2008. Logo a seguir, em 2009, passei a integrar o quadro de profissionais de saúde do município de Jerônimo Monteiro, atuando como enfermeiro da ESF e com ações voltadas tanto para área urbana quanto rural. A vivência na equipe me permitiu um contato muito próximo com os ACS e a identificação de adaptações no processo de trabalho para a região rural que precisam ser melhores estudadas.

Sobre este estudo, justifica-se primeiramente a implicação do pesquisador com o cenário de estudo – um pequeno município situado ao sul do Espírito Santo -, com a ESF e os ACS rurais, buscando oferecer alguma contribuição a um recorte de estudo ainda incipiente – a atenção em saúde rural -, mas certamente parte da realidade de uma grande maioria de outros municípios capixabas e de outros estados brasileiros. A propósito, implicação é a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição, de tal forma que o indivíduo é tomado pela mesma, querendo ou não (MONCEAU, 2008).

Para Barbier (1985, p. 120), implicação significa,

[...] o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passada e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento (BARBIER, 1985, p. 120).

Apesar dos inúmeros estudos e publicações envolvendo a atenção primária à saúde e a ESF no Brasil, poucos estudos mencionam o processo de trabalho do ACS e seus diferentes dispositivos para adaptações em regiões rurais brasileiras.



O estudo mais aprofundado sobre os dispositivos instituídos e instituintes do trabalho dos ACS rurais muito contribuirá para a identificação do perfil de atuação destes profissionais em suas equipes e na discussão da temática para a melhoria dos processos de trabalho na saúde da família e consequente melhoria na qualidade da assistência primária à população assistida, o que revela sua importância social.

Considerando o disposto acima, pretendo, com este estudo, trazer um olhar mais sensível para o processo de trabalho destes profissionais tão importantes para a equipe de saúde e, desta forma, contribuir também para a evolução dos estudos de saúde coletiva em áreas rurais.

## 2. OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

Este estudo teve como objetivo geral analisar os dispositivos instituídos e instituintes da prática de um Agente Comunitário de Saúde Rural.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O alcance do objetivo geral acima proposto se deu através dos seguintes objetivos específicos:

- Conhecer os dispositivos instituídos sobre a prática do Agente Comunitário de Saúde (urbano e rural) no Brasil;
- Discutir a prática do conjunto de Agentes Comunitários de Saúde Rurais do município de Jerônimo Monteiro – E.S. e,
- Identificar se os Agentes Comunitários de Saúde Rurais de Jerônimo Monteiro, no atendimento das demandas dos usuários rurais, além de suas atividades instituídas, buscam criar formas diferenciadas de produzir a sua prática cotidiana.

### **3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O SURGIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UMA BREVE REVISÃO**

A formulação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a resultante de um expressivo movimento de reforma sanitária, inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país e que teve na VIII Conferência Nacional de Saúde um de seus "locus" privilegiados para o estabelecimento das grandes diretrizes na reorganização do sistema de saúde no Brasil.

Nesse momento, a saúde teve um expressivo reconhecimento e inserção na nova Constituição, promulgada em outubro de 1988, destacando-se sua inclusão como um componente da seguridade social, a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico expresso no Artigo 196, o qual da conta de que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). Além disso, foram assumidos também os princípios da universalidade, da equidade e integralidade às ações de Saúde.

Naquele contexto, o país teve uma política de saúde claramente definida na constituição implicando, portanto, em mudanças para sua operacionalização. Entretanto, a complexidade dessas mudanças e o não comprometimento do então Presidente Fernando Collor de Mello com as teses centrais da reforma sanitária, dificultaram a implementação dessa nova política de saúde.

Dessa forma, a regulamentação dessas políticas só foi estabelecida no final de 1990, através das leis 8.080/90 (BRASIL, 1990-a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990-b). A Lei 8.080/90 trata do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do sistema, e a Lei

8.142/90, aborda a participação da comunidade na gestão do SUS e os mecanismos de transferências de recursos financeiros às demais instâncias de gerência/gestão, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal.

A partir daí, a operação do sistema e a relação entre os gestores foi tratada por meio de portarias do Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOB) – as quais foram expedidas em 1991, 1992, 1993 e 1996. Mais recentemente foram elaboradas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 e 2002 para tratar da regionalização da assistência.

No início da década de 90, na tentativa de consolidar as propostas do SUS, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PACS foi criado em 1991, e surgiu a partir de diversas e diferentes experiências no país, sendo aquela vivenciada pelo Estado do Ceará, em 1987, a que mais contribuiu para o desenho e execução do programa nacionalmente. Os ACS do Ceará faziam parte de um programa emergencial de combate à seca. A região nordeste, considerada uma das mais pobres do país, apresentava uma alta taxa de mortalidade infantil naquele momento. Um fator central valorizado na elaboração do programa foi o baixo nível de informação e orientação da população, responsável pelo agravamento da situação. Caberia, então, ao agente comunitário de saúde levar informações às comunidades na tentativa de melhorar as condições de saúde daquela região.

Com a passagem do período de estiagem, o programa foi desacelerando-se, mas a reivindicação comunitária fez com que o estado mantivesse e expandisse o mesmo com o objetivo geral de melhorar a capacidade de autonomia das pessoas de cuidar da própria saúde e, em consequência, diminuir a mortalidade materno infantil, aumentar a proporção do aleitamento materno exclusivo até quatro meses de idade e reduzir a mortalidade, causada por desidratação, durante as doenças diarreicas (SOUSA, 2003).

Na época, alguns indicadores, como o aumento da cobertura vacinal e a diminuição da ocorrência das doenças imunopreveníveis, controle de câncer cérvico-uterino e redução da mortalidade infantil, foram as principais justificativas para a manutenção do programa no estado e a ampliação para o país. Para tanto, contou-se com a adesão do Ministério da Saúde e com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, o qual um ano depois passou a ser denominado PACS (SOUSA, 2003).

O propósito maior de estabelecimento do Programa foi a implantação descentralizada de um novo sistema de saúde - Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Brasileira. Além disso, considerou-se o fato de o agente configurar um elo importante entre a comunidade e o serviço de saúde e assim conseguir resolver pequenos problemas e orientar práticas preventivas (NUNES et al, 2002).

Inicialmente o PACS foi implantado em alguns estados da região norte e nordeste e posteriormente foi estendido para as demais regiões do Brasil.

Na década de 90, na busca de mudanças no modelo de atenção e de resultados mais significativos, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), como uma estratégia de reorganização da atenção primária à saúde.

O PSF foi oficializado em 1994, como proposta do Ministério da Saúde, para garantir a sustentabilidade dos princípios e diretrizes do PACS, por ser estruturado com ações de maior potencial de resolutividade, para responder às necessidades e articulações de vários locais de risco social. Sua concepção era, também, de reforçar a reorganização do SUS (ROSA; LABATE, 2005). A pretensão do PSF era de substituir o PACS, mas, atualmente, coexistem ambas as modalidades em todo país; entretanto, com o número superior de equipes da Saúde da Família em relação à outra.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), denominação que atualmente substitui PSF, surge com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde marcado pelos serviços hospitalares, atendimentos médicos e ações

curativas. A atenção estaria centrada na família e a unidade de saúde inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias.

Desde 1994, as equipes da ESF são compostas minimamente por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis ACS e equipe de saúde bucal, sendo que outros profissionais podem ser incorporados de acordo com as necessidades da população.

As funções da equipe são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimento no consultório pelo médico e enfermeiro sendo normalizadas pelo Ministério da Saúde.

O ACS atua neste contexto como membro da equipe de saúde, sendo responsável por uma microárea dentro da área territorial de adscrição da equipe. A propósito, um território pode ser definido como um espaço dinâmico, portanto, em construção “produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução” (MENDES et al, 1993).

Os territórios, para o Sistema Único de Saúde (SUS), consistem em espaços para as mais diversas formas de atuação. São constituídos dentro de um processo histórico e possuem características singulares e peculiaridades que permitem uma delimitação geográfica mais ou menos evidente. As fronteiras que marcam os territórios são sempre bastante porosas, na medida em que não separam dois espaços, mas evidenciam algumas características comuns, porém, em permanente transformação e movimento (FIGUEIREDO; SIMÕES; BONALDI, 2011).

Um território de saúde, no entanto, representa muito mais do que uma superfície geográfica, ele é o cenário estabelecido por atores sociais, no qual se desenrola um processo de atenção à saúde da família. Na Estratégia Saúde da Família, estabelecer essa base territorial, com o detalhamento de se chegar ao domicílio, é um passo básico para a caracterização da população e de seus

problemas de saúde, isso possibilita “[...] a adscrição de clientela a unidades ambulatoriais, bem como o estabelecimento de ações de controle de saúde específicas para a população da área, visando as prioridades” (FIGUEIREDO; SIMÕES; BONALDI, 2011).

As práticas de saúde nos territórios, atenção primária, chamam atenção para a atribuição de responsabilidade das equipes de saúde pela cobertura das diversas áreas geográficas. Para que o trabalho das equipes nos territórios se realize de forma mais eficaz e procedente é de fundamental importância a existência dos Agentes Comunitários de Saúde. Estes profissionais são capazes de produzir uma interface entre as equipes e a população do território, considerando que o território possui organizações, história, cultura (FIGUEIREDO; SIMÕES; BONALDI, 2011).

É neste espaço que o ACS desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população, além de ser responsável por cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, entre outras.

Segundo Lara (2008), a estrutura da ESF é flexível conforme a necessidade local e tem o compromisso de assumir a cobertura de até no máximo 750 pessoas por microárea, não ultrapassando o total de 4.000 habitantes por equipe. Outro ponto importante da estratégia é a assistência indiscriminada e integral a cada família como porta de entrada ao sistema de saúde.

Segundo Nascimento (2008), o ACS é um profissional da área de saúde integrante da equipe de saúde da família, com exclusividade de exercício no âmbito do SUS. Realiza, sob supervisão do gestor local, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema.

Segundo a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006), são atividades dos agentes comunitários de saúde:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

De acordo com o art. 6º da Lei 11.350/2006, o Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

- I - Residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
- II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e
- III - haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2006).

De acordo com essa mesma Lei, não se aplica a exigência a que se refere o inciso III, do art. 6º, aos que, na data de publicação desta Lei, estejam



exercendo atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Silva; Santos (2003), os ACS devem morar nas respectivas áreas de atuação, no mínimo, há dois anos; possuir idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade para trabalhar em regime de tempo integral. Devem estar vinculados ou a uma unidade de saúde tradicional ou a uma unidade de saúde da família. Devem atender entre 400 a 750 pessoas, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas no domicílio e na comunidade sob a supervisão de um enfermeiro.

Estes profissionais possuem como característica principal para o trabalho a sua proximidade, intimidade e confiança com a população com a qual irá atuar profissionalmente.

Alguns desafios podem ser apontados para o saber fazer e saber ser agente comunitário de saúde, dentre eles: a enorme variedade de contexto, exigindo flexibilização em sua prática e nos processos e metodologias de preparação de pessoal; a amplitude das finalidades do programa, exigindo ora uma vertente mais assistencial e de vigilância e ora de promoção de saúde e qualidade de vida; o desenvolvimento de tecnologia de trabalho adequada às necessidades; o trabalho em equipe e a identidade do agente, compondo dimensões técnicas e políticas do trabalho (NUNES et al, 2002).

Além das dificuldades relacionadas diretamente ao processo de trabalho, é de grande relevância considerar as condições laborais a que estes profissionais encontram-se submetidos.

De início, no que se refere às relações de trabalho, estas foram para os ACS, em grande parte, terceirizadas. O Ministério enviava a verba para a prefeitura que repassava para associações e/ou cooperativas, inexistindo vínculos empregatícios diretos com o Estado. Os contratos, em vários municípios, eram apenas verbais, “de adesão”, o que implicava o recebimento de um salário

mensal sem obrigações sociais e, para os trabalhadores, sem os direitos vinculados a um contrato formal (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Além dos desafios já apontados, os ACS que trabalham na zona rural, convivem, em seu cotidiano laboral, com situações que são singulares do seu espaço de trabalho e que podem se tornar um desafio para esses profissionais. O extenso território de abrangência da ESF; a grande dispersão demográfica; os acessos distantes e difíceis até os domicílios; os locais ermos e o contato constante com animais não domesticados são exemplos de situações particularmente vivenciadas pelos ACS rurais.

A figura do ACS, inserido na ESF, emerge como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que o mesmo deve residir na própria comunidade onde atua. Acredita-se que por ser parte da comunidade em que vive e para quem trabalha, conhece melhor as necessidades desta, compartilha um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico e, portanto, está mais apto a lutar pelos direitos da comunidade. Este fato é decisivo no aumento da eficácia das ações de educação em saúde (NUNES et al, 2002).

De acordo com Mendonça (2004), o ACS representa um segmento efetivo do trabalho em saúde e se tornou um novo ator político no cenário da assistência à saúde e de sua organização. A razão do protagonismo desse ator foi a expansão em âmbito nacional da ESF, cuja pretensão é levar a equipe de serviços de saúde para ações diretas na comunidade, envolvendo os diversos profissionais com uma atenção de qualidade aos usuários do programa. O ACS é o sujeito de viabilização de políticas de saúde de uma nova linhagem, e que o trabalho do mesmo, de modo geral, ultrapassa o atendimento às necessidades, pois ele se dedica a cuidar da comunidade e pensa a saúde em sua concepção ampliada. Cuidar é mais que tratar o indivíduo nas unidades de saúde, é prover assistência na vida comunitária, deslocando o cuidado para o território onde se insere a população adscrita.

É no espaço familiar e comunitário que o ACS desenvolve suas atividades cotidianas integrado à equipe do PSF, nos locais onde o mesmo está implantado. Embora o PSF seja entendido como um modelo de superação do

PACS, ele não o exclui. Integra o ACS na equipe, definindo suas funções, ampliando a supervisão técnica, podendo corrigir problemas sobre os quais o PACS não tinha estrutura e autonomia (BARROS, 2002).

Segundo Nascimento (2008), as funções do ACS transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersectorial.

O ACS é a pessoa que está em contato permanente com a comunidade. Ele vive nela e faz parte dela. Unindo dois universos culturais distintos: o científico e o popular, ajudando assim no trabalho de vigilância e na promoção da saúde. É de grande importância a presença deste profissional nos serviços de saúde, como agente de transformação e mudança (NASCIMENTO, 2008).

## 4. METODOLOGIA

### CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o município de Jerônimo Monteiro, situado no sul do Estado do Espírito Santo. Trata-se de um município localizado na Macrorregião Administrativa Sul do Espírito Santo, na Microrregião de Gestão do Polo Cachoeiro, a 194 Km da capital do Estado. O município tem uma área de 162,164 Km<sup>2</sup> e uma população de 10.879 habitantes de acordo com o censo 2010 do IBGE. Um capítulo à parte, apresentado a seguir, versa sobre uma descrição detalhada dos aspectos históricos, demográficos e socioeconômicos do referido município.

### TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa. A opção por tal abordagem considera que a mesma aplica-se ao estudo das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008).

Segundo Triviños (1987), esta abordagem permite a captura do ponto de vista dos atores sociais, privilegiando a subjetivação entre o sujeito e o pesquisador e os significados atribuídos pelos atores num determinado contexto.

Dentro dessa abordagem, o processo é mais importante do que os resultados, não se busca a verdade única, explicações causais ou generalizações e os fenômenos são únicos do mesmo modo como são apreendidos e interpretados (MINAYO, 2008).

## POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população deste estudo foi o conjunto formado pelos nove Agentes Comunitários de Saúde Rurais que integram a equipe de saúde local.

**Tamanho da amostra:** oito sujeitos.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão dos participantes deste estudo foram os seguintes:

- Ser ACS e ter domicílio no município de Jerônimo Monteiro;
- Atuar na zona rural e,
- Estar de acordo em participar da pesquisa.

No contexto em que se deu o estudo estavam integrados à municipalidade vinte e seis ACS, dos quais cinco atuam exclusivamente na atenção de

domicílios rurais; no entanto outros quatro atuam tanto na atenção de domicílios rurais quanto urbanos. Assim posto, este estudo poderia envolver um conjunto de nove participantes, no entanto, um dos sujeitos se recusou a participar, ficando a amostra definida por oito sujeitos.

## INSTRUMENTOS DE COLETA DE MATERIAL

Os instrumentos de coleta de material utilizados neste estudo foram a entrevista e a observação.

Marconi e Lakatos (2007, p. 197) definem a entrevista como "um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação profissional",

Múltiplos são os objetivos das entrevistas, a nossa – cujo roteiro vem apresentado no apêndice IV -, pretendeu caracterizar e conhecer os planos de ação dos Agentes Comunitários de Saúde a fim de identificar suas condutas e o cotidiano de suas visitas domiciliares rurais. Tratou-se de uma entrevista não-estruturada, ou seja, aquela em que

[...] o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer situação que considere adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão. Em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 199).

Todas as entrevistas foram gravadas mediante permissão dos sujeitos investigados.

Sobre a observação, a mesma foi direta e registrada em um diário de campo. O registro das atividades de campo tornou-se indispensável para a nossa pesquisa e visou acompanhar os processos de trabalho dos ACS Rurais em suas visitas domiciliares.

Nas palavras de Lourau (1993, p. 71) a prática do diário (de campo) de pesquisa é uma “escritura ‘fora do texto’”, que permite reconstituir a “história subjetiva do pesquisador” (p. 78) e a produção de um “tipo de reflexão própria do escrever” (p. 79).

## TRABALHO DE CAMPO

As entrevistas gravadas com os ACS foram previamente agendadas e foram realizadas na unidade de saúde de referência de cada um deles. Da mesma forma buscamos agendar, juntamente com o enfermeiro da unidade e o ACS, os dias em que se deu o trabalho de investigação. Foram realizados dois dias de visitas com cada um dos ACS. Há de se considerar que, geralmente, este profissional reside na própria comunidade rural e a sua jornada de visitas às sedes de fazendas e casas de colonos costumam durar até 8 horas de seu expediente. Cada uma dessas sedes e casas de colonos são visitadas pelo ACS ao menos uma vez ao mês.

## TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL

As entrevistas foram transcritas, na íntegra, buscando-se valorizar os detalhes sutis, tais como pausas, risos, gargalhadas, presentes nas mesmas. A seguir

buscamos categorizar todo o material transcrito e registrado no diário de campo. A Análise Institucional (socioanálise) norteou a condução deste estudo. Neste sentido, achamos por bem constar de um capítulo à parte uma construção teórica sobre esta modalidade do Institucionalismo.

Além da Análise Institucional, ampliou-se - a partir do pensamento de Dejours (1986) – centrado no movimento de liberdade dada ao desejo de cada indivíduo na organização de sua vida, as possibilidades de análise deste estudo.

## RESTITUIÇÃO DO MATERIAL

Após a elaboração da análise dos dados repassamos, através de uma assembleia, os dados desta pesquisa para os ACS rurais e demais colegas da equipe de saúde, numa restituição que pretendeu ser concreta.

Lourau (1993, p. 55) considera que a restituição concreta “compreende uma restituição pessoal, implicada e posta, dentro da pesquisa, como um procedimento real do ato de pesquisar”. Dessa forma, a restituição faz parte do procedimento científico, tratando-se da discussão das produções da pesquisa junto com os interessados, de modo a possibilitar a interferência direta dos mesmos neste processo.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto contou com a anuência do Secretário Municipal de Saúde de Jerônimo Monteiro e, em atenção às normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), foi submetido ao Comitê de Ética



em Pesquisa do Centro de Ciências de Saúde da UFES, tendo sido aprovado sob N.º. 287/10-CEP/CCS/UFES (Anexo I).

Todos os participantes do estudo foram informados sobre a natureza acadêmica e objetivos do mesmo, assinaram o Termo de Autorização para Divulgação de Fotografias (Apêndice V) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante no apêndice VI.

## **5. O MUNICÍPIO DE JERÔNIMO MONTEIRO: RESGATE HISTÓRICO, DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO**

### **ORIGEM DO MUNICÍPIO**

A origem do Município de Jerônimo Monteiro está ligada a de outras cidades do Sul do Espírito Santo, desbravadas pelo português Manoel José Esteves de Lima. Foi ele que em 1820, viajando pela região montanhosa e, principalmente, seguindo o curso dos rios e vales, partiu da cidade de Mariana, na Capitania das Minas Gerais, chefiando uma expedição com objetivo de atingir a foz do Rio Itapemirim (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

Em solo capixaba a referida expedição foi descendo as serras e passando por locais onde hoje se encontram as cidades de Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Alegre, Jerônimo Monteiro e Cachoeiro de Itapemirim. A partir deste ponto, seguiram em canoas até a foz do rio, onde se localizava a Vila de Itapemirim (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

Somente por volta de 1823 foi que a expedição chegou à região do atual Município de Jerônimo Monteiro, que chamaram na época de Cachoeira das Flores. Dali seguiu para Duas Barras (atual Distrito de Coutinho, Município de Cachoeiro de Itapemirim), nas proximidades do acesso para o Município de Castelo, à margem do Rio Itapemirim, onde montou um quartel de apoio (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

Depois que a expedição chegou à foz do Rio Itapemirim, um grupo retornou para os locais por onde o primeiro contingente havia passado. Em Jerônimo Monteiro ficaram cerca de seis pessoas. Enfrentando as matas, o grupo subiu o Ribeirão da Vala do Souza até o atual bairro de Parada Cristal. Um dos integrantes era o Alferes Antônio de Souza Monteiro, que mais tarde fundou a

Fazenda Monte Líbano em Cachoeiro, onde construiu uma grande fortuna e deixou entre seus descendentes pessoas ilustres como os Governadores Jerônimo de Souza Monteiro e Bernardino de Souza Monteiro (seus filhos), entre diversos outros. O vilarejo de Cachoeira das Flores, com o passar do tempo, teve outros nomes como Cristal, Wanderley e Sabino Pessoa. Até 1943 a localidade teve dois nomes: Sabino Pessoa (o atual Centro da cidade) e Vala do Souza (atual Bairro de Parada Cristal). O povoado permaneceu com esses dois nomes até se tornar Vila de Vala do Souza. Logo depois da proclamação da República, em 1889, foi criado o Distrito Judiciário de Vala do Souza (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

Os agricultores dos Distritos de Vala do Souza e de Rive - Município de Alegre - fundaram a União dos Lavradores de Vala do Souza, entidade civil que visava a melhoria para o meio rural dos distritos, através da introdução do cooperativismo e de serviços sociais diversos (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

No início da década de 1940, começou a ser idealizado e a ganhar força no distrito de Vala do Souza, um movimento popular que defendia a emancipação política e administrativa desse distrito do Município de Alegre, sob a alegação do abandono em que vivia a comunidade local por parte do poder público municipal. Esse movimento surge no seio da União dos Lavradores de Vala do Souza, que reunia agricultores, comerciantes e profissionais liberais do distrito de Vala do Souza e de Rive (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

No decorrer do tempo, esse movimento popular favorável à emancipação política foi ganhando uma dimensão maior do que o esperado inicialmente, o que gerou uma série de problemas, como a desistência por parte de algumas lideranças políticas do Distrito de Rive, que sofreram pressão de várias formas para esvaziar o movimento, o que contribuiu para tumultuar o processo (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

Mesmo com toda oposição dos principais líderes políticos do município de Alegre, a população do distrito de Vala do Souza, graças a sua união em torno

de um ideal comum, conseguiu que a Assembleia Legislativa do Estado se pronunciasse favorável a criação do município de Vala do Souza (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

Imediatamente o Município de Alegre contestou todo processo emancipatório, tanto por vias legislativas quanto por vias judiciais o que levou a suspensão do processo que se arrastou por longos cinco anos até a decisão final do Supremo Tribunal Federal (STF), em meados de 1958, que considerou o processo e as aspirações da comunidade totalmente legais, sem nenhum vício jurídico e em conformidade com a legislação vigente no País (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

Diante da decisão favorável do Supremo Tribunal Federal, dando fim a cinco anos de muitas disputas políticas e judiciais, no dia 28 de novembro de 1958 a Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo aprova a Lei Estadual nº. 1.416, que transforma em Município o Distrito de Vala do Souza, que recebe a denominação atual de Jerônimo Monteiro, em homenagem ao ex-governador Jerônimo de Souza Monteiro, que governou o Estado do Espírito Santo de 1908 a 1912 (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

## BEM-VINDOS À JERÔNIMO MONTEIRO: CONTEXTO ATUAL DO MUNICÍPIO

O Estado do Espírito Santo conta com uma área territorial de 46.098,571 km<sup>2</sup> e uma população de 3.514,952 habitantes (IBGE, 2010), sendo composto por 78 municípios divididos em 04 macrorregiões de planejamento e em 12 microrregiões administrativas de gestão.

Com uma extensão territorial de 162,164 km<sup>2</sup> (IBGE, 2010), o que equivale a 0,35% do território estadual, o município de Jerônimo Monteiro (Figura 1) está

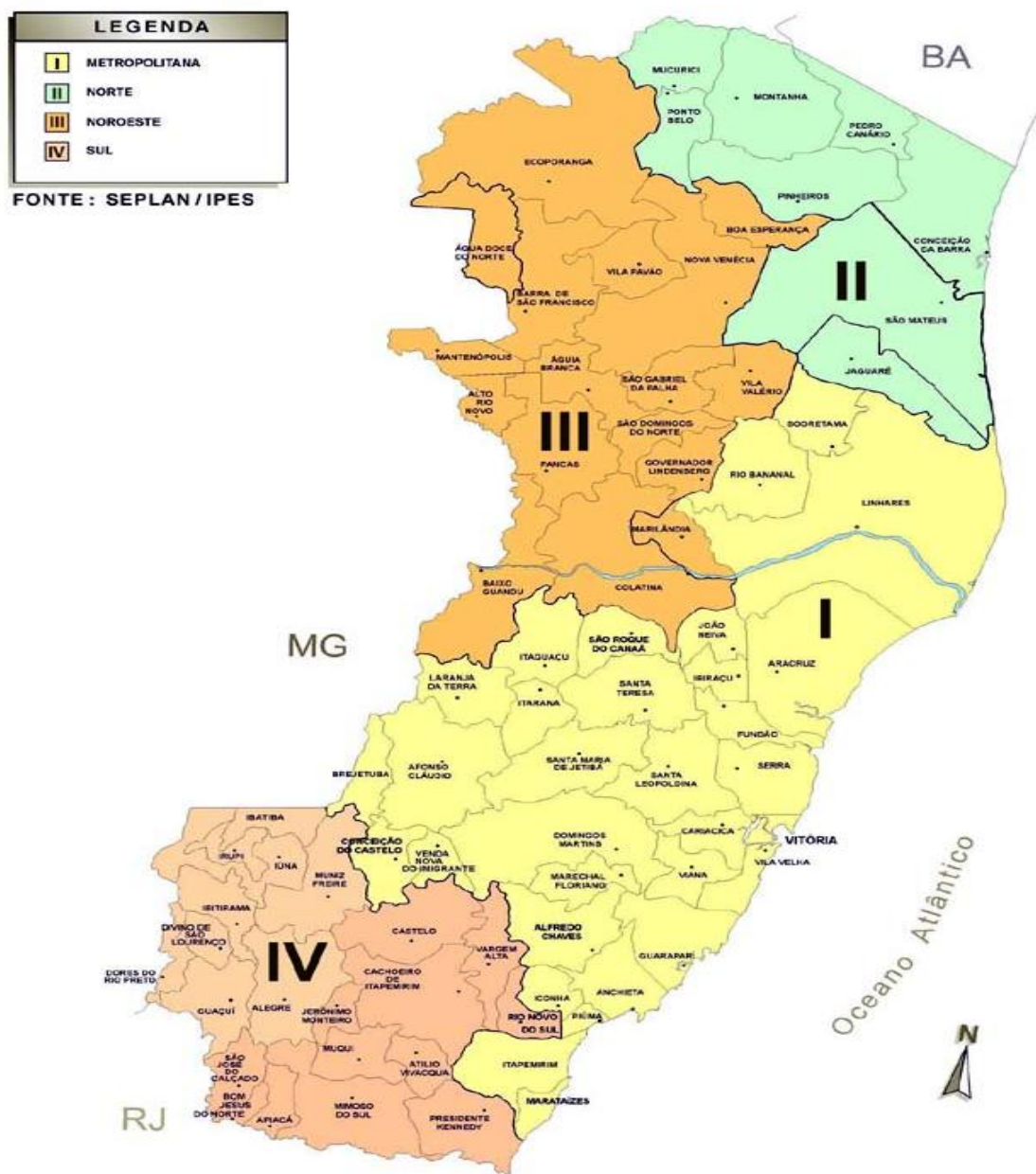
localizado na Macrorregião administrativa Sul do Espírito Santo (Macrorregião IV – Figura 2), na microrregião de gestão do Polo Cachoeiro (Microrregião 11 – Figura 3), a aproximadamente 194 Km da capital do Estado e a 47 Km de Cachoeiro de Itapemirim, principal cidade do sul do Espírito Santo.

Apresentamos a seguir as macrorregiões de planejamento, as microrregiões administrativas de gestão e a situação do município em estudo no Estado.



**FIGURA 1: Localização do Município de Jerônimo Monteiro no Estado do Espírito Santo.**

Fonte: Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves, 2009.



**FIGURA 2: Divisão Regional do Estado do Espírito Santo – Macrorregiões de Planejamento.**

Fonte: Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves, 2009.



O Município de Jerônimo Monteiro apresenta uma população de 10.879 habitantes, sendo 5.292 homens e 5.587 mulheres dos quais 2.348 habitantes estão fixados no meio rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Jerônimo Monteiro tem como limites os municípios de Mimoso do Sul, a sudoeste; Muqui, ao sul e a sudeste; Alegre, ao norte, oeste e noroeste e Cachoeiro de Itapemirim, ao Norte, nordeste e a Leste (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2009). Seu vínculo com os municípios do entorno é percebido, principalmente, nas relações que envolvem o comércio, educação e saúde.

A atividade econômica do município é bastante diversificada para os padrões da região, sendo o setor terciário (serviços) o mais representativo na geração de riquezas, seguido pelo secundário (indústria) e pelo primário (agricultura). Apesar de não ser a atividade econômica mais importante para a geração de riquezas para o município, o setor primário (agricultura) é o principal gerador de empregos. O destaque na produção industrial concentra-se na produção de cerâmica, fábricas de móveis, confecções em geral, produção de alimentos, aguardente e outros produtos agroindustriais (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

O município é caracterizado por uma situação fundiária típica do Estado do Espírito Santo, onde predominam as pequenas propriedades agrícolas geridas pelas famílias (agricultura familiar). A origem desta estrutura fundiária está na subdivisão das grandes propriedades rurais do passado por meio da partilha por herança e da sucessão hereditária (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

A agricultura familiar do município dedica-se, principalmente, ao cultivo do café e laranja, criação de suínos e bovinos além das pequenas lavouras de milho, feijão e arroz que tiveram grande importância para economia municipal no passado, mas que entraram em decadência nos últimos anos e hoje tem como função principal ajudar na subsistência familiar (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).





**FOTOGRAFIA 1: Vista aérea parcial do Município de Jerônimo Monteiro.**

Fonte: Acervo da Prefeitura Municipal de Jerônimo Monteiro - ES, 2010.

O município conta com o Núcleo de Estudos e de Difusão de Tecnologia em Florestas, Recursos Hídricos e Agricultura Sustentável (NEDTEC), que foi construído no ano de 2002, e que funciona atualmente apenas como laboratório para os alunos do Centro de Ciências Agrárias da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

O setor de saúde do município de Jerônimo Monteiro vem se destacando, principalmente, devido à boa oferta de serviços da atenção básica, além dos serviços prestados pelo Hospital Unidade Integrada Jerônimo Monteiro, que pertence ao Estado, e que se configura como um forte atrativo de usuários do SUS de outros municípios por ser um dos poucos hospitais públicos do interior do Espírito Santo.

O setor público da saúde no município dispõe de quatro unidades básicas de saúde inseridas na ESF, um Hospital geral de pequeno porte e uma policlínica (BRASIL, 2011).

A atenção básica de saúde do município tem concentrado suas ações na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos à saúde. A ESF conta com quatro equipes em pleno funcionamento, com uma cobertura de 100% da população. Os esforços do município nesta área têm refletido na melhoria significativa dos indicadores de saúde, como, por exemplo:

- Redução da taxa de mortalidade infantil e Materna;
- Aumento da cobertura vacinal em menores de 01 ano;
- Aumento da cobertura de parturientes com consultas de pré-natal;
- Acompanhamento de portadores de hipertensão e diabetes;
- Aumento da cobertura das mulheres de 25 a 59 anos pelo exame citopatológico cérvico-vaginal;
- Aumento da cobertura da população com 1ª consulta odontológica;
- Aumento da cobertura da população de 0 a 14 anos com procedimentos coletivos em odontologia;
- Realização de atividades coletivas de educação em saúde;
- Visitas domiciliares;
- Busca ativa, diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos portadores de tuberculose e hanseníase; e
- Vigilância alimentar e nutricional das crianças menores de 05 anos (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

No período de 1991 a 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Jerônimo Monteiro cresceu 10,14%, passando de 0,641 em 1991 para 0,706 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a educação, com 52,6%, seguida pela renda, com 36,2% e pela longevidade, com 11,2% (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2003).

Neste período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH, ou seja,  $1 - \text{IDH}$ ) foi reduzido em 18,1% (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2003).

Se mantivesse esta taxa de crescimento do IDH-M, o município levaria 23,7 anos para alcançar São Caetano do Sul (SP), o município com o melhor IDH-M do Brasil (0,919), e 17,3 anos para alcançar Vitória (ES), o município com o melhor IDH-M do Estado (0,856) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2003).

O Índice de Desenvolvimento Humano atual do Municipal de Jerônimo Monteiro é 0,706. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2003).

Em relação aos outros municípios do Brasil, Jerônimo Monteiro apresenta uma situação intermediária: ocupa a 2886ª posição, sendo que 2885 municípios (52,4%) estão em situação melhor e 2621 municípios (47,6%) estão em situação pior ou igual (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2003).

Em relação aos outros municípios do Estado, Jerônimo Monteiro ocupa a 56ª posição, sendo que 55 municípios (71,4%) estão em situação melhor e 21 municípios (28,6%) estão em situação pior ou igual (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2003).

Apesar dos avanços em algumas áreas de atuação da atenção básica, o município ainda apresenta resultados muito tímidos ou nenhum na estruturação e implementação de ações como:

- Saúde do trabalhador;
- Saúde do adolescente;
- Saúde mental;

- Saúde do idoso (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

A saúde tem sido um dos focos principais das últimas administrações do município, principalmente devido à necessidade de suprir algumas deficiências como, por exemplo, a carência de equipamentos para dar maior eficiência aos diagnósticos, o que, muitas vezes, obriga o deslocamento dos pacientes para outros municípios capixabas como Cachoeiro de Itapemirim, Vitória, Guaçuí ou Itaperuna, no Estado do Rio de Janeiro, em busca de equipamentos e tratamento clínico especializado.

O Município de Jerônimo Monteiro foi habilitado em 2003 no nível de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA) de acordo com a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) 01/2002 do Ministério da Saúde, assumindo a partir de então a gerencia sobre a atenção básica à saúde em seu território, recebendo para esta finalidade, a transferência de recursos mensais diretamente do Ministério da Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO, 2010).

## 6. CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE INSTITUCIONAL

A história da Análise Institucional está ligada à história da autogestão de certos grupos politizados que, notadamente na década de 70, na sociedade francesa, buscaram inventar novas formas de direção, buscando rupturas:

[...] A idéia era que o funcionamento de auto-gestão de certos grupos permitia analisar as instituições e seus modos de gerenciamento instituídos e burocratizados. Certos grupos, por exemplo, os mais politizados, vão buscar alternativas, inventando outras formas de direção, não se submetendo àquelas vigentes, tendo como objetivo lutar contra as formas de alienação. Este objetivo fragmentou o mundo político” (MONCEAU, 2008, p. 20).

De acordo com L’Abbate (2005, p. 237 apud Sól, 2011, p. 54), “a Análise Institucional nasceu da articulação entre intervenção e pesquisa, entre teoria e prática [... e] tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos”, destinando-se à compreensão de uma realidade social, práticas e enunciados de seus autores, tendo como os processos de auto-análise e de auto-gestão como os seus principais pontos na articulação de todo o processo.

A respeito da auto-análise, Barembliitt (2002, p.139) a define como,

[...] Processo de produção e re-apropriação, por parte dos coletivos autogestionários de um saber acerca de si mesmo, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites. Esse saber se acha em geral apagado, desqualificado e subordinado pelos saberes científico-disciplinários, que não só estão em boa medida a serviço das entidades dominantes (Estado, Capital, Raça etc), como também operam com critérios de Verdade e Eficiência, que são imanentes aos valores de tais entidades. A auto-análise possibilita aos coletivos o conhecimento e a enunciação das causas de sua alienação.

Para o mesmo autor a autogestão é, ao mesmo tempo,

[...] o processo e o resultado da organização independente que os coletivos se dão para gerenciar sua vida. As comunidades instituem-se, organizam-se e se estabelecem de maneiras livres e originais, dando-se os dispositivos necessários para gerenciar suas condições e modos de existência. Todo processo instituinte – organizante implica uma certa divisão técnica do trabalho, assim como alguma especialização nas operações de planejamento, decisão e execução. Essas diferenças podem implicar hierarquias, mas as mesmas não envolvem escalas de poder. Os conhecimentos essenciais são compartilhados e as decisões importantes tomadas coletivamente. As hierarquias correspondem a diferença de potência, peculiaridade e capacidades produtivas que visam sempre ser funcionais para a vontade comunitária (BAREMBLITT, 2002, p. 139).

O Movimento Institucionalista ou Instituinte trabalha com a contradição, buscando criar a lógica dialética, da diferença em vez de manter a lógica identitária, do sempre igual. A prática desses ideais tem como premissa desencadear rupturas objetivas e subjetivas em certo modo conservador e coagulado de experiências institucionais, contrapondo à alienação a autonomia, a cidadania e a expressão da diversidade e da alteridade.

Segundo Barembritt (2002), instituições são árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. Segundo seu grau de objetivação e formalização, podem estar expressas em leis (princípios-fundamentos), normas ou hábitos. Toda instituição compreende um movimento que a gera: o instituinte; um resultado: o instituído; e um processo: da institucionalização. Para realizar concretamente sua função regulamentadora, as instituições materializam-se em organizações e estabelecimentos. As origens das instituições são difíceis de determinar. Pode-se falar de quatro instituições “fundantes” das sociedades humanas. Essas instituições, segundo alguns institucionalistas, são a língua, as relações de parentesco, a religião e a divisão técnica e social do trabalho.

A instituição é uma instância imaginária (além do lócus do estabelecimento), sem espaço manifesto. É uma instância de saberes que permite a todo tempo

recompor as relações sociais, organizar espaços, fixar e recortar limites. Além de sua forma virtual, imaginária e simbólica, as instituições não estão desvinculadas da prática social, das relações entre as classes e do processo de produção da vida material. Cada sociedade, segundo o modelo infraestrutural a que obedece, vai criar um tipo de instituição (PEREIRA et al, 2005).

Quando há uma prevalência do instituído, as instituições e seus estabelecimentos capturam os processos de subjetivação singulares, impondo-lhes seu próprio modelo através da centralidade do poder, do saber, do dinheiro, do prestígio, da disseminação da culpa. Por outro lado, quando as forças instituintes emergem, tem-se a possibilidade da produção de novos dispositivos (ou agenciamentos), novas composições e arranjos próprios de subjetividades livres e desejantes (PEREIRA, 2007).

Sobre estas possibilidades de geração do novo, Baremlitt (2002, p. 157) compreende que o fenômeno se processa na vida coletiva de tal forma que,

Ao resultado da ação instituinte denomina-se instituído. Quando esse efeito foi produzido pela primeira vez, diz-se que se fundou uma instituição. O instituído cumpre um papel histórico importante porque vigora para ordenar as atividades sociais essenciais para a vida coletiva. Para que os instituídos sejam eficientes, devem permanecer abertos às transformações com que o instituinte acompanha o devir social. Contudo, o instituído tem uma tendência a permanecer estático e imutável, conservando *de juri* estados já transformados *de facto* e tornando-se assim resistente e conservador.

Para o mesmo autor, instituinte

É o processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias que tende a fundar instituições ou transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais. No transcurso do funcionamento do processo de institucionalização, o instituinte inventa instituídos e logo os metamorfoseia ou cancela, de acordo com as exigências do devir social. Para operar concretamente, o processo de institucionalização deve ser acompanhado de outros organizantes que se materializam em

organizações. Os dinamismos instituintes e organizantes são orientados pelas Utopias Ativas (BAREMBLITT, 2002, p. 157).

Fazer análise em uma instituição é questionar, interpretar e transformar o lugar imaginário, simbólico e físico, o espaço da hierarquia e dos subordinados, a produção dos equipamentos de captura da subjetividade, a relação entre o instituído e o instituinte, ou seja, liberar a palavra da instituição, o “não-dito” (PEREIRA et al, 2005).

Sobre o não-dito, Barembritt (2002, p. 161) refere que no Institucionalismo este termo parece recolher todas as significações que essa fórmula adquire nas ciências humanas e na cultura ocidental. Basicamente, refere-se a todas aquelas informações que estão omitidas ou distorcidas nos discursos, textos, atitudes, comportamentos ou qualquer outra forma de expressão ou manifestação. Essa omissão ou distorção pode ser voluntária ou involuntária, consciente ou não, assumida ou não, mas é considerada invariavelmente fonte de mal-entendidos e conflitos que afetam a convivência, ou então causas ou efeitos de um desconhecimento cuja superação se supõe enriquecedora. Contudo, no Institucionalismo, o não-dito remete predominantemente à ignorância, à má-fé ou à repressão no seio dos discursos, textos, atitudes, comportamentos, estrutura e dinâmica dos agentes, grupos, organizações e movimentos.

A Análise Institucional, também conhecida como Socioanálise juntamente com a Sociopsicanálise (de Gérard Mendel) e a Esquizoanálise (de Gilles Deleuze e Félix Guattari), constituem as correntes do Institucionalismo mais importantes e mais difundidas no Brasil.

Há de se considerar, no entanto, que o termo Análise Institucional é polissêmico, pois pode significar tanto uma corrente específica do Movimento Institucionalista – também conhecida como Socioanálise -, quanto um conjunto de disciplinas e movimentos ocorridos na sociedade francesa, a partir dos anos 40 e 50, mas que se instalam no Brasil somente a partir da década de 70, “[...] a partir de alguns departamentos e grupos de pesquisa de universidades



brasileiras e de outras organizações, congregando os mais diferentes tipos de profissionais” (L’ABBATE, 2003, p. 266).

Segundo Baremlitt (2002), os fundadores e principais expoentes da Análise Institucional – entendida como Socioanálise -, são G. Lapassade e R. Lourau, apesar de a denominação ter sido criada por Félix Guattari. Afirma, também, que esta corrente institucionalista reconhece como seus antecessores a Psico-Sociologia, a Dinâmica de grupos, a Psicoterapia e a Pedagogia institucionais, assim como a Socioanálise de Van Bockstaele. Contudo, a Análise Institucional superou amplamente esses precursores no sentido de uma radicalização de suas teorias, modos de intervenção e objetivos últimos.

A Análise Institucional surgiu como um prolongamento da Terapia Institucional, da Pedagogia Institucional, da Filosofia, da Sociologia Política e da “Dinâmica de Grupo” americana de Kurt Lewin. Direcionou-se em seguida para a análise de grupos sociais (e não indivíduos), daí seu nome ter ficado também mais próximo da Socioanálise. As análises coletivas orientadas por essa teoria são instauradas tanto por organizações instituídas quanto por grupos diversos, sobretudo fora dos quadros tradicionais da pedagogia, isto é, fora da escola. Trata-se de uma análise sustentada pelo coletivo, que assume a tarefa de estudar, questionar e analisar a história, os objetivos, as estruturas e o funcionamento da organização, os dispositivos, as práticas e os agentes grupais. No contrato de trabalho, os participantes assumem compromisso de tudo dizer, sem recear os “não-ditos” da instituição (PEREIRA et al, 2005).

O papel do analista consiste em auxiliar a elucidar os conteúdos mais adormecidos, a fim de, na medida do possível, pôr o material oculto diante dos participantes. Trata-se do que os analistas institucionais denominam dispositivos analisadores, que podem ser divididos em duas categorias: construídos ou artificiais e espontâneos ou naturais. Os construídos são aqueles criados pelo analista e o coletivo a fim de que, durante o procedimento, possam ser utilizados para deflagrar o processo de análise: o resultado de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, a exibição de um filme, um psicodrama, etc. Os espontâneos, por sua vez, são os fenômenos conflitivos que fazem parte do

cotidiano das organizações institucionais: os fundadores, a missão, o poder, o dinheiro, a sexualidade, a burocracia (leis, normas, regulamentos e constituições), a corporeidade, a planta física das residências e as práticas do estabelecimento (PEREIRA et al, 2005).

A principal fonte de coleta de analisadores concentra-se na pesquisa da história da instituição. O interesse pela análise do material histórico embasa-se na premissa de que reconstruir o passado auxilia na compreensão de como o mesmo está vivo e atuante no presente e, desde já, determinando o futuro. O levantamento de dados históricos faz parte do modelo de pesquisa-ação ou pesquisa participante: constrói-se de maneira democrática, porque o pesquisador faz com que os sujeitos se transformem em protagonistas do saber. Utiliza-se a autogestão e a auto-análise: os membros do grupo não recebem do exterior um saber, mas são provocados a tomar consciência do que são e, sobretudo, de suas potencialidades (PEREIRA, 2007).

Segundo Pereira (2007), a Análise Institucional é um procedimento coletivo, que visa realizar análise dos integrantes de uma organização, as relações, as estruturas, as atitudes, as convenções e as práticas habituais. O papel do coordenador, analista institucional, é propor o surgimento do “não-dito”. Para isso, é necessário criar “dispositivos analisadores” históricos, espontâneos e naturais. Os analistas organizam a “subversão” (outra versão) da instituição com a ajuda da palavra, dos dispositivos analisadores e da participação dos membros.

## **7. E LÁ VÃO OS ACS RURAIS DO MUNICÍPIO DE JERÔNIMO MONTEIRO – ES, NUM SOBE LADEIRA, DESCE LADEIRA, SEM PARAR...**

Este capítulo caracteriza os Agentes Comunitários de Saúde Rurais de Jerônimo Monteiro e dá conta dos desafios do seu trabalho no espaço rural, marcado por muitos subires e desceres de ladeiras, dada a topografia íngreme daquele município.

### **MUITO PRAZER EM CONHECÊ-LOS**

Podemos caracterizar os Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro como em sua maioria do sexo feminino, de raça/cor branca, casados, de religião católica, com ensino médio completo, idade média de 41 anos e média de oito anos atuando como ACS rural.

Trata-se, buscando a compreensão de uma realidade social das pequenas cidades interioranas capixabas, de um fenômeno singular, essa singularidade de serem de cor branca e católicos.

Enquanto a colonização da faixa litorânea capixaba se deu mais precocemente, logo após a ocupação do solo pelos portugueses, o genocídio dos índios foi um fato marcante e, a seguir, o que se viu foi – inviabilizada por motivos comerciais, dado ao esgotamento, a extração comercial das madeiras nobres, especialmente o Pau-Brasil -, a ocupação das fazendas costeiras para plantação de cana de açúcar com a presença marcante dos escravos africanos. A ocupação do interior capixaba só se deu mais tardiamente, marcada pela ocupação de imigrantes empobrecidos europeus, especialmente italianos católicos apostólicos romanos e, excepcionalmente, grupos protestantes tais como pomeranos que se radicaram em Santa Maria de Jetibá ou Santa Leopoldina, isto sem contar pequenas levas de protestantes poloneses, holandeses e outras minorias tais como belgas.

Como singularidade, tais municípios interioranos ao longo dos anos tornaram-se marcadamente influenciados por uma população de descendência europeia, com seus costumes preservados e fortemente influenciados pelas suas religiões de origem. Em Jerônimo Monteiro, onde a expansão das igrejas neopentecostais – fenômeno tão comum nas grandes cidades brasileiras – inclusive as capixabas – se manifesta, o conjunto de ACS, assim como a maioria da população local ainda se comporta como no século passado e – diferentemente das grandes cidades -, como Vitória-ES, aqueles profissionais são católicos e de descendência europeia. Isto certamente reflete as formas de viver daquelas comunidades.

O quadro apresentado a seguir dá conta disto, enfatizando, no entanto, que como as possibilidades de acesso à educação formal são mais restritas que nas grandes cidades, isto se reflete diretamente no nível de escolaridade daqueles profissionais, perfil bem diferenciado da cidade de Vitória-ES, por exemplo, na qual a totalidade dos ACS são portadores de ensino médio e mesmo superior. É evidente que, quanto maior o grau de escolaridade, maiores as condições do ACS incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade.

A presença feminina, no entanto, constitui a maioria do quadro desses profissionais e reflete a incisiva ocupação das mulheres no espaço laboral da saúde, especialmente no nível técnico. A propósito, segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FUNDAÇÃO IBGE, 2010), as mulheres no Estado do Espírito Santo representam 50,7% da população geral e, historicamente, as mesmas estão buscando espaço dentro do mercado de trabalho visto que no lar têm assumido o lugar de chefes de família.

Segundo Gavalote et al (2011), a predominância de agentes do sexo feminino caracteriza a crescente feminização da força de trabalho nos atos em saúde, que também está presente entre outras profissões, como enfermagem. Esse perfil, conforme apontam alguns estudos, está relacionado com o papel de cuidador que a mulher sempre desempenhou na sociedade, sendo responsável pela educação e cuidados às crianças e aos idosos da família, o que contribui para a sua maior credibilidade e sensibilidade perante a comunidade assistida.

Segundo Lunardelo (2004), desde a implantação do PACS priorizava-se a contratação de mulheres para atuar como ACS, baseado no fundamento de que elas sofreriam um processo de melhoramento da sua condição social através do trabalho remunerado e estimulariam um posicionamento mais ativo de outras mulheres da comunidade que coabitam.

Nas zonas rurais, a participação intensa das mulheres no trabalho é um fenômeno natural, visto que – mesmo desde o período colonial – “(...) as mesmas sempre estiveram presentes nas atividades laborais, especialmente na lavoura; basta ver qualquer ilustração de colheitas de café ou cana de açúcar para constatá-lo” (SOUZA, 1997, p. 182).

A faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro concentrou-se entre 29 e 61 anos.

Acredita-se que os agentes comunitários de saúde com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, ter mais vínculos e laços de amizade, porém podem ter algumas inimizades ou conflitos com outros moradores. Eles também têm seus próprios conceitos sobre o processo saúde-doença,

advindos de experiências próprias ou alheias, podendo ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde em sua comunidade. Por outro lado, os agentes mais jovens não conhecem tão bem a comunidade, seu envolvimento pode ser menor; entretanto, poderão não ter inimizades, seus conceitos de saúde e doença poderão não ser muito arraigados, estando mais abertos às mudanças e às novidades (FERRAZ; AERTS, 2005).

Quanto ao tempo de trabalho, encontramos uma baixa rotatividade desses trabalhadores, visto que a grande maioria (87,5%) trabalha na ESF há muitos anos – entre cinco a quatorze anos -. Segundo Schimith e Lima (2004), o tempo de trabalho torna-se importante, principalmente, para o entendimento do papel do agente, que é construído em seu cotidiano laboral e no seu tempo de permanência e vínculo de contato com a comunidade.

O quadro apresentado a seguir, dá conta de alguns destes aspectos aqui problematizados.

		Número de ACS	%
<b>Sexo</b>	Feminino	7	87,5
	Masculino	1	12,5
<b>Raça/Cor</b>	Branca	5	62,5
	Parda	2	25
	Preta	1	12,5
<b>Estado Civil</b>	Casado	5	62,5
	Divorciado	2	25
	Viúvo	1	12,5
<b>Religião</b>	Católico	5	62,5
	Evangélico	2	25
	Congregação Israelita	1	12,5
<b>Grau de Instrução</b>	Ensino Médio Completo	6	75
	Ensino Fundamental Completo	1	12,5
	Superior Completo	1	12,5

**QUADRO 1 : Distribuição dos ACS Rurais investigados de acordo com sexo, raça/cor, estado civil, religião e grau de instrução. Município de Jerônimo Monteiro – ES, 2011.**

No tocante a inclusão digital, cinco dos oito sujeitos entrevistados utilizam computador, no entanto apenas metade dos ACS tem acesso à internet sendo que em dois casos esse acesso se dá no domicílio. A maioria teve algum trabalho antes de ser ACS sendo que dois dos sujeitos desenvolviam atividades na zona rural. Metade dos sujeitos nasceu no município de Jerônimo Monteiro.

Segundo Mendonça et al (2009), a inclusão digital dos ACS representa um acompanhamento dos avanços tecnológicos que podem aprimorar o processo de conhecimento à distância destes profissionais, além de possibilitar aos indivíduos, famílias e comunidades atendidas por eles, a construção e o acesso a uma rede de informação, de educação e comunicação nas questões de saúde pública, auxiliando-as nos processos de cuidar de sua própria saúde, melhorando assim a qualidade de suas vidas, tendo as tecnologias livres como mediadoras no processo de desenvolvimento humano local e regional visando a promoção da saúde.

O acesso às informações de saúde via eletrônica, apesar de constituir uma importante ferramenta para expandir os conhecimentos e auxiliar nas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente no trabalho de educação em saúde feito nas visitas domiciliares, ainda não é uma prática constante no cotidiano laboral dos agentes comunitários de saúde rurais de Jerônimo Monteiro.

Entre os sujeitos entrevistados, apenas metade sabe, mesmo que basicamente, utilizar a Internet, sendo que o acesso a esta ferramenta para dois destes sujeitos se dá apenas no trabalho. Neste contexto, vale ressaltar que a inclusão digital nas Unidades de Saúde da Família de Jerônimo Monteiro é bem recente, visto que apenas no ano de 2011 as equipes de saúde da família passaram a dispor de computadores e acesso a internet no local de trabalho.

Sobre o acesso à Internet, os sujeitos 2 e 3 contam que:

“Sei. Não sou aquela pessoa que consegue fazer tudo, não sou uma expert, mas eu uso na medida da minha necessidade. Eu uso aqui no posto” (sujeito 2).

“Mais ou menos. Eu só sei entrar na Internet e só” (sujeito 3).

O quadro apresentado a seguir dá conta de avaliar a inclusão digital daqueles ACS inseridos na Secretaria de Saúde de Jerônimo Monteiro.

		Número de ACS	%
<b>Utiliza Computador</b>	Sim	5	62,5
	Não	3	37,5
<b>Acesso a Internet</b>	Sim	4	50
	Não	4	50
<b>Local de Acesso a Internet</b>	No domicílio	2	50
	No trabalho	2	50
<b>Trabalhou Antes de Ser ACS</b>	Sim	6	75
	Não	2	25
<b>Profissão Antes de Ser ACS</b>	Professora (ensino fundamental)	2	33,33
	Lavrador	1	16,66
	Granja de suínos	1	16,66
	Monitora (ambulatório)	1	16,66
	Vendedora	1	16,66
<b>Onde Nasceu</b>	Jerônimo Monteiro	4	50
	Outro município capixaba	4	50

**QUADRO 2: Distribuição dos ACS Rurais investigados de acordo com o grau de inclusão digital, profissão anterior e município de nascimento. Município de Jerônimo Monteiro - ES, 2011.**



## LOCOMOÇÃO E LOUCA EMOÇÃO

O labor na zona rural, em algumas situações, pode configurar-se como um desafio para o trabalhador dependendo das condições de trabalho a que está submetido podendo, inclusive, colocá-lo em situações de risco. No tocante ao trabalho rural do ACS, um de seus desafios é o acesso aos domicílios rurais, que geralmente são distantes ou mesmo quase inacessíveis:

“Eu vou de moto, mas nem todo lugar a moto chega. Aí tem lugar que eu tenho que parar e andar à pé e não é pouco. Tem lugar que eu vou que é difícilimo, e às vezes passa do meu horário de almoço e eu não to em casa, to bem longe de casa aí eu almoço lá onde eu to fazendo visita” (sujeito 2).



**FOTOGRAFIA 2: Área marcada pela erosão e de difícil acesso à uma das comunidades rurais do Município de Jerônimo Monteiro.**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

Nesse sobe ladeira, desce ladeira, o cotidiano do ACS rural vai se dando, às vezes solitário, outras vezes acompanhado por um ou outro usuário:



**FOTOGRAFIA 3: Estrada íngreme e de difícil acesso à um domicílio na zona rural do Município de Jerônimo Monteiro.**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

Pequenos trilhos rodeados por muito mato e cercados por fios de arame farpado dão acesso a alguns domicílios localizados em meio às plantações de café. Sem outra opção, o ACS Rural adentra ao matagal para cumprir suas visitas domiciliares:

“Tem algumas casas que não tem estrada pra chegar e a gente tem que passar no meio do mato e passar pela cerca. Eu acho perigoso porque pode ter cobra ou outro bicho né lá no meio daquele matagal (sujeito 2)”.



**FOTOGRAFIAS 4 e 5: Acesso do ACS Rural a uma casa nos arredores de um cafezal em meio ao matagal.**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

Situada em um vale, a pequena área urbana de Jerônimo Monteiro é contornada por pequenas propriedades rurais cortadas por estradas de terra batida que se tornam quase inacessíveis em alguns pontos da região montanhosa do município. Sobre essa inacessibilidade, os sujeitos 2 e 3 contam que:

“O meu grande desafio é a parte alta da minha área. Porque a parte baixa eu faço toda de moto e se não chover é tranquilo. Mas na parte alta a minha moto não vai. Só vai cavalo, mas eu não gosto de andar à cavalo. No início eu ia à cavalo. Eu subia e quando chegava na última casa, pra mim não precisar voltar, eu descia por um trilho, mas um trilho que você olhava pra baixo e era um despenhadeiro e só tinha lugar pro cavalo. E se acontecesse alguma coisa, tipo ele (o cavalo) pisar fora? Uma colega minha já até se acidentou lá em cima. Hoje em dia eu não vou mais, é uma opção de vida. Eu não vou mais à cavalo, eu vou até onde minha moto da pra ir e o resto eu faço à pé porque eu não gosto de andar à cavalo e acho um risco de vida andar lá em cima de cavalo porque quando chove escorrega muito ai você sobe no cavalo, o cavalo escorrega, não é legal, não é fácil, não é. A moto não vai nem na metade dessa área, ela me leva apenas na primeira casa e o resto eu tenho que subir à pé” (sujeito 2).

“[...] eu trabalhava sempre aos domingos e meu marido ia comigo porque se acontecesse alguma coisa ele tava junto. Ai, quando a gente chegou lá em cima deu uma “chuvada”, choveu muito mesmo, ai eu tive que abandonar o resto das casas porque senão ia ficar tarde e a gente foi embora à pé porque o cavalo deslizava e tinha lugar que eu, nem à pé, tava conseguindo” (sujeito 3).



**FOTOGRAFIA 6: Vista da pequena área urbana de Jerônimo Monteiro – ES, a partir de um domicílio situado no início da região montanhosa do município.**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

Nesse contexto topográfico acidentado, o cavalo, muito além de meio de transporte, por muito tempo foi um “personagem” que compôs a singularidade de qualquer tipo de trabalho.

Sobre homem e cavalo, trata-se de uma conexão binária, uma máquina humana/equina destacável no contexto rural e inimaginável nos grandes centros urbanos:

“Hoje eu utilizo moto, quando não ta chovendo. Mas eu fazia (visita domiciliar) à cavalo e à pé” (sujeito 5).

“A minha área agora é baixa, mas antigamente eu ia em uma área que só ia à cavalo e eu saia de casa seis horas da manhã e chegava seis horas da noite. Eu ia à cavalo e chegava em casa moída, toda arrebatada e na primeira vez que eu fui lá fiquei três dias com febre porque eu não tava acostumada a andar à cavalo [...]” (sujeito 3).

No entanto, com a disponibilidade de meios de transporte modernos, o cavalo foi perdendo espaço e hoje deixou de ser a principal forma de locomoção na zona rural, até mesmo para os ACS. Inseridos em um sistema neoglobalizante, que torna todos tão iguais, estes ACS Rurais, ao que parece, conseguem fazer o retorno à etnia, às suas tradições, mantendo o cavalo – tão obsoleto nos meios urbanos -, como um meio de transporte, mesmo que hoje situado como uma última das alternativas, mas capaz de suportar as mais adversas intempéries. Neste sentido, a possibilidade de resgate da máquina binária equino-humana persiste nesta comunidade como um analisador natural. A propósito, os analisadores naturais são os fenômenos que fazem parte do cotidiano das organizações institucionais.

Baremlitt (2002, p. 136), define um analisador natural ou espontâneo como,

Analisador de fato, produzido "espontaneamente" pela própria vida histórico-social-libidinal e natural, como resultado de suas determinações e da sua margem de liberdade.

A labuta do ACS rural em Jerônimo Monteiro é marcada pelo tempo da seca e o tempo das águas. Entre os meses de novembro e março, período em que dias chuvosos são mais comuns, e nas chuvas esporádicas ao longo dos demais meses do ano, o desafio do Agente Comunitário de Saúde de chegar ao domicílio do usuário rural torna-se ainda maior. Nesse período, devido à falta de pavimentação, as estradas rurais ficam intransitáveis por quase toda sua extensão:

“Só tem um problema, quando chove ai fica ruim porque o acesso nas casas na roça é horrível. Às vezes não dá pra ir de carro, de nada, tem lugar que tem que ir á pé quando chove muito mesmo. Eu passei por uma situação que na minha casa mesmo não chegava carro. Eu tinha que deixar o carro em uma porteira na beira da estrada porque atolava ali, não tinha como passar, atolava até no joelho, ai eu passava e chegava até onde estava o carro e quando chegava na primeira casa eu lavava as pernas e calçava o chinelo pra poder trabalhar nas outras casas. Isso já aconteceu várias vezes e ainda acontece até hoje. Tem três casas que não dava pra ir não” (sujeito 3).



“O meu primeiro desafio é o tipo de locomoção. Quando chove lá (na zona rural) é um problema” (sujeito 6).



**FOTOGRAFIAS 7 e 8: Acesso dificultado a um domicílio na zona rural do Município de Jerônimo Monteiro em um dia chuvoso.**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

Apesar de não ser mais o principal meio de transporte dos ACS, é nesse contexto que o cavalo volta a ser um importante dispositivo de locomoção, restaurando a conexão binária, máquina humana/equina, objeto de superação aos atravessamentos do tempo. Num tempo marcado por chuvas, para muitos moradores da zona rural de Jerônimo Monteiro, a “saúde” chega à cavalo:

“Outra questão é a cheia né, a chuva porque a gente fica sem estrada e tem que ir à cavalo e às vezes nem o cavalo consegue ir por falta de estrada e aí a gente tem que ir á pé” (sujeito 5).



**FOTOGRAFIA 9: ACS Rural fazendo visita domiciliar à cavalo na zona rural de Jerônimo Monteiro - ES.**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

No período de estiagem, a motocicleta torna-se o principal meio de transporte utilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares, seguido pelo automóvel e a bicicleta. Esta última, por muitos anos, foi a principal forma de locomoção de alguns ACS na zona rural de Jerônimo Monteiro. Sobre esse meio de transporte, os sujeitos 1 e 3 contam que:

“Moto. Agora né, porque eu andei foram quatro anos de bicicleta. No início era de bicicleta” (sujeito 1).

“No início eu só fazia (visita domiciliar) de bicicleta. Mas agora eu to com hérnia, a coluna já não aguenta mais, as minhas pernas não aguentam. Se eu andar de bicicleta a minha cabeça estoura de dor porque minha coluna dói de cima em baixo e ai a cabeça dói muito, então eu não aguento mais. No início do meu trabalho era só bicicleta. Fiz visita de bicicleta durante uns três anos” (sujeito 3).

No tempo das águas, devido à dificuldade de acesso aos domicílios rurais, além do cavalo, os ACS precisam reinventar sua forma de locomoção:

“Bom, em época de chuva fica muito complicado porque é área rural e a moto não dá pra ir em todos lugares e tem situações que nem a bicicleta vai. Eu já sai de casa de bicicleta, abandonei a moto porque achava que seria mais fácil e cheguei em casa empurrando a bicicleta cheia de barro e toda molhada. Então é um desafio muito grande” (sujeito 2).

“Na roça eu vou sempre de moto, quando está de sol né. Quando tá chovendo eu não tenho coragem” (sujeito 4).

“Bicicleta. Só quando não chove né, quando chove é à pé” (sujeito 6).

Alheios aos conceitos da Análise Institucional - afinal este grupo nunca ouviu falar de Lourau ou Lapassade e tampouco domina os conceitos fundantes do movimento institucionalista -, esta equipe de ACS Rurais com a chegada do tempo marcado por chuvas nos propicia um dos mais concretos exemplos do que pode ser o funcionamento. Segundo Baremlitt, funcionamento “designa o movimento dos processos produtivo-desejante-revolucionários de qualquer materialidade e essência [...] gerador da diferença, da invenção, da metamorfose” (BAREMBLITT, 2002, p. 153).

Numa perspectiva mais ampliada, este Funcionamento, marcado pela inventividade e criatividade do ACS rural, poderia ser considerado como Imanência. Baremlitt nos convida a refletir que, para alguns filósofos, este termo designa a interioridade de um ser ao ser de outro. Opõe-se à transcendência. Para o Institucionalismo, expressa a não-separação entre os processos econômicos, políticos, culturais (sociais em sentido amplo), os naturais e os desejantes. Todos eles são inerentes, intrínsecos e só separáveis com finalidades semânticas ou pedagógicas (BAREMBLITT, 2002, p. 155).

Chegado o tempo das chuvas, marcado por tempestades torrenciais, estes trabalhadores poderiam simplesmente se recolherem à Unidade de Saúde alegando não ter condições de chegar às residências rurais tão dispersas e às vezes situadas em locais de difícil acesso. Nossas experiências, no espaço da



ESF urbana, no que diz respeito ao alheamento dos trabalhadores de saúde da família, aqui incluídos os ACS, são bem vívidos: ao menor sinal de mudança climática, um rumor de que traficantes estarão interditando o território de saúde, tudo é motivo para recolhimento à Unidade de Saúde da Família. Alheios à burocracia, às ameaças – mesmo que de outra ordem -, a sistematização das metas daqueles ACS rurais – expressão máxima dos processos de auto-análise e auto-gestão, vão se impondo através de alternativas viáveis – substituir o carro pela motocicleta, abrir mão da motocicleta e adotar a bicicleta ou, então, seguir à cavalo ou mesmo à pé.

Para esse grupo de ACS que atuam na zona rural de Jerônimo Monteiro, ao que parece, o seu trabalho é movido pelo motor do desejo enquanto forma de produção, desejo essencial e imanentemente produtivo, gerado e gerador no processo mesmo de invenção, metamorfose ou criação do novo (BAREMBLITT, 2002).

## A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS VISITAS DOMICILIARES RURAIS

O município de Jerônimo Monteiro conta com quatro unidades de saúde inseridas na ESF, com equipes em pleno funcionamento. As equipes são compostas por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, nutricionista, dentista, auxiliar de odontologia e agentes comunitários de saúde, que prestam assistência aos usuários residentes na zona urbana e rural.

A visita domiciliar é a atividade externa à unidade mais realizada pela equipe da ESF e é uma importante ferramenta de intervenção na saúde da família, utilizada para conhecer as condições de vida e de saúde das famílias.

Embora as visitas não sejam uma estratégia nova no âmbito da saúde pública brasileira, na atualidade, elas têm finalidades mais amplas e se tornaram bastante complexas. Na segunda década do século XX, a visita voltava-se para o cuidado do doente e aos fatores relacionados com a sua doença, sem preocupação com a família enquanto grupo social. Na proposta do PSF, a visita deve se articular aos desafios que se colocam para este, tendo as famílias, em seu contexto sociocultural de vida, como unidade central de atenção, abarcando suas diversas necessidades, tendo em vista não só a prevenção da saúde e a recuperação e reabilitação de doenças mas, também, a promoção da saúde (MANDÚ et al, 2008).

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, famílias e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos os quais são regidos pelas relações com o meio e com as pessoas. E nesse caso o “sair para comunidade” precisa ter impacto na maneira de atuação dos profissionais, questionando seus conceitos acerca do modo de vivência e sobrevivência das famílias (SAKATA et al, 2007).

Em outro estudo sobre assistência domiciliar verificou-se que esta não modifica apenas a maneira de trabalhar, somando mais uma tarefa aos serviços de

saúde tão saturados, mas tem potencialidades para sensibilizar o modo de agir e pensar dos profissionais. A prática de prestar assistência nos domicílios, nos lares, nos locais de vivência e trabalho das pessoas, favorece uma aproximação da realidade que é complexa e dinâmica, possibilitando, portanto, uma reflexão e revisão da própria atitude dos profissionais na busca de transformações do cuidado (SAKATA et al, 2007).

A assistência prestada nos domicílios rurais é feita, em sua maior parte, pelo Agente Comunitário de Saúde, por ser ele o responsável pela integração entre a equipe de saúde e a população. Segundo Sakata (2007), realizar o cuidado nos domicílios é uma atribuição comum a todos os ACS, porém, desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares, é uma atribuição específica dos ACS.

Entre os sujeitos entrevistados, todos relataram fazer visitas domiciliares sozinhos diariamente, como conta o sujeito 4:

“Em cada casa a gente tem que ir uma vez por mês, dependendo da situação você vai duas, vai três, isso é de acordo com o grau de necessidade da pessoa. Mas todos os dias eu faço visita sozinha” (Sujeito 4).



**FOTOGRAFIA 10: ACS Rural chegando a um domicílio na zona rural no Município de Jerônimo Monteiro – ES.**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

A maioria das comunidades rurais fica muito distante da Unidade de Saúde da Família, os acessos geralmente são difíceis, nem sempre há meios de transporte disponíveis para o deslocamento até a zona rural e a demanda de atividades na ESF são fatores que dificultam a participação dos demais integrantes da equipe de saúde nas visitas domiciliares rurais.

O técnico de enfermagem é o profissional que menos participa das visitas domiciliares na zona rural. Entre os sujeitos entrevistados, a maioria relatou que estes profissionais nunca fazem visitas aos domicílios rurais e apenas um ACS relatou que o técnico raramente participa dessas visitas:

“A técnica (de enfermagem) não vai na zona rural” (Sujeito 6).

“Hoje em dia é muito pouco, raro ( a técnica de enfermagem ir nas visitas domiciliares rurais)” (Sujeito 5).

O enfermeiro e o técnico são os profissionais que mais participam de atividades diariamente dentro da unidade de saúde. Essa demanda de serviços na ESF é o principal fator que dificulta a saída do técnico de enfermagem para realização das visitas domiciliares. A presença deste profissional na ESF – o técnico de enfermagem - torna-se fundamental em função da necessidade do enfermeiro, além das atividades internas, participar de muitas visitas e os demais profissionais geralmente não ficam em tempo integral na ESF:

“Olha, (o técnico de enfermagem) não tem participado (das visitas domiciliares rurais) não. Porque o fluxo aqui no posto ta muito grande, então não tem como ela ta saindo. Quem sai mesmo é a enfermeira” (Sujeito 1).

A participação do enfermeiro nas visitas aos domicílios rurais é mais frequente. Depois do ACS, é o profissional que mais participa dessas visitas. Metade dos ACS entrevistados relatou que o enfermeiro participa das visitas na zona rural sempre que solicitado. Sobre a participação do enfermeiro, o sujeito 2 conta que:

“[...] quando a gente solicita. A partir do momento que houve uma necessidade ela vai comigo” (Sujeito 2).

No entanto, alguns ACS relataram que este profissional desloca-se para zona rural apenas uma vez por mês e um relatou que o enfermeiro raramente participa das visitas na zona rural:

“Ela (a enfermeira da equipe de saúde da família) faz um cronograma. São seis agentes, então ela faz uma semana com cada. E tem semana que ela tem que ir com duas. Então é uma vez no mês. É uma vez no mês né, a gente visita as famílias que tão mais precisando” (Sujeito 1).

“É a mesma coisa, raramente” (Sujeito 5).

Segundo os ACS, as principais situações que justificam a visita do enfermeiro aos domicílios rurais são as visitas às usuárias durante a gestação e puerpério; aos recém-nascidos; aos hipertensos e diabéticos, principalmente os que fazem uso incorreto da medicação; acamados; orientação aos pacientes resistentes ao uso dos medicamentos e quando há usuários necessitando de curativo:

“Uma gestante de alto risco, seria um motivo pra ta solicitando visita; pós-parto, né, puerpério; hipertensos também que às vezes a gente tem dificuldade pra ta falando sobre a medicação, né; se tiver algum acamado também; alguém que tenha tido AVC; diabético” (Sujeito 2).

“Quando nasce um neném, quando tem algum problema de doença como pressão alta, diabetes, pessoas resistentes ao tratamento e gestantes, né” (Sujeito 4).

O médico também participa de algumas visitas na zona rural, no entanto, com menor frequência que o enfermeiro. A maioria dos ACS entrevistados relatou que a presença deste profissional nas visitas rurais é por solicitação de um ACS:

“Ele (o médico) é solicitado quando tem uma necessidade maior, aí ele vai. Mas a presença dele em visita domiciliar é bem pouca” (Sujeito 8).

Alguns ACS relataram que o médico se dedica aos usuários residentes na zona rural apenas uma vez por mês ou de 15 em 15 dias. Nesta situação, o que acontece é uma transferência do espaço do consultório da unidade de saúde para um espaço de uma escola unidocente na zona rural, devendo o usuário rural deslocar-se de seu domicílio até este consultório improvisado:

“Seria uma vez por mês. Mas ultimamente a gente tá sem carro pra ir pra zona rural. Mas esse mês ele vai. Mas geralmente é uma vez por mês” (Sujeito 7).

“A médica é de 15 em 15 dias. E quando há necessidade de visita domiciliar ela faz, quando há necessidade” (Sujeito 5).

A principal situação que justifica a visita do médico aos domicílios rurais, de acordo com a grande maioria dos ACS entrevistados, é a assistência aos pacientes acamados. Outra situação descrita foi a visita domiciliar à usuários hipertensos e diabéticos que fazem uso incorreto da medicação:

“Normalmente é acamado, que tem dificuldade de ta vindo aqui; tem hipertenso também, aqueles que tem muita dificuldade de ta fazendo o uso correto da medicação e diabéticos também” (Sujeito 2).

No entanto, observou-se que alguns médicos não tem o hábito de frequentar a zona rural ou raramente prestam assistência domiciliar aos indivíduos residentes nesta área, como fica evidenciado nos relatos a seguir:

“Esse médico agora não ta indo mais. Mas o anterior ia todo mês. Esse não vai porque não tem tempo também né” (Sujeito 3).

“Ultimamente o médico não tem ido não. Vai muito raramente” (Sujeito 4).

Nesse processo de trabalho, ao justificar a ausência do médico, do enfermeiro e até mesmo do técnico de enfermagem, o ACS reafirma uma questão de quem tem mais poder – os outros membros da equipe de saúde –, em relação a quem tem menos poder – eles. Um analisador natural importante que, por exemplo, comparece nesse processo é a relação ACS - médico. Mesmo afastado da UBS, o poder do médico continua, transgredindo uma norma da ESF, ao instituir consultórios improvisados na zona rural e somente visitar a família, certamente, por solicitação e depois de muita insistência do ACS rural.

O quadro apresentado a seguir, que se reporta ao ano de 2011, dá conta da frequência de participação dos demais integrantes da equipe de saúde da família nas visitas domiciliares rurais:

Frequência	Número de ACS	%
<b>Técnico de Enfermagem</b>		
Nunca	7	87,5
Raramente	1	12,5
<b>Enfermeiro</b>		
Sempre que solicitado pelo ACS	4	50
Mensalmente	3	37,5
Raramente	1	12,5
<b>Médico</b>		
Por solicitação	3	37,5
Mensalmente	2	25
Raramente	1	12,5
15/15 dias	1	12,5
Nunca	1	12,5

**QUADRO 3: Frequência com que os profissionais que compõem as equipes de saúde da família comparecem às visitas aos domicílios rurais do Município de Jerônimo Monteiro – ES, 2011.**

É importante ressaltar que a carência de meios de transporte para deslocamento até a zona rural dificulta a participação dos profissionais nas visitas domiciliares, visto que a ESF não disponibiliza de meios de transporte em tempo integral. Sobre essa carência, o Sujeito 4 conta que:

“Na medida do necessário (as visitas domiciliares rurais acontecem). Às vezes uma vez por mês, às vezes de dois em dois meses. Depende da necessidade do paciente e de meio de transporte também porque às vezes ela (a enfermeira) agenda e não tem carro. Aí ela não pode ir. Quando ta de sol às vezes eu até levo ela na minha moto mesmo” (Sujeito 4).

Assim posto, a atenção à saúde prestada pelos integrantes das equipes de saúde da família no meio rural fica condicionada aos meios de acesso, muitas



vezes, à disponibilidade dos meios de transporte e, principalmente, a fatores climáticos, bem demarcados pela sazonalidade daquela região do sul do Estado do Espírito Santo, marcada por um período chuvoso regular e intenso no final do ano.

## A LABUTA DO ACS NA ZONA RURAL: PRAZER E SOFRIMENTO

### **O prazer de ser Agente Comunitário de Saúde Rural**

Segundo Lopes (2009), para transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante é necessário tornar a organização do trabalho flexível, a fim de proporcionar ao trabalhador maior liberdade no trabalho, possibilitando identificar os fatores que desencadeiam prazer.

O prazer no trabalho e a satisfação pessoal estão vinculados às possibilidades de ser criativo, de ter liberdade para inovar, de participar ativamente nas decisões e, ainda, de ter reconhecida e valorizada sua prática profissional (LOPES, 2009).

O domicílio é um espaço privado e o seu acesso nem sempre é evidente e fácil; portanto, para realizar seu trabalho, o agente comunitário de saúde deve estabelecer vínculo e relações de confiança com a comunidade. O ACS somente adentra e conhece a intimidade dos usuários com permissão da família, devendo sempre preservar essa privacidade.

A maioria dos sujeitos entrevistados relatou que o ponto de partida para um bom relacionamento entre profissional e usuário é o acolhimento no domicílio. Ser bem recebido no domicílio é motivo de prazer para o ACS. Sobre esse acolhimento, no espaço rural, os sujeitos 4 e 8 contam que:

“Primeiramente quando recebe a gente bem. Tem que ser bem recebida. E quando a gente leva o tema e a pessoa entra com a gente naquela discussão, aceita, entendeu? Tem pessoas que dão atenção, aí é uma visita bem feita” (Sujeito 8).

“Uma visita boa é quando você chega, você em primeiro lugar é bem atendido e quando a pessoa interessa por aquilo que você ta orientando, te da uma atenção, então isso pra mim é uma boa visita” (Sujeito 4).

A orientação à saúde é uma das atividades mais realizadas no cotidiano laboral dos ACS rurais de Jerônimo Monteiro e torna-se uma situação de prazer e satisfação poder transmitir conhecimento através dessa orientação e contribuir para o bem-estar da população, como fica evidente nos relatos a seguir:

“Eu me sinto gratificada em saber orientar uma família. É tão importante, ainda mais quando a pessoa é mais humilde, por isso que eu acho que na zona rural é bom de trabalhar [...]. A pessoa perguntar alguma coisa sobre saúde e eu poder falar. Eu acho muito importante” (Sujeito 7).

“Eu gosto da minha profissão. [...] Quando a gente tem um tema pra falar eu me sinto útil porque eu chego na casa, explico, às vezes a pessoa nunca tinha ouvido falar sobre aquilo. Alguns são bem informados mas a maioria não, porque na roça tem uns que não tem tempo de ficar vendo televisão porque ta colhendo café, trabalhando na roça, então eu me sinto útil quando eu chego e tenho uma coisa boa pra transmitir pra eles. Eu não gostaria de ser outra coisa não” (Sujeito 3).

“Às vezes eu me sinto importante porque eu posso ta ajudando né. Então quando você ajuda as pessoas você fica bem. Eu gosto de trabalhar assim, eu me sinto bem” (Sujeito 4).

Esse trabalho de educação em saúde feito pelos ACS ganha ainda mais destaque quando consegue dar resolutividade aos problemas de saúde das famílias atendidas. Mas, para isso, os usuários precisam aceitar as orientações propostas pelo ACS e aderir às mesmas. Grande parte dos ACS entrevistados relatou sentir prazer e satisfação quando suas orientações são acatadas pelos usuários, como demonstram as manifestações seguintes:

“Geralmente a gente fala sobre saúde, prevenção, na verdade, então quando eu chego na casa [...] tem umas três pessoas da família

geralmente né, sentam e ficam me ouvindo, conversam comigo, escutam e depois eu vejo que eles tão fazendo aquilo que eu passei pra eles. Aí aquilo é uma satisfação muito grande” (Sujeito 1).

“Eu gosto muito do meu serviço. Eu tenho prazer no que eu faço. É muito gratificante quando você vê que você foi lá, que você orientou e que você foi capaz de evitar que uma pessoa tivesse um problema sério [...] Então isso é muito gratificante pra gente, é muito bom mesmo. [...] é muito bom porque você sabe que seu trabalho ta dando fruto” (Sujeito 2).

[...] quando eu chego na casa de uma pessoa que eu vejo que a pessoa ta necessitando de alguma coisa, de uma orientação [...] que a gente orienta né [...] orienta a família que tem que seguir dieta, tomar a medicação direitinho. Aí a gente sai de lá e a pessoa sai atendida e agradece a gente e que a gente volta daí uns dias e saber que a pessoa ta seguindo corretamente o que a gente orientou. Pra mim uma boa visita é assim” (Sujeito 5).

Apesar dos desafios de seu cotidiano laboral, todos os sujeitos entrevistados relataram que gostam de trabalhar como ACS na zona rural e que se sentem importantes para a ESF. Sobre esse prazer em ser ACS na zona rural, os sujeitos 1, 6 e 3 contam que:

“Eu me sinto muito bem. No início eu entrei por opção de emprego, pra trabalhar [...] porque eu precisava de trabalho mas, ao passar de um ano, dois, eu peguei gosto por essa profissão e não tem nada que me tira. Qualquer coisa que falarem não vai me tirar o orgulho que eu tenho de ser agente comunitária” (Sujeito 1).

“Sem as minhas informações e sem as minhas visitas, como o enfermeiro e a técnica vão ficar sabendo o que ta acontecendo lá (na zona rural)? Eu acho que 90% do trabalho do PSF é graças a gente. Eu penso assim. Eu digo isso porque tudo é em torno da gente. Quem vigia os hipertensos somos nós, quem vê os diabéticos somos nós. O PSF tem que ter muita confiança no agente. Sem o agente o PSF não existe não. Se acabar o agente comunitário, acaba o PSF” (Sujeito 6).

“Eu gosto da minha profissão. [...] Eu não gostaria de ser outra coisa não. Só tem um problema, quando chove ai fica ruim porque o acesso nas casas na roça é horrível. Às vezes não da pra ir de carro, de nada, tem lugar que tem que ir á pé quando chove [...]. Teve uma época que choveu tanto que até à pé era difícil de passar. Até à cavalo tinha lugar que o cavalo atolava, então tem essas dificuldades” (Sujeito 3).

## **Sufrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde Rural**

Dejours (1994) compreende que a origem do sofrimento está na relação do homem com a organização do trabalho, destacando que se deve levar em consideração que o organismo do trabalhador não é “motor humano” pois, constantemente, é influenciado interna e externamente. O trabalhador não chega ao local de trabalho como uma máquina nova, ele tem uma história, aspirações, desejos, motivações, necessidades psicológicas, e outros; fazendo com que cada trabalhador tenha características únicas e pessoais.

Como o trabalho é um cenário para a realização de si mesmo e para o fortalecimento desta singularidade, destaca-se a importância do reconhecimento do trabalho do ACS como um exercício para a mobilização dos mesmos. Este reconhecimento é um fator fundamental para evitar a alienação decorrente do desprezo e da falta de sentido diante daquilo que o homem realiza profissionalmente (LOPES, 2009).

O papel de "tradutor" do universo científico ao popular, a entrada no contexto e na problemática familiar das pessoas, a frequente resistência da população à proposta de mudança de hábitos, conflitos e dificuldades de relacionamento com membros da comunidade e dentro da própria equipe de saúde são alguns exemplos de tensões a que os ACS estão cotidianamente submetidos (KLUTHCOVSKY et al, 2007).

Na prática, percebe-se que a organização do trabalho na ESF está relacionada com a qualidade da relação vincular da equipe entre si e desta com as famílias.

Vale ressaltar que diante das necessidades, as pessoas da comunidade buscam em primeiro lugar o ACS, quer seja uma informação, uma reclamação ou a solução de um problema mais grave e dele esperam uma resposta, em uma relação de cobranças e exigências nem sempre tranquila (MARTINES; CHAVES, 2007).

Muitas expectativas são depositadas nos ACS; a observação, a postura profissional equilibrada e o conhecimento são algumas das competências exigidas e que, quando não bem desempenhadas ou correspondidas, geram dificuldades, tornando-o vulnerável ao sofrimento no trabalho. Muitas vezes, esgotam-se suas habilidades para gerir o tempo, a excessiva demanda de tarefas, as críticas, a preservação de seu descanso e espaço junto à família, a incompletude e desqualificação de seu trabalho e o cansaço físico, emergindo a frustração, a ansiedade, a solidão e um sentimento de inutilidade, como se o esforço empregado na sua atividade tivesse sido em vão (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

De acordo com os ACS entrevistados, diversas situações, as quais estão expostos diariamente em seu cotidiano laboral, podem gerar sofrimento e sentimentos de insatisfação em seu trabalho. Entre elas, a falta de atenção às orientações por parte dos usuários foi citada pela maioria dos ACS. Segundo eles, os usuários geralmente estão fazendo alguma atividade doméstica concomitantemente à visita domiciliar e, por isso, não prestam atenção nas orientações feitas pelo ACS:

“Quando tem tema do mês pra falar e a gente chega em uma casa que a pessoa não dá muita atenção, então pra mim é uma péssima visita. Não dá atenção, continua varrendo a casa, então pra mim não serve. [...] quando você passa em uma casa falando o tema do mês e a pessoa não tá nem aí, eu saio dali arrasada, como se eu não fosse ninguém, como se a minha profissão não servisse pra nada” (Sujeito 3).

“Ruim é quando você chega e tá falando e a pessoa tá lá fazendo uma coisa, roda pra cá e roda pra lá e não para pra te ouvir, não dá um pingão de atenção e parece que você não tá nem ali. Isso acaba com meu dia, sinceramente. É horrível, pra mim essa é a péssima visita. Da vontade de não voltar nunca mais” (Sujeito 4).

Esse trabalho de educação em saúde, feito através das orientações, é muito comum nas visitas domiciliares e representa uma das principais atividades de um Agente Comunitário de Saúde. No entanto, segundo alguns ACS, essas orientações, muitas vezes, não são acatadas pela população gerando

sentimento de insatisfação nesses profissionais. Além disso, o fato de não ser bem recebido no domicílio também foi citado pelos ACS como situação capaz de gerar sofrimento:

“O que me deixa desanimada, muito triste é, igual, eu chego na casa, dou atenção, converso, pego a caixinha de medicamento, porque todo idoso tem aquela famosa caixinha onde ele coloca tudo, dou uma vasculhada, tiro ‘n’ remédios vencidos que não podem tá ali, limpo. Levo medicamento, porque a zona rural é meio longe e eu fico com pena deles virem andando e levo o medicamento para eles. Semana que vem eu volto e tá tudo de novo. Aquele paciente não seguiu a minha orientação, não tomou a medicação certa. Isso me desestimula porque eu ando nesse sol quente, vou lá, oriento e é a mesma coisa se eu estivesse falando com uma parede. Eu viro as costas e eles não fazem nada” (Sujeito 6).

“É você chegar e a pessoa não tiver bem né, as vezes tá mal humorada. Eu já vivi situações de chegar e a família tá brigando. Aí a gente fica sem jeito. Aquela não é uma boa visita. Eu já chego, falo o que tenho que falar e já saio correndo. Isso já aconteceu” (Sujeito 7).

A desvalorização do trabalho realizado pelo ACS também pode levar este profissional ao sofrimento. Sobre essa desvalorização, o Sujeito 1 conta que:

“Todo mês eu passo por uma situação ruim. Eu chego em uma família, é uma pessoa da família, é um homem. Eu chego lá [...] uma conversa sem pé nem cabeça e começa: fala mal da enfermeira, fala mal do médico, fala mal da estratégia, fala do nosso serviço, que é um serviço que o governo deu pra gente pra preencher vaga, pra dar emprego. Fala isso tudo na minha cara e eu tenho que ficar ouvindo. [...] É a visita mais chata que eu acho. Eu deixo ela por último porque quando eu saio de lá tenho que ir embora de tanto que eu sofro” (Sujeito 1).

Outra situação capaz de gerar insatisfação e sofrimento no ACS é quando a intervenção do ACS não é suficiente para resolver um determinado problema e há necessidade de convocar os demais integrantes da equipe para solucionar o caso, como conta o Sujeito 2:

“[...] quando é hipertenso eu não considero uma visita boa porque eu tenho que acessar o médico, o enfermeiro, eu tenho que buscar ajuda aí eu considero uma visita ruim porque eu poderia ter feito, não consegui e tive que pedir ajuda” (Sujeito 2).

## A ZONA RURAL E SUAS SINGULARIDADES

Além dos desafios já apontados, os Agentes Comunitários de Saúde rurais do município de Jerônimo Monteiro convivem, diariamente, em seu labor com algumas particularidades da zona rural.

O extenso território de abrangência das Unidades de Saúde da Família e a grande dispersão demográfica, por exemplo, são características singulares da zona rural e ficam evidenciadas nos relatos a seguir:

“O maior desafio que eu tenho é a distância entre as casas. Às vezes eu ando 40, 50 minutos, às vezes até uma hora pra chegar de uma moradia até a outra. [...] outra coisa que eu vejo é que a população fica muito distante da unidade. Eu moro no início da minha área que fica à 20 Km da unidade, imagina quem mora muito mais longe do que eu” (Sujeito 5).

“[...] tem área que é enorme que eu almoço sentada no meio do caminho, por exemplo, então não é fácil. É bem complicado. (Sujeito 2).

“Eu tenho um pedacinho de área urbana que é muito mais fácil. Na zona urbana é facilimo porque você faz um monte de casa em um dia só porque você sai de uma casa e entra na outra. Na roça é mais difícil porque uma casa é muito longe uma da outra” (Sujeito 3).





**FOTOGRAFIA 11: Uma pequena residência “perdida” no meio de um verde sem fim.**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.



**FOTOGRAFIA 12: Na imensidão verde, onde encontrar as pequenas casinhas rurais?**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

Essa dispersão demográfica presente na zona rural de Jerônimo Monteiro permite a presença de vários locais ermos entre os domicílios, pelos quais os ACS transitam constantemente para cumprir suas visitas domiciliares:

“Tem lugares que eu tenho até medo de passar porque não tem nenhuma casa por perto, é muito deserto e isso pode ser perigoso né” (sujeito 5).



### **FOTOGRAFIA 13: E cada uma dessas casinhas rurais, onde estão?**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

Os animais, domésticos ou não, são bem comuns na zona rural e, muitas vezes, dificultam o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Segundo os sujeitos entrevistados, o boi e o cachorro são os animais que mais causam problemas durante as visitas ou no percurso até os domicílios rurais:

“[...] tomei muito galope de cachorro e de boi” (Sujeito 1).

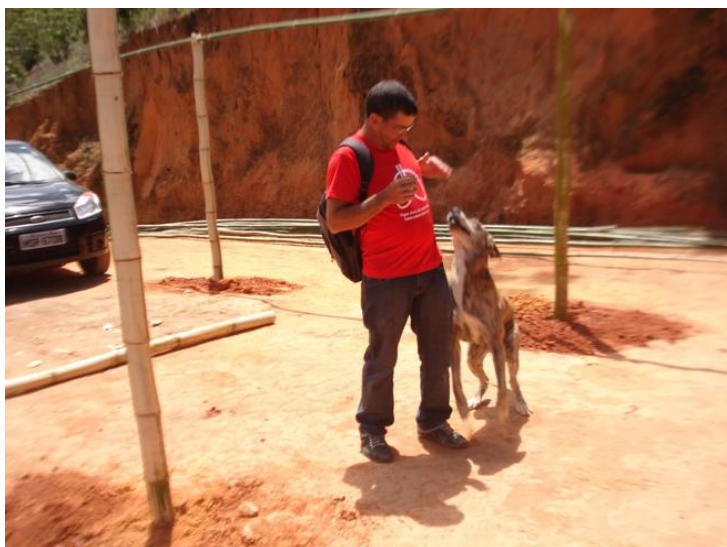
“[...] o pior é as mordidas de cachorro [...] eu chegando de moto, parei e botei o pé no chão e eles vieram latindo e me mordeu [...]” (Sujeito 7).

“[...] teve uma vez que eu fui e fiquei cheia de carrapato e tive que passar dois vidros de remédio no corpo pra sair aquela coceira. Tinha carrapato pra todo lado, até na cabeça tinha carrapato. Foi uma coisa horrível. Foi uma experiência que eu passei que não desejo pra ninguém” (Sujeito 3).



**FOTOGRAFIA 14: Xô boiada, a equipe de saúde rural precisa seguir caminho!**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.



**FOTOGRAFIA 15: A cachorrada ... alegria (ou desespero?) do ACS Rural no Município de Jerônimo Monteiro – ES.**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

Na maioria das vezes os cães dos domicílios rurais reconhecem e acolhem os ACS, mas, em alguns domicílios, o ACS precisa “gritar” o nome do morador a

alguns metros de distância da casa, para avisar da sua presença e evitar um possível ataque dos cães, como conta o Sujeito 2:

“Eu tenho que gritar antes senão o cachorro corre atrás da gente” (Sujeito 2).

Durante o tempo que passei na zona rural acompanhando os ACS em suas visitas domiciliares, foi bem comum, ao aproximar-se de um domicílio, ouvi-los gritado: “ô ‘fulano’, prende o cachorro que eu estou chegando” e logo se ouvia outro grito ecoando do domicílio: “pode chegar, o cachorro já esta preso”. Certo de que não mais sofreria um ataque, o ACS, então, aproximava-se do domicílio para cumprir sua visita domiciliar.

Para evitar o ataque dos cães, alguns ACS adotam outra estratégia: fazer “amizade” com o cachorro. Amizade? É isso mesmo, ser “amigo” do animal para não ser surpreendido com um ataque. Em uma dessas visitas na zona rural, passando as mãos sobre a cabeça de um cachorro em movimentos de carinho, um dos sujeitos deste estudo relatou o seguinte:

“Além de conquistar os moradores, a gente precisa ser ‘amigo’ dos cachorros também, sabia? A maioria das casas na roça tem cachorro bravo que eles (os moradores) usam pra proteger a casa e a gente, além de fazer o nosso trabalho, ainda tem que fazer amizade com os cachorros, saber até o nome deles pra quando a gente chegar na casa pra fazer visita não correr o risco de tomar uma galope e ser mordido (sujeito 5)”.

A criação de gado é bem comum nas propriedades rurais de Jerônimo Monteiro. Pequenos rebanhos são encontrados em quase todas as propriedades e são utilizados, principalmente, para a produção de leite, que é comercializado com empresas de laticínio da região e utilizado para a produção de derivados para a subsistência familiar. Nesse contexto, os cercados e as porteiras, utilizados para impedir a passagens do gado, são facilmente encontrados ao longo das estradas que dão acesso aos domicílios na zona



rural obrigando os ACS a uma rotina de “abrir e fechar” cancelas em seu cotidiano laboral.



**FOTOGRAFIA 16: Abre cancela, fecha cancela ... uma rotina no trabalho do ACS Rural no Município de Jerônimo Monteiro – ES.**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

Na zona rural de Jerônimo Monteiro predominam as pequenas propriedades rurais geridas pelas famílias (agricultura familiar), com destaque para o cultivo do café e laranja e criação de suínos e bovinos, além das pequenas lavouras de milho, arroz e feijão que são utilizadas basicamente para a subsistência familiar.

A colheita do café, um dos principais produtos agrícolas cultivados no município de Jerônimo Monteiro, dura cerca de dois a três meses tendo início, geralmente, no final do mês de abril ou início de maio podendo estender-se até o fim do mês de julho. Durante esse período, a rotina de sair de casa bem cedinho, às vezes ainda na madrugada, passar o dia trabalhando nas lavouras de café e retornar ao domicílio apenas ao cair da noite, é muito comum entre os moradores da zona rural. Essa rotina é importante para garantir a colheita

do fruto no seu tempo ideal, no entanto, dificulta o trabalho do ACS que, nesse período, dificilmente tem êxito nas suas visitas domiciliares visto que não encontra os moradores no domicílio no seu horário de trabalho.

Sobre o desafio de fazer visitas aos domicílios rurais no período da colheita do café, o sujeito 6 conta que:

“No mês de junho eu fui lá (na zona rural) 18 vezes porque era panha de café e eles estavam trabalhando até dia de sábado até 5 horas da tarde e lá não tem luz. Eu não posso ir lá depois de 5 horas da tarde porque se eu for eu tenho medo de voltar” (Sujeito 6).

A maioria das famílias residentes na zona rural de Jerônimo Monteiro têm suas atividades diárias ligadas à agricultura, de onde tiram seu sustento. Com isso, mesmo fora do período de colheita, os membros da família, inclusive algumas mulheres, passam boa parte do dia trabalhando nas lavouras da região. Nesse contexto, o ACS, para cumprir o instituído, precisa inovar e buscar formas diferenciadas de fazer a sua prática:

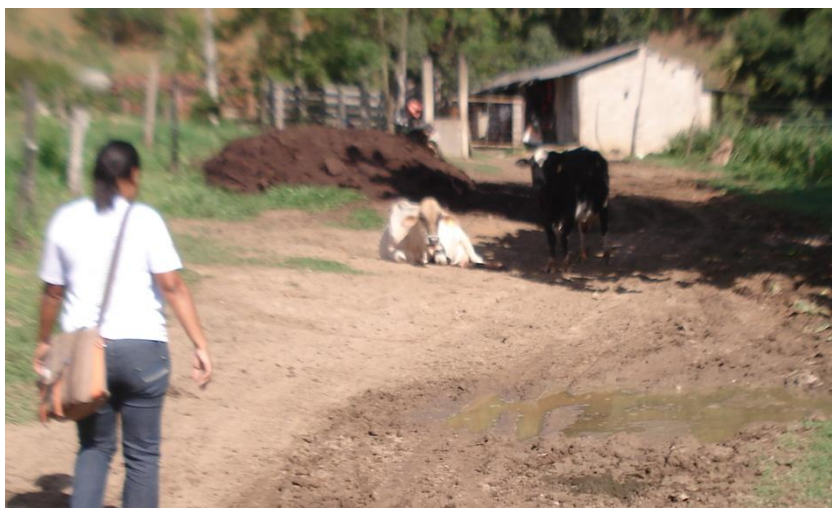
“Na minha zona rural é um pouco difícil o acesso. Ou eu vou lá sábado e domingo ou eu vou à noite. Porque se eu for de dia acontece de eu não encontrar ninguém. Se eu for na parte da manhã vou encontrar 3 ou 4, o resto tá na lavoura, tá trabalhando. E as minhas crianças que eu tenho pra pesar lá eu só encontro algumas aos sábados, porque as mães trabalham e eu só encontro aos sábados. Então, por isso, eu troco. Eu fico uma sexta-feira em casa e trabalho sábado e domingo. Tem que ser assim senão eu não consigo completar lá não” (Sujeito 6).

“Na época da panha de café, às vezes eu subo o morro e vou lá dentro da lavoura de café pra fazer a visita. Isso sem contar que tem casos que eu tenho que ir na casa da pessoa de madrugada pra conseguir fazer a visita porque se eu for em outro horário eu não encontro ninguém em casa. E a gente tem que fazer isso pra conseguir dar conta do nosso serviço né” (sujeito 5).

Atuando em dias ou horários excepcionais ao estipulado pelo seu contrato de trabalho – 08 horas diárias, de 07:00 às 16:00 horas, com uma hora destinada à parada para almoço, de segundas às sextas-feiras -, que consciência tem o ACS rural em relação ao que está disposto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)? E em relação à instituição saúde local? De que forma ela deve se comportar?

Trata-se de uma situação singular, que em nosso entendimento merece ser objeto de exploração dessa nova profissão em sua relação ao referido tratado jurídico.

Essa labuta dos usuários rurais, muitas vezes, obriga o ACS a realizar suas visitas fora do domicílio, em lugares inimagináveis nos centros urbanos.



**FOTOGRAFIA 17: Qualquer lugar é lugar... ACS Rural se dirigindo ao curral para encontrar boiadeiro e fazer a sua visita “domiciliar”.**

Fonte: Acervo particular do autor, 2012.

Sobre essas visitas “especiais”, o sujeito 1 conta que:

“Tem dia que eu não encontro ninguém em casa, mas se eles tiverem trabalhando por perto, eu faço a visita lá mesmo. Hoje, por exemplo, ele tava no curral cuidando dos bois e eu tive que fazer a visita lá no curral mesmo” (Sujeito 1).

## **8. RESTITUINDO A HISTÓRIA COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE RURAIS: UM NÓ BEM ATADO?**

A restituição, enquanto conceito socioanalítico, supõe que se deva, e se possa, falar de algumas coisas que, em geral, são deixadas à sombra. Essas coisas seriam as comumente silenciadas, faladas apenas em corredores, cafés, ou na intimidade do casal. De fato, para nós, tais "coisas" são aquela "fala" institucional que não pode ser "ouvida" de forma pública. Há, frequentemente, um aspecto de indiscrição no conceito de restituição e, mesmo, o risco de se cair na denúncia meramente recriminatória. É preciso estar muito atento quando se maneja essa técnica e a melhor maneira de combater seus riscos - a mera indiscrição, a acusação revanchista, as denúncias impotetizantes, as alianças espúrias e, até, irrefletidas - é aplicá-la a si mesmo. Ou seja, deve-se enunciar "coisas", e não denunciar outrem (LOURAU, 1993).

Segundo Lourau (1993, p. 52), a restituição na socioanálise, para ser verdadeiramente construtiva, supõe o respeito a certas regras. Entre estas, certamente, as regras ontológicas da discrição, e as regras técnicas relativas à escolha do momento oportuno para a restituição. É um pouco como na vida cotidiana, quando escolhemos o que deve ser dito das coisas que pensamos (e quando). Realmente nunca dizemos tudo a que pensamos, não importa em qual situação.

Restituir às pessoas com quem trabalhamos a saber científico que se permitiu construir é uma ideia relativamente recente que, por muito tempo, escapou completamente aos pesquisadores. Os primeiros sociólogos de campo não se preocupavam em restituir à população estudada os resultados da pesquisa. Ou, simplesmente, falar da importância que teve essa população para a produção científica (LOURAU, 1993).



A restituição apareceu como um verdadeiro problema no âmbito da etnologia de campo. Esta tem suas origens na etnologia colonialista e não se dá conta de que só poderia ser produzida (ter sua gênese teórico-social) numa situação colonialista em fase de destruição. Mais um saber, completamente político, pretendendo-se "neutro". O político que "invadia o científico" não era percebido por etnólogos ou demais pesquisadores de campo. Para que se realizasse uma verdadeira revolução epistemológica - introduzindo, na pesquisa de campo, a restituição do resultado à população estudada -, foi preciso um outro acontecimento político. Digo "outro", porque a epistemologia é, antes de tudo, política. Esse acontecimento político foi o processo de descolonização, ocorrido no mundo inteiro, modificando, na produção do saber antropológico, as sempre presentes e negligenciadas relações de poder entre ciência e colonialismo. A descolonização produziu um efeito analisador enorme (LOURAU, 1993).

Muitos países outrora colonizados, como uma forma de controle para o Estado local, uma forma bastante atual de controle, exigem a restituição dos resultados da pesquisa, antes de permitir que sejam tornados oficiais. Ou seja, antes que o pesquisador vá valorizar o seu trabalho em seu próprio país de origem - obtendo diploma, prestígio, empregos, graças ao saber que ele roubou aos "indígenas" -, essas nações podem exigir, hoje, que os resultados do mesmo lhes sejam comunicados (LOURAU, 1993).

Segundo Lourau (1993), em alguns países, o controle vai ainda mais longe: podem exigir uma cópia de todo o material por ele recolhido - fitas cassetes, de vídeo, fotos e, até mesmo, o seu caderno de anotações da pesquisa.

Fora da etnologia colonialista ou neo-colonialista, alguns métodos de pesquisa (pesquisa-ação e pesquisa-participante, por exemplo) usados em diversos países - inclusive Brasil - propõem, dentro do próprio país, a questão da restituição. Tais métodos supõem um mínimo de co-gestão, co-participação, entre objeto e pesquisador. Há formas muito diferentes desse tipo de colaboração; algumas bastante democráticas, bem participativas, e outras não passando de uma exploração fantasiada. Isto é, a população estudada é tratada como "serviçal doméstico", muitas vezes, efetivamente "servindo" ao

sociólogo; comumente negligenciada, em função da pesquisa, não obtém uma restituição verdadeira, concreta e objetiva de seus resultados - sequer sabe que pode exigir essa restituição (LOURAU, 1993).

No nosso caso, após a elaboração da análise dos dados, repassamos, através de uma assembleia, os dados desta pesquisa para os Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro, numa restituição concreta.

Segundo Lourau (1993, p. 55), concreto não significa apenas enviar, um ano mais tarde, um artigo, um livro publicado à população participante da pesquisa; concreto compreende uma restituição pessoal, implicada e posta, dentro da pesquisa, como um procedimento real e necessário do ato de pesquisar (intervir). Enviar o artigo apenas é muito fácil. Ainda mais, quando muitas dessas populações pesquisadas são analfabetas. Como única "restituição", não entendo o que podem fazer com esses "inteligentes" textos, a não ser que os possam usar bem pouco convencionalmente, de uma forma não muito adequada.

A restituição do material deste estudo aconteceu no dia 04 de maio de 2012 na sala do Centro de Pastoral da Igreja Católica do Município de Jerônimo Monteiro. Este espaço, gentilmente cedido pelo Padre Roberto José Gonçalves (Pároco da Paróquia Nossa Senhora Auxiliadora), frequentemente é utilizado pelas equipes de saúde da família do município para execução de reuniões.

Compareceram a este encontro cinco Agentes Comunitários de Saúde rurais, os quais participaram do estudo como sujeitos do mesmo. Os outros três sujeitos do estudo justificaram, ainda no dia do encontro, o motivo da ausência, alegando estarem envolvidos em atividades em uma campanha de vacinação.

Os dados da pesquisa foram repassados aos ACS rurais através de uma apresentação de slides contendo todas as informações referentes ao estudo, tais como os objetivos, a metodologia e os resultados, incluindo as fotos registradas durante o trabalho de observação feito através das visitas domiciliares na zona rural e as falas dos sujeitos do estudo. Durante a

assembleia, os ACS rurais tiveram total liberdade para intervir e expressar suas opiniões.

As informações repassadas foram bem aceitas pelos sujeitos e, apesar da calorosa discussão proporcionada pelos ACS durante a assembleia, principalmente recontando as experiências expostas na apresentação, não solicitaram nenhuma alteração na redação do texto.

A restituição não é um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um feedback tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados. Ela nos faz considerar a pesquisa para além dos limites de sua redação final; ou melhor, de sua transformação em mercadoria cultural para servir unicamente ao pesquisador e à academia. A pesquisa para nós, continua após a redação final do texto, podendo até mesmo, ser interminável. Se a população estudada recebe essa restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador. Se tornar uma espécie de "pesquisador-coletivo", sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores, e produzir novas restituições, tanto ao agora talvez ex pesquisador quanto ao presente social mais imediato ou global. Isso seria, efetivamente, a socialização da pesquisa (LOURAU, 1993).

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oportunidade de realizar este estudo, tendo como cenário o Município de Jerônimo Monteiro – ES, nos permitiu conhecer o cotidiano laboral de Agentes Comunitários de Saúde que trabalham na zona rural, bem como os desafios de sua prática e as singularidades de seu ambiente de trabalho – a zona rural.

O município de Jerônimo Monteiro é caracterizado por pequenas propriedades rurais geridas pelas famílias – agricultura familiar -, situação fundiária típica dos municípios do interior do Estado do Espírito Santo. Situada em um vale, a pequena área urbana de Jerônimo Monteiro é contornada por essas pequenas propriedades. O acesso aos domicílios rurais se dá por estradas de terra batida que cortam a zona rural do Município.

A partir de uma perspectiva qualitativa, com base em entrevistas, buscamos, inicialmente, caracterizar os Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro – ES, bem como procuramos apreender alguns aspectos relevantes da sua prática.

Os Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro são, em sua maioria, do sexo feminino, brancos, casados, de religião católica, possuem média de idade de 41 anos, sendo que o mais jovem e o mais velho possuem 29 e 61 anos, respectivamente e média de 8 anos atuando como ACS Rural.

No tocante a inclusão digital, identificamos que apenas metade dos ACS rurais tem acesso à Internet e que esta ferramenta passou a estar disponível no local de trabalho – na ESF – apenas no ano de 2011.

Quanto à profissão anterior ao trabalho de ACS, identificamos que dois sujeitos apresentavam condição de desemprego antes de iniciar a ocupação atual. Como experiências anteriores, apenas um sujeito referiu realizar atividades na área da saúde e dois já tinham a zona rural como local de trabalho.

Iniciado o trabalho de observação, feito através de visitas à domicílios na zona rural com os ACS, conhecemos melhor o cotidiano laboral dos Agentes Comunitários de Saúde rurais, bem como vivenciamos os desafios de sua prática.

Identificamos, através do estudo das ações instituídas, que a organização do processo de trabalho adotado até então pela ESF possui um formato único para todo o país e para todas as equipes de saúde da família, minimizando as diferenças locais. As ações instituídas são as mesmas para todos os ACS, independente de trabalharem em grandes centros urbanos ou isolados no meio do mato da zona rural.

A experiência vivenciada na zona rural do Município de Jerônimo Monteiro nos permitiu identificar que os Agentes Comunitários de Saúde rurais convivem, diariamente, em seu labor com algumas situações que são singulares do seu local de trabalho – a zona rural. A grande dispersão demográfica, os locais ermos, os animais, os acessos distantes ou mesmo quase inacessíveis aos domicílios e o insucesso nas visitas domiciliares no período da colheita do café são exemplos dessa singularidade que, por vezes, torna-se um desafio para o ACS.

Diante dos desafios do seu cotidiano laboral e na obrigação de cumprir as ações instituídas, o ACS rural precisa inovar e buscar formas diferenciadas de produzir a sua prática. Alheios à burocracia e às ameaças, a sistematização das metas dos ACS rurais vai se impondo através de alternativas viáveis.

Identificamos, por exemplo, que, diante da labuta dos usuários rurais, principalmente no período da colheita do café, uma das alternativas adotadas pelo ACS rural é abrir mão da visita no espaço do domicílio e adentrar nas plantações de café para encontrar as pessoas e, então, conseguir fazer sua visita “domiciliar”. Não estando o usuário rural nas lavouras de café, qualquer outro lugar torna-se cenário para a visita, como um curral, por exemplo, ou outro lugar que se possam encontrar os usuários. Outra estratégia adotada por alguns ACS para cumprir suas atividades instituídas, é fazer suas visitas domiciliares em horários excepcionais, sendo que estas visitas geralmente

acontecem ainda na madrugada, antes dos usuários saírem para o trabalho, à noite ou, até mesmo, nos finais de semana.

Chegar a uma residência para fazer uma visita domiciliar não parece, à primeira vista, ser problema para um ACS. Na zona rural, no entanto, o simples fato de chegar ao domicílio, muitas vezes, torna-se um desafio para o ACS visto que os acessos às comunidades rurais são muito distantes e, em alguns pontos, muito prejudicados. No tempo das águas, o desafio do ACS de chegar aos domicílios rurais torna-se ainda maior. Nesse período, devido à falta de pavimentação, as estradas rurais ficam intransitáveis por quase toda sua extensão. É nesse período que nós identificamos que os ACS mais precisam inovar, buscando formas diferenciadas de fazer a sua prática. Afinal, como se locomover nas estradas esburacadas e cheias de lama? Nesse contexto, as alternativas adotadas pelos ACS rurais são substituir o carro pela motocicleta, abrir mão da motocicleta e adotar a bicicleta ou, então, seguir à cavalo ou mesmo à pé. Vale ressaltar que, devido à grande distância das comunidades rurais e a dispersão demográfica, o trajeto percorrido, muitas vezes à pé, pelos ACS é muito longo.

Neste contexto, e considerando a relevante maioria dos municípios com grande população rural, ainda cabe o desafio de ampliar o debate sobre inúmeras questões sobre o modelo de assistência da atenção básica no Brasil, como, por exemplo, refletir sobre a possibilidade de recriação, avançando no sentido de estar atento às experiências locais, adequando-se às necessidades de adaptação.

## 10. REFERÊNCIAS

BARBIER, R. **Pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5 ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BARROS, E. C. **O Perfil do agente comunitário de saúde**: características desse novo trabalhador da saúde e suas perspectivas - um estudo em Camaragibe e São Bento do Una/PE. 2002. 100 p. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2002.

BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enfermagem**. v. 15, p. 40-47, Janeiro/março, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm)> Acesso em: 10 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)> Acesso em: 10 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.142, 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990-b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)> Acesso em: 10 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS de 1996**. Promove e consolida o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf)> Acesso em: 12 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**: Res. CNS nº. 196/96. Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma\\_pesq\\_serres\\_hum.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_pesq_serres_hum.pdf)> Acesso em: 08 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 11.350, de 05 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm)> Acesso em: 10 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 12 mar. 2011.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 14, n. 54, 1986.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Atlas: São Paulo, 1994.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 2: p. 347-355, 2005.

FIGUEIREDO, T. A. M.; SIMÕES, F. L.; BONALDI, C. M. O território do Bonfim: espaço de produção de conhecimento em saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 24, n. 1: p. 73-79. Fortaleza: jan./mar., 2001.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 11 mar. 2011.

GAVALOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.

INSTITUTO DE APOIO À PESQUISA E AO DESENVOLVIMENTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Divisão regional do Espírito Santo**. Disponível em: <[http://www.ijsn.es.gov.br/images/flippingbook/perfil2009/Polo\\_Cachoeiro/Jeronimo\\_Monteiro\\_2009.pdf](http://www.ijsn.es.gov.br/images/flippingbook/perfil2009/Polo_Cachoeiro/Jeronimo_Monteiro_2009.pdf)> Acesso em: 10 mar. 2011.



INSTITUTO DE APOIO À PESQUISA E AO DESENVOLVIMENTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Microrregiões administrativas de gestão**. Disponível em:

<[http://www.ijsn.es.gov.br/images/flippingbook/perfil2009/Polo\\_Cachoeiro/Jeronimo\\_Monteiro\\_2009.pdf](http://www.ijsn.es.gov.br/images/flippingbook/perfil2009/Polo_Cachoeiro/Jeronimo_Monteiro_2009.pdf)> Acesso em: 10 mar. 2011.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 29, n. 2. Porto Alegre, maio/agost., 2007.

L'ABBATE, S. Análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

LARA, M. O. **Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais**. 2008. 136 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

LOPES, D. M. Q. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. 2009. 110 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria. Rio grande do Sul, 2009.

LOURAU, R. **Análise institucional e prática de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto - São Paulo**. 2004. 154 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. v. 17, n. 1, p. 131-140. Florianópolis: Jan./mar., 2008.

MARCONI, E.M.; LAKATOS, E.V. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**. v.41. p. 426-433, 2007.

MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAÚJO, E. C.; CARDOSO, M. R. L. Território: conceitos chave. In: **Distrito sanitário: o processo social de mudança de práticas sanitárias do sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 166-9.

MENDONÇA, M. H. M. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 5, p. 1433- 1434. Rio de Janeiro set./out., 2004.

MENDONÇA, A. V. M. et al. Inclusão digital dos agentes comunitários de saúde no Brasil: novas formas de aprender em rede. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**. v. 3, n. 1, p. 28-37, jan./mar., 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**: v. 20, n. 1, p. 19-26, jan./jul., 2008.

NASCIMENTO, C.M.B. **Análise do cumprimento das práticas dos agentes comunitários de saúde em municípios da região metropolitana do Recife**. 2008. 158 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis**: o agente comunitário de saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Texto para discussão nº 735. Rio de Janeiro, 2000.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18, n. 6, p. 1639-1646. Rio de Janeiro: Nov./Dez., 2002.

PEREIRA, W. C. C. et al. **Análise institucional na vida religiosa consagrada**. 1 ed. Belo Horizonte: Record, 2005.

PEREIRA, W. C. C. Movimento institucionalista: principais abordagens. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, UERJ. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas de desenvolvimento humano no Brasil**, 2003. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2003.aspx?indiceAccordion=1&li=li Atlas2003>> Acesso em: 10 jul. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JERÔNIMO MONTEIRO. **Plano de desenvolvimento sustentável do município de Jerônimo Monteiro**, 2010. Jerônimo Monteiro: 2009, 126 p.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1027-1034. Ribeirão Preto, nov./dez., 2005.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 6: p. 659-664, nov./dez., 2007.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SILVA, M. H.; SANTOS, M. R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte do município de Juiz de Fora. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. v. 6, n. 2. Juiz de Fora: jul./dez., 2003.

SÓL, N. A. A. **A medicina geral comunitária no Brasil**: uma Análise Institucional Sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, 2011.

SOUSA, M. F. **Agentes comunitários de saúde**: choque de povo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

SOUZA, B. P. Mães contemporâneas e a orientação dos filhos para a escola. In: MACHADO, A. M.; SOUZA, M. P. R. (Orgs.). **Psicologia escolar**: em busca de novos rumos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 181-187.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.



## ARTIGO I

### LOCOMOÇÃO E LOUCA EMOÇÃO: O COTIDIANO DAS VISITAS DOMICILIARES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ZONA RURAL

LOCOMOTION AND CRAZY EMOTION: DAILY VISITS COMMUNITY HEALTH  
AGENT IN THE COUNTRYSIDE

Renan Almeida Baptistini<sup>I</sup>; Túlio Alberto Martins de Figueiredo<sup>II</sup>; Rita de Cássia Duarte Lima<sup>III</sup>;  
Núncio Antônio Araújo Sól<sup>IV</sup>; Marcela Almeida Baptistini<sup>V</sup>

<sup>I</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>II</sup> Doutor em Saúde Pública. Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>III</sup> Pós Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>IV</sup> Doutor em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Ouro Preto.

<sup>V</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Petrobras.

---

#### Resumo

Estudo de abordagem qualitativa objetivando conhecer as formas de locomoção dos ACS na zona rural de Jerônimo Monteiro - ES. Participaram deste estudo oito sujeitos que atuam na Estratégia Saúde da Família deste município. A produção do material do estudo se deu através de entrevistas e da observação. As entrevistas foram gravadas e previamente agendadas. Quanto à observação, a mesma foi direta e registrada em um diário de campo. Após transcrição do material, buscamos através de unidades de sentido a sua categorização. A Análise Institucional

norteou toda a condução deste estudo. Quanto aos resultados, podemos caracterizar os ACS como em sua maioria do sexo feminino, de cor branca, casados, de religião Católica, com ensino médio completo, idade média de 41 anos e média de oito anos atuando como ACS rural. A labuta do ACS Rural de Jerônimo Monteiro é marcada pelo tempo da seca e o tempo das águas. No período de estiagem, o principal meio de transporte utilizado pelos ACS para locomoção na zona rural é a motocicleta, seguido pelo automóvel e a bicicleta. A zona rural de Jerônimo Monteiro é caracterizada por pequenas propriedades rurais cortadas por estradas de terra batida que dão acesso aos domicílios. No tempo das águas, as

condições precárias de alguns acessos obrigam os ACS a reinventar sua forma de locomoção. Impulsionados pelo desejo enquanto forma de produção, a sistematização das metas daqueles ACS rurais – expressão máxima dos processos de auto-análise e auto-gestão, vão se impondo através de alternativas viáveis – substituir o carro pela motocicleta, abrir mão da motocicleta e adotar a bicicleta ou, então, seguir à cavalo ou mesmo à pé.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde; Locomoção; Zona rural.

---

## **Abstract**

Study of qualitative approach aimed at knowing the ways of locomotion of the ACS in the countryside of Jerônimo Monteiro - ES. Participated in this study eight subjects who act in the family health strategy of this municipality. The production of the material of study gave through interviews and observation. The interview was recorded and scheduled in advance. As to the note, the same was direct and registered in a field journal. After transcription of material, we seek through units of sense their categorization. The institutional analysis has guided all the driving of this study. As

for the results, we can characterize the ACS as mostly female, white, married, Catholic religion, with full high school, average age of 41 years and average eight years acting as rural ACS. The ACS toil Rural Jerônimo Monteiro is marked by drought and the forecast of the waters. In the period of drought, the main means of transport used by ACS for locomotion in the countryside is the motorcycle, followed by bicycle and car. The countryside of Jerônimo Monteiro is characterized by small rural properties cut off by dirt roads that give access to households. At the time of the waters, the precarious conditions of some access ACS oblige reinvent your form of locomotion. Motivated by the desire as a form of production, the systematization of the goals of those rural ACS - maximum expression of self-analysis and self-management - will be enforcing through viable alternatives - replace the drive by motorcycle, motorcycle hand open and take the bike or, following the horse or even to walk.

**Keywords:** Community Health Agent; Locomotion; Rural zone.

## **Introdução**

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um trabalhador que atua em dois importantes programas do Ministério da Saúde: o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente, esses programas consolidam-se no contexto da municipalização e descentralização das ações de atenção primária à saúde no Brasil (FERRAZ; AERTS, 2005).

O PACS surgiu em 1991, na região nordeste do Brasil, como uma iniciativa de reformulação do Sistema Único de Saúde/SUS com o compromisso de melhorar a capacidade da população de cuidar de sua própria saúde por intermédio do Agente Comunitário de Saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF), denominação que atualmente substitui PSF, foi adotada em 1994 com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde marcado pelos serviços hospitalares, atendimentos médicos e ações curativas. A atenção estaria centrada na família e a unidade de saúde inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias.

Desde 1994, as equipes da ESF são compostas minimamente por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis ACS e equipe de saúde bucal, sendo que outros profissionais podem ser incorporados de acordo com as necessidades da população.

O ACS atua neste contexto como membro da equipe de saúde, sendo responsável por uma microárea dentro da área territorial de adscrição da equipe, onde desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população, além de ser responsável por cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, entre outras.

Os ACS devem morar nas respectivas áreas de atuação, no mínimo, há dois anos; possuir idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever e ter disponibilidade para trabalhar em regime de tempo integral. Estes profissionais possuem como

característica principal para o trabalho a sua proximidade, intimidade e confiança com a população com a qual irá atuar profissionalmente.

A figura do ACS, inserido na ESF, emerge como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que o mesmo deve residir na própria comunidade onde atua. Acredita-se que por ser parte da comunidade em que vive e para quem trabalha, conhece melhor as necessidades desta, compartilha um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico e, portanto, está mais apto a lutar pelos direitos da comunidade. Este fato é decisivo no aumento da eficácia das ações de educação em saúde (NUNES et al, 2002).

Alguns desafios podem ser apontados para o saber-fazer e saber-ser ACS na zona rural. O extenso território de abrangência da ESF; a grande dispersão demográfica; os locais ermos e os acessos distantes e difíceis aos domicílios, por exemplo, são situações singulares da zona rural e que se tornam um desafio para o ACS em seu cotidiano laboral.

No tocante ao trabalho rural dos ACS, um de seus principais desafios é a forma de locomoção no espaço rural.

Este estudo teve como objetivo conhecer as formas de locomoção dos ACS no contexto das suas visitas domiciliares na zona rural de Jerônimo Monteiro – ES.

O município de Jerônimo Monteiro é caracterizado por uma situação fundiária típica do Estado do Espírito Santo, onde predominam as pequenas propriedades rurais geridas pelas famílias (agricultura familiar). A pequena área urbana do município é contornada por pequenas propriedades rurais cortadas por estradas de terra batida que dão acesso aos domicílios situados na zona rural. É nesse espaço que alguns ACS vivenciam os desafios de seu cotidiano laboral.

## **Metodologia**

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa. A opção por tal abordagem considera que a mesma aplica-se ao estudo das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a



respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008).

O cenário do estudo foi o município de Jerônimo Monteiro, situado no sul do Estado do Espírito Santo. Trata-se de um município localizado na Macrorregião Administrativa Sul do Espírito Santo, na Microrregião de Gestão do Polo Cachoeiro, a 194 Km da capital do Estado. O município tem uma área de 162,164 Km<sup>2</sup> e uma população de 10.879 habitantes (IBGE, 2010).

O universo deste estudo foi o conjunto formado pelos nove Agentes Comunitários de Saúde Rurais que integram a equipe de saúde local.

Os critérios de inclusão dos participantes deste estudo foram os seguintes: ser ACS e ter domicílio no município de Jerônimo Monteiro, atuar na zona rural e estar de acordo em participar do mesmo.

No contexto em que se deu o estudo estavam integrados à municipalidade vinte e seis ACS, dos quais cinco atuam exclusivamente na atenção de domicílios rurais; no entanto outros quatro atuam tanto na atenção de domicílios rurais quanto urbanos. Assim posto, este estudo poderia envolver um conjunto de nove participantes, no entanto, um dos sujeitos se recusou a participar do estudo, ficando a amostra definida por oito sujeitos.

Os instrumentos de coleta de material utilizados neste estudo foram a entrevista e a observação.

Marconi e Lakatos (2007, p. 197) definem a entrevista como "um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação profissional".

Múltiplos são os objetivos das entrevistas, a nossa pretendeu caracterizar e conhecer os planos de ação dos Agentes Comunitários de Saúde a fim de identificar suas condutas e o cotidiano de suas visitas domiciliares rurais.

Todas as entrevistas foram gravadas mediante permissão dos sujeitos investigados.

Sobre a observação, a mesma foi direta e registrada em um diário de campo. O registro das atividades de campo tornou-se indispensável para a nossa pesquisa e

visou acompanhar os processos de trabalho dos ACS Rurais em suas visitas domiciliares.

As entrevistas gravadas com os ACS foram previamente agendadas e realizadas na unidade de saúde de referência de cada um deles. Da mesma forma agendamos, juntamente com o enfermeiro da unidade e o ACS, os dias em que se deu o trabalho de investigação, sendo que foram feitos dois dias de visita com cada um dos ACS.

Após transcrição do material procedemos a leitura do mesmo procurando através de unidades de sentido a sua categorização. A Análise Institucional conforme proposição de Lourau e Lapassade norteou toda a condução deste estudo.

Após a elaboração da análise dos dados repassamos, através de uma assembleia, os dados desta pesquisa para os ACS rurais e demais colegas da equipe de saúde, numa restituição concreta.

Em atenção às normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) este estudo contou com a anuência do Secretário Municipal de Saúde de Jerônimo Monteiro e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências de Saúde da UFES, tendo sido aprovado sob N°. 287/10-CEP/CCS/UFES.

Todos os participantes do estudo foram informados sobre a natureza acadêmica e objetivos do mesmo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **Resultados**

### **Muito prazer em conhecê-los**

Podemos caracterizar os Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro como em sua maioria do sexo feminino (87,5%), de raça/cor branca (62,5%), casados (62,5%), de religião católica (62,5%), com ensino médio completo (75%), idade média de 41 anos e média de oito anos atuando como ACS rural.

Trata-se, buscando a compreensão de uma realidade social das pequenas cidades interioranas capixabas, de um fenômeno singular, essa singularidade de serem de cor branca e católicos.

Enquanto a colonização da faixa litorânea capixaba se deu mais precocemente, logo após a ocupação do solo pelos portugueses, o genocídio dos índios foi um fato marcante e, a seguir, o que se viu foi – inviabilizada por motivos comerciais, dado ao esgotamento, a extração comercial das madeiras nobres, especialmente o Pau-Brasil - a ocupação das fazendas costeiras para plantação de cana de açúcar com a presença marcante dos escravos africanos. A ocupação do interior capixaba só se deu mais tardiamente, marcada pela ocupação de imigrantes empobrecidos europeus, especialmente italianos católicos apostólicos romanos e, excepcionalmente, grupos protestantes tais como pomeranos que se radicaram em Santa Maria de Jetibá ou Santa Leopoldina, isto sem contar pequenas levas de protestantes poloneses, holandeses e outras minorias tais como belgas.

Como singularidade, tais municípios interioranos ao longo dos anos tornaram-se marcadamente influenciados por uma população de descendência europeia, com seus costumes preservados e fortemente influenciados pelas suas religiões de origem. Em Jerônimo Monteiro, onde a expansão das igrejas neopentecostais – fenômeno tão comum nas grandes cidades brasileiras – inclusive as capixabas – se manifesta, o conjunto de ACS, assim como a maioria da população local ainda se comporta como no século passado e – diferentemente das grandes cidades -, como Vitória-ES, aqueles profissionais são católicos e de descendência europeia. Isto certamente reflete as formas de viver daquelas comunidades.

Como as possibilidades de acesso à educação formal são mais restritas que nas grandes cidades, isto se reflete diretamente no nível de escolaridade daqueles profissionais, perfil bem diferenciado da cidade de Vitória-ES, por exemplo, na qual a totalidade dos ACS são portadores de ensino médio e mesmo superior. É evidente que, quanto maior o grau de escolaridade, maiores as condições do ACS incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade.

A presença feminina, no entanto, constitui a maioria do quadro desses profissionais e reflete a incisiva ocupação das mulheres no espaço laboral da saúde, especialmente no nível técnico. A propósito, segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FUNDAÇÃO IBGE, 2010), as mulheres no Estado do Espírito Santo representam 50,7% da população geral e, historicamente, as mesmas estão buscando espaço dentro do mercado de trabalho visto que no lar tem assumido o lugar de chefes de família.

Segundo Gavalote et al (2011), a predominância de agentes do sexo feminino caracteriza a crescente feminização da força de trabalho nos atos em saúde, que também está presente entre outras profissões, como enfermagem. Esse perfil, conforme apontam alguns estudos, está relacionado com o papel de cuidador que a mulher sempre desempenhou na sociedade, sendo responsável pela educação e cuidados às crianças e aos idosos da família, o que contribui para a sua maior credibilidade e sensibilidade perante a comunidade assistida.

Segundo Lunardelo (2004), desde a implantação do PACS priorizava-se a contratação de mulheres para atuar como ACS, baseado no fundamento de que elas sofreriam um processo de melhoramento da sua condição social através do trabalho remunerado e estimulariam um posicionamento mais ativo de outras mulheres da comunidade que coabitam.

A faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro concentrou-se entre 29 e 61 anos.

Acredita-se que os agentes comunitários de saúde com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, ter mais vínculos e laços de amizade, porém podem ter algumas inimizades ou conflitos com outros moradores. Eles também têm seus próprios conceitos sobre o processo saúde-doença, advindos de experiências próprias ou alheias, podendo ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde em sua comunidade. Por outro lado, os agentes mais jovens não conhecem tão bem a comunidade, seu envolvimento pode ser menor; entretanto, poderão não ter inimizades, seus conceitos de saúde e doença poderão não ser muito arraigados, estando mais abertos às mudanças e às novidades (FERRAZ; AERTS, 2005).

Quanto ao tempo de trabalho, encontramos uma baixa rotatividade desses trabalhadores, visto que a grande maioria (87,5%) trabalha na ESF há muitos anos – entre cinco a quatorze anos -. Segundo Schimith e Lima (2004), o tempo de trabalho torna-se importante, principalmente, para o entendimento do papel do agente, que é construído em seu cotidiano laboral e no seu tempo de permanência e vínculo de contato com a comunidade.

## Locomoção na zona rural

O labor na zona rural, em algumas situações, pode configurar-se como um desafio para o trabalhador dependendo das condições de trabalho a que está submetido podendo, inclusive, colocá-lo em situações de risco. No tocante ao trabalho rural do ACS, um de seus desafios é o acesso aos domicílios rurais, que geralmente são distantes ou mesmo quase inacessíveis:

“Eu vou de moto, mas nem todo lugar a moto chega. Aí tem lugar que eu tenho que parar e andar à pé e não é pouco. Tem lugar que eu vou que é difícilimo, e às vezes passa do meu horário de almoço e eu não to em casa, to bem longe de casa aí eu almoço lá onde eu to fazendo visita” (sujeito 2).

Pequenos trilhos rodeados por muito mato e cercados por fios de arame farpado dão acesso a alguns domicílios localizados em meio às plantações de café. Sem outra opção, o ACS adentra ao matagal para cumprir suas visitas domiciliares.

“Tem algumas casas que não tem estrada pra chegar e a gente tem que passar no meio do mato e passar pela cerca. Eu acho perigoso porque pode ter cobra ou outro bicho né lá no meio daquele matagal (sujeito 2)”.

Situada em um vale, a pequena área urbana de Jerônimo Monteiro é contornada por pequenas propriedades rurais cortadas por estradas de terra batida que se tornam quase inacessíveis em alguns pontos da região montanhosa do município. Sobre essa inacessibilidade, os sujeitos 2 e 3 contam que:

“O meu grande desafio é a parte alta da minha área. Porque a parte baixa eu faço toda de moto e se não chover é tranquilo. Mas na parte alta a minha moto não vai. Só vai cavalo, mas eu não gosto de andar à cavalo. No início eu ia à cavalo. Eu subia e quando chegava na última casa, pra mim não precisar voltar, eu descia por um trilho, mas um trilho que você olhava pra baixo e era um despenhadeiro e só tinha lugar pro cavalo. E se acontecesse alguma coisa, tipo ele (o cavalo) pisar fora? Uma colega minha já até se acidentou lá em cima. Hoje em dia eu não vou mais, é uma opção de vida. Eu não vou mais

à cavalo, eu vou até onde minha moto da pra ir e o resto eu faço à pé porque eu não gosto de andar á cavalo e acho um risco de vida andar lá em cima de cavalo porque quando chove escorrega muito ai você sobe no cavalo, o cavalo escorrega, não é legal, não é fácil, não é. A moto não vai nem na metade dessa área, ela me leva apenas na primeira casa e o resto eu tenho que subir à pé” (sujeito 2).

“[...] eu trabalhava sempre aos domingos e meu marido ia comigo porque se acontecesse alguma coisa ele tava junto. Ai, quando a gente chegou lá em cima deu uma “chuvada”, choveu muito mesmo, ai eu tive que abandonar o resto das casas porque senão ia ficar tarde e a gente foi embora á pé porque o cavalo deslizava e tinha lugar que eu, nem à pé, tava conseguindo” (sujeito 3).

Nesse contexto topográfico acidentado, o cavalo, muito além de meio de transporte, por muito tempo foi um “personagem” que compôs a singularidade de qualquer tipo de trabalho.

Sobre homem e cavalo, trata-se de uma conexão binária, uma máquina humana/equina destacável no contexto rural e inimaginável nos grandes centros urbanos:

“Hoje eu utilizo moto, quando não ta chovendo. Mas eu fazia (visita domiciliar) à cavalo e à pé” (sujeito 5).

“A minha área agora é baixa, mas antigamente eu ia em uma área que só ia à cavalo e eu saia de casa seis horas da manhã e chegava seis horas da noite. Eu ia à cavalo e chegava em casa moída, toda arrebitada e na primeira vez que eu fui lá fiquei três dias com febre porque eu não tava acostumada a andar à cavalo [...]” (sujeito 3).

No entanto, com a disponibilidade de meios de transporte modernos, o cavalo foi perdendo espaço e hoje deixou de ser a principal forma de locomoção na zona rural, até mesmo para os ACS. Inseridos em um sistema neoglobalizante, que torna todos tão iguais, estes ACS Rurais, ao que parece, conseguem fazer o retorno à etnia, às suas tradições, mantendo o cavalo – tão obsoleto nos meios urbanos -, como um meio de transporte, mesmo que hoje situado como uma última das alternativas, mas capaz de suportar as mais adversas intempéries. Neste sentido, a possibilidade de resgate da máquina binária equino-humana persiste nesta comunidade como um analisador natural. A propósito, os analisadores naturais são os fenômenos que fazem parte do cotidiano das organizações institucionais.

Baremlitt (2002, p. 136), define um analisador natural ou espontâneo como,

Analisador de fato, produzido "espontaneamente" pela própria vida histórico-social-libidinal e natural, como resultado de suas determinações e da sua margem de liberdade.

A labuta do ACS rural em Jerônimo Monteiro é marcada pelo tempo da seca e o tempo das águas. Entre os meses de novembro e março, período em que dias chuvosos são mais comuns, e nas chuvas esporádicas ao longo dos demais meses do ano, o desafio do Agente Comunitário de Saúde de chegar ao domicílio do usuário rural torna-se ainda maior. Nesse período, devido à falta de pavimentação, as estradas rurais ficam intransitáveis por quase toda sua extensão:

“Só tem um problema, quando chove ai fica ruim porque o acesso nas casas na roça é horrível. Às vezes não dá pra ir de carro, de nada, tem lugar que tem que ir á pé quando chove muito mesmo. Eu passei por uma situação que na minha casa mesmo não chegava carro. Eu tinha que deixar o carro em uma porteira na beira da estrada porque atolava ali, não tinha como passar, atolava até no joelho, ai eu passava e chegava até onde estava o carro e quando chegava na primeira casa eu lavava as pernas e calçava o chinelo pra poder trabalhar nas outras casas. Isso já aconteceu várias vezes e ainda acontece até hoje. Tem três casas que não dava pra ir não” (sujeito 3).

“O meu primeiro desafio é o tipo de locomoção. Quando chove lá (na zona rural) é um problema” (sujeito 6).

Apesar de não ser mais o principal meio de transporte dos ACS, é nesse contexto que o cavalo volta a ser um importante dispositivo de locomoção, restaurando a conexão binária, máquina humana/equina, objeto de superação aos atravessamentos do tempo. Num tempo marcado por chuvas, para muitos moradores da zona rural de Jerônimo Monteiro, a “saúde” chega à cavalo:

“Outra questão é a cheia né, a chuva porque a gente fica sem estrada e tem que ir à cavalo e às vezes nem o cavalo consegue ir por falta de estrada e ai a gente tem que ir á pé” (sujeito 5).

No período de estiagem, a motocicleta torna-se o principal meio de transporte utilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares (62,5%), seguido pelo automóvel (25%) e a bicicleta (12,5%). Esta última, por muitos anos, foi a principal forma de locomoção de alguns ACS na zona rural de Jerônimo Monteiro. Sobre esse meio de transporte, os sujeitos 1 e 3 contam que:

“Moto. Agora né, porque eu andei foram quatro anos de bicicleta. No início era de bicicleta” (sujeito 1).

“No início eu só fazia (visita domiciliar) de bicicleta. Mas agora eu to com hérnia, a coluna já não aguenta mais, as minhas pernas não aguentam. Se eu andar de bicicleta a minha cabeça estoura de dor porque minha coluna dói de cima em baixo e aí a cabeça dói muito, então eu não aguento mais. No início do meu trabalho era só bicicleta. Fiz visita de bicicleta durante uns três anos” (sujeito 3).

No tempo das águas, devido à dificuldade de acesso aos domicílios rurais, além do cavalo, os ACS precisam reinventar sua forma de locomoção:

“Bom, em época de chuva fica muito complicado porque é área rural e a moto não dá pra ir em todos lugares e tem situações que nem a bicicleta vai. Eu já sai de casa de bicicleta, abandonei a moto porque achava que seria mais fácil e cheguei em casa empurrando a bicicleta cheia de barro e toda molhada. Então é um desafio muito grande” (sujeito 2).

“Na roça eu vou sempre de moto, quando está de sol né. Quando tá chovendo eu não tenho coragem” (sujeito 4).

“Bicicleta. Só quando não chove né, quando chove é à pé” (sujeito 6).

Alheios aos conceitos da análise institucional - afinal este grupo nunca ouviu falar de Lourau ou Lapassade e tampouco domina os conceitos fundantes do movimento institucionalista -, esta equipe de ACS Rurais, com a chegada do tempo marcado por chuvas, nos propicia um dos mais concretos exemplos do que pode ser o funcionamento. Segundo Barembliitt, funcionamento “designa o movimento dos processos produtivo-desejante-revolucionários de qualquer materialidade e essência [...] gerador da diferença, da invenção, da metamorfose” (BAREMBLITT, 1992, p. 153).



Numa perspectiva mais ampliada, este Funcionamento, marcado pela inventividade e criatividade do ACS rural, poderia ser considerado como Imanência. Baremlitt nos convida a refletir que, para alguns filósofos, este termo designa a interioridade de um ser ao ser de outro. Opõe-se à transcendência. Para o Institucionalismo, expressa a não-separação entre os processos econômicos, políticos, culturais (sociais em sentido amplo), os naturais e os desejantes. Todos eles são inerentes, intrínsecos e só separáveis com finalidades semânticas ou pedagógicas (BAREMLITT, 2002, p. 155).

### **Considerações finais**

Chegar a uma residência para fazer uma visita domiciliar não parece, à primeira vista, ser problema para um ACS. Na zona rural, no entanto, o simples fato de chegar ao domicílio, muitas vezes, torna-se um desafio para o ACS visto que os acessos às comunidades rurais são muito distantes e, em alguns pontos, muito prejudicados. No tempo das águas, o desafio do ACS de chegar aos domicílios rurais torna-se ainda maior. Nesse período, devido à falta de pavimentação, as estradas rurais ficam intransitáveis por quase toda sua extensão.

Chegado o tempo das chuvas, marcado por tempestades torrenciais, estes trabalhadores poderiam simplesmente se recolherem à Unidade de Saúde alegando não ter condições de chegar às residências rurais tão dispersas e às vezes situadas em locais de difícil acesso. Nossas experiências, no espaço da ESF Urbana, no que diz respeito ao alheamento dos trabalhadores de saúde da família, aqui incluídos os ACS, são bem vívidos: ao menor sinal de mudança climática, um rumor de que traficantes estarão interditando o território de saúde, tudo é motivo para recolhimento à Unidade de Saúde da Família. Alheios à burocracia, às ameaças – mesmo que de outra ordem -, a sistematização das metas daqueles ACS rurais – expressão máxima dos processos de auto-análise e auto-gestão, vão se impondo através de alternativas viáveis – substituir o carro pela motocicleta, abrir mão da motocicleta e adotar a bicicleta ou, então, seguir à cavalo ou mesmo à pé.

Para esse grupo de ACS que atuam na zona rural de Jerônimo Monteiro, ao que parece, o seu trabalho é movido pelo motor do desejo enquanto forma de produção,

desejo essencial e imanentemente produtivo, gerado e gerador no processo mesmo de invenção, metamorfose ou criação do novo (BAREMBLITT, 2002).

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**: Res. CNS nº. 196/96. Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma\\_pesq\\_serres\\_hum.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_pesq_serres_hum.pdf)> Acesso em: 08 jul. 2010.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5 ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 11 mar. 2011.

GAVALOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto - São Paulo**. 2004. 154 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

MARCONI, E.M.; LAKATOS, E.V. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, C.M.B. **Análise do cumprimento das práticas dos agentes comunitários de saúde em municípios da região metropolitana do Recife**. 2008. 158 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18, n. 6, p. 1639-1646. Rio de Janeiro: Nov./Dez., 2002.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

## Contribuições

R.A. Batistini e T.A.M. Figueiredo participaram de todas as fases do estudo. R.C.D. Lima e N.A.A. Sól participaram da redação do artigo e M.A. Baptistini participou da revisão final.



## ARTIGO II

### AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: DESAFIOS NA ÁREA RURAL DE UMA PEQUENA CIDADE DO BRASIL

#### COMMUNITY HEALTH AGENT: CHALLENGES IN RURAL AREAL OF A SMALL TOWN IN BRAZIL

Renan Almeida Baptistini<sup>I</sup>; Túlio Alberto Martins de Figueiredo<sup>II</sup>; Rita de Cássia Duarte Lima<sup>III</sup>; Núncio Antônio Araújo Sól<sup>IV</sup>; Marcela Almeida Baptistini<sup>V</sup>

<sup>I</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>II</sup> Doutor em Saúde Pública. Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>III</sup> Pós Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>IV</sup> Doutor em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Ouro Preto.

<sup>V</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Petrobras.

---

#### Resumo

Estudo de abordagem qualitativa objetivando conhecer os desafios do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na zona rural de Jerônimo Monteiro - ES. Participaram deste estudo oito sujeitos que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de Jerônimo Monteiro – ES. A produção do material do estudo se deu através de entrevistas e da observação. As entrevistas foram gravadas e previamente agendadas. Quanto à observação, a mesma foi direta e registrada em um diário

de campo. Após transcrição do material, buscamos através de unidades de sentido a sua categorização. A Análise Institucional norteou toda a condução deste estudo. Quanto aos resultados, podemos caracterizar os ACS como em sua maioria do sexo feminino, de cor branca, casados, de religião Católica, com ensino médio completo, idade média de 41 anos e média de oito anos atuando como ACS rural. O extenso território de abrangência da ESF; a grande dispersão demográfica presente nas áreas rurais; os locais ermos; os acessos distantes e difíceis aos domicílios; as formas de locomoção, principalmente

nos dias chuvosos; os animais e as visitas domiciliares no período da colheita do café são os principais desafios do cotidiano laboral do Agente Comunitário de Saúde rural. Diante dos desafios do seu cotidiano laboral e na obrigação de cumprir as ações instituídas, os ACS Rurais de Jerônimo Monteiro inovam e buscam formas diferenciadas de produzir a sua prática cotidiana. Impulsionados pelo desejo enquanto forma de produção, a sistematização das metas dos ACS rurais vai se impondo através de alternativas viáveis.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde; Desafios; Zona rural.

---

## **Abstract**

Study of qualitative approach aiming to meet the challenges of Community Health Agent job in the countryside of Jerônimo Monteiro - ES. Participated in this study eight subjects who act in the family health strategy of the municipality of Jerônimo Monteiro - ES. The production of the material of study gave through interviews and observation. The interview was recorded and scheduled in advance. As to the note, the same was direct and registered in a field journal. After transcription of material, we seek through units of sense their categorization. The institutional analysis has guided all the

driving of this study. As for the results, we can characterize the ACS as mostly female, white, married, Catholic religion, with full high school, average age of 41 years and average eight years acting as rural ACS. The extensive territory covered by the ESF; the great demographic dispersion present in rural areas; the wild places; distant and difficult access to households; the forms of locomotion, especially on rainy days; the animals and the visits in the period of the harvest of coffee are the main challenges of the everyday work of rural community health agent. On the challenges of their daily work and the obligation to comply with the actions taken, the rural ACS Jerônimo Monteiro innovate and seek different forms to make your practice. Motivated by the desire as a form of production, the systematization of the goals of rural ACS will imposing through viable alternatives.

**Keywords:** Community Health Agent; Challenges; Countryside.

## Introdução

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu em 1991, na região nordeste do Brasil, como uma iniciativa de reformulação do Sistema Único de Saúde/SUS com o compromisso de melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Uma nova estratégia foi adotada em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnológicos à proposta anterior, para expressar um novo acesso da comunidade ao serviço de saúde, inclusive no que se refere às ações diretas dos profissionais às famílias, representando maior grau de resolutividade do que o PACS às demandas em saúde (LARA, 2008).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), denominação que atualmente substitui PSF, surge com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde marcado pelos serviços hospitalares, atendimentos médicos e ações curativas. A atenção estaria centrada na família e a unidade de saúde inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias.

Desde 1994, as equipes da ESF são compostas minimamente por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis ACS e equipe de saúde bucal, sendo que outros profissionais podem ser incorporados de acordo com as necessidades da população.

O ACS atua neste contexto como membro da equipe de saúde, sendo responsável por uma microárea dentro da área territorial de adscrição da equipe, onde desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população, além de ser responsável por cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, entre outras.

O município de Jerônimo Monteiro é caracterizado por uma situação fundiária típica do Estado do Espírito Santo, onde predominam as pequenas propriedades rurais geridas pelas famílias (agricultura familiar). A origem desta estrutura fundiária está na

subdivisão das grandes propriedades rurais do passado por meio da partilha por herança e da sucessão hereditária.

No contexto em que se deu o estudo, o município contava com quatro unidades de saúde inseridas na ESF, com equipes em pleno funcionamento. Estavam integrados a essas equipes vinte e seis ACS, dos quais nove desenvolviam suas atividades na zona rural do município.

Alguns desafios podem ser apontados para o saber-fazer e saber-ser ACS na zona rural.

A pequena área urbana de Jerônimo Monteiro é contornada por pequenas propriedades rurais cortadas por estradas de terra batida que dão acesso aos domicílios situados na zona rural. É nesse contexto que alguns ACS vivenciam os desafios de seu cotidiano laboral.

## **Objetivo**

Conhecer os desafios do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na zona rural de Jerônimo Monteiro – ES.

## **Metodologia**

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa. A opção por tal abordagem considera que a mesma aplica-se ao estudo das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008).

O cenário do estudo foi o município de Jerônimo Monteiro, situado no sul do Estado do Espírito Santo. Trata-se de um município localizado na Macrorregião Administrativa Sul do Espírito Santo, na Microrregião de Gestão do Polo Cachoeiro, a 194 Km da capital do Estado. O município tem uma área de 162,164 Km<sup>2</sup> e uma população de 10.879 habitantes (IBGE, 2010).

O universo deste estudo foi o conjunto formado pelos nove Agentes Comunitários de Saúde Rurais que integram a equipe de saúde local.

Os critérios de inclusão dos participantes deste estudo foram os seguintes: ser ACS e ter domicílio no município de Jerônimo Monteiro, atuar na zona rural e estar de acordo em participar do mesmo.

No contexto em que se deu o estudo estavam integrados à municipalidade vinte e seis ACS, dos quais cinco atuam exclusivamente na atenção de domicílios rurais; no entanto outros quatro atuam tanto na atenção de domicílios rurais quanto urbanos. Assim posto, este estudo poderia envolver um conjunto de nove participantes, no entanto, um dos sujeitos se recusou a participar do estudo, ficando a amostra definida por oito sujeitos.

Os instrumentos de coleta de material utilizados neste estudo foram a entrevista e a observação.

Marconi e Lakatos (2007, p. 197) definem a entrevista como "um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação profissional".

Múltiplos são os objetivos das entrevistas, a nossa pretendeu caracterizar e conhecer os planos de ação dos Agentes Comunitários de Saúde a fim de identificar suas condutas e o cotidiano de suas visitas domiciliares rurais.

Todas as entrevistas foram gravadas mediante permissão dos sujeitos investigados.

Sobre a observação, a mesma foi direta e registrada em um diário de campo. O registro das atividades de campo tornou-se indispensável para a nossa pesquisa e visou acompanhar os processos de trabalho dos ACS Rurais em suas visitas domiciliares.

As entrevistas gravadas com os ACS foram previamente agendadas e realizadas na unidade de saúde de referência de cada um deles. Da mesma forma agendamos, juntamente com o enfermeiro da unidade e o ACS, os dias em que se deu o trabalho de investigação, sendo que foram feitos dois dias de visita com cada um dos ACS.



Após transcrição do material procedemos a leitura do mesmo procurando através de unidades de sentido a sua categorização. A Análise Institucional conforme proposição de Lourau e Lapassade norteou toda a condução deste estudo.

Após a elaboração da análise dos dados repassamos, através de uma assembleia, os dados desta pesquisa para os ACS rurais e demais colegas da equipe de saúde, numa restituição concreta.

Em atenção às normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) este estudo contou com a anuência do Secretário Municipal de Saúde de Jerônimo Monteiro e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências de Saúde da UFES, tendo sido aprovado sob No. 287/10-CEP/CCS/UFES.

Todos os participantes do estudo foram informados sobre a natureza acadêmica e objetivos do mesmo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **Resultados**

### **Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde**

Podemos caracterizar os Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro como em sua maioria do sexo feminino (87,5%), de raça/cor branca (62,5%), casados (62,5%), de religião católica (62,5%), com ensino médio completo (75%), idade média de 41 anos e média de oito anos atuando como ACS rural.

Trata-se, buscando a compreensão de uma realidade social das pequenas cidades interioranas capixabas, de um fenômeno singular, essa singularidade de serem de cor branca e católicos.

Enquanto a colonização da faixa litorânea capixaba se deu mais precocemente, logo após a ocupação do solo pelos portugueses, o genocídio dos índios foi um fato marcante e, a seguir, o que se viu foi – inviabilizada por motivos comerciais, dado ao esgotamento, a extração comercial das madeiras nobres, especialmente o Pau-Brasil - a ocupação das fazendas costeiras para plantação de cana de açúcar com a presença

marcante dos escravos africanos. A ocupação do interior capixaba só se deu mais tardiamente, marcada pela ocupação de imigrantes empobrecidos europeus, especialmente italianos católicos apostólicos romanos e, excepcionalmente, grupos protestantes tais como pomeranos que se radicaram em Santa Maria de Jetibá ou Santa Leopoldina, isto sem contar pequenas levas de protestantes poloneses, holandeses e outras minorias tais como belgas.

Como singularidade, tais municípios interioranos ao longo dos anos tornaram-se marcadamente influenciados por uma população de descendência europeia, com seus costumes preservados e fortemente influenciados pelas suas religiões de origem. Em Jerônimo Monteiro, onde a expansão das igrejas neopentecostais – fenômeno tão comum nas grandes cidades brasileiras – inclusive as capixabas – se manifesta, o conjunto de ACS, assim como a maioria da população local ainda se comporta como no século passado e – diferentemente das grandes cidades -, como Vitória-ES, aqueles profissionais são católicos e de descendência europeia. Isto certamente reflete as formas de viver daquelas comunidades.

Como as possibilidades de acesso à educação formal são mais restritas que nas grandes cidades, isto se reflete diretamente no nível de escolaridade daqueles profissionais, perfil bem diferenciado da cidade de Vitória-ES, por exemplo, na qual a totalidade dos ACS são portadores de ensino médio e mesmo superior. É evidente que, quanto maior o grau de escolaridade, maiores as condições do ACS incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade.

A presença feminina, no entanto, constitui a maioria do quadro desses profissionais e reflete a incisiva ocupação das mulheres no espaço laboral da saúde, especialmente no nível técnico. A propósito, segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FUNDAÇÃO IBGE, 2010), as mulheres no Estado do Espírito Santo representam 50,7% da população geral e, historicamente, as mesmas estão buscando espaço dentro do mercado de trabalho visto que no lar tem assumido o lugar de chefes de família.

Segundo Gavalote et al (2011), a predominância de agentes do sexo feminino caracteriza a crescente feminização da força de trabalho nos atos em saúde, que também está presente entre outras profissões, como enfermagem. Esse perfil, conforme apontam alguns estudos, está relacionado com o papel de cuidador que a mulher sempre desempenhou na sociedade, sendo responsável pela educação e

cuidados às crianças e aos idosos da família, o que contribui para a sua maior credibilidade e sensibilidade perante a comunidade assistida.

Segundo Lunardelo (2004), desde a implantação do PACS priorizava-se a contratação de mulheres para atuar como ACS, baseado no fundamento de que elas sofreriam um processo de melhoramento da sua condição social através do trabalho remunerado e estimulariam um posicionamento mais ativo de outras mulheres da comunidade que coabitam.

A faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro concentrou-se entre 29 e 61 anos.

Acredita-se que os agentes comunitários de saúde com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, ter mais vínculos e laços de amizade, porém podem ter algumas inimizades ou conflitos com outros moradores. Eles também têm seus próprios conceitos sobre o processo saúde-doença, advindos de experiências próprias ou alheias, podendo ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde em sua comunidade. Por outro lado, os agentes mais jovens não conhecem tão bem a comunidade, seu envolvimento pode ser menor; entretanto, poderão não ter inimizades, seus conceitos de saúde e doença poderão não ser muito arraigados, estando mais abertos às mudanças e às novidades (FERRAZ; AERTS, 2005).

Quanto ao tempo de trabalho, encontramos uma baixa rotatividade desses trabalhadores, visto que a grande maioria (87,5%) trabalha na ESF há muitos anos – entre cinco a quatorze anos -. Segundo Schimith e Lima (2004), o tempo de trabalho torna-se importante, principalmente, para o entendimento do papel do agente, que é construído em seu cotidiano laboral e no seu tempo de permanência e vínculo de contato com a comunidade.

### **Os desafios do trabalho na zona rural**

Alguns desafios podem ser apontados para o saber-fazer e saber-ser ACS. O papel de tradutor do universo científico ao popular, a resistência da população às propostas de mudança de hábitos, a entrada no contexto familiar e nos problemas das pessoas, os conflitos com os membros da comunidade e até mesmo dentro da própria equipe da

ESF, são exemplos de tensões a que estão submetidos os ACS em seu cotidiano laboral.

Além desses desafios, os Agentes Comunitários de Saúde rurais do município de Jerônimo Monteiro convivem, diariamente, em seu labor com algumas situações que são particulares da zona rural.

O extenso território de abrangência da ESF e a grande dispersão demográfica, por exemplo, são características singulares da zona rural, e configuram-se como um dos principais desafios do trabalho do ACS rural no contexto das suas visitas domiciliares:

“O maior desafio que eu tenho é a distância entre as casas. Às vezes eu ando 40, 50 minutos, às vezes até uma hora pra chegar de uma moradia até a outra. [...] outra coisa que eu vejo é que a população fica muito distante da unidade (ESF). Eu moro no início da minha área que fica à 20 Km da unidade, imagina quem mora muito mais longe do que eu” (sujeito 5).

“[...] tem área que é enorme que eu almoço sentada no meio do caminho, por exemplo, então não é fácil. É bem complicado. (sujeito 2).

“Eu tenho um pedacinho de área urbana que é muito mais fácil. Na zona urbana é facilímo porque você faz um monte de casa em um dia só porque você sai de uma casa e entra na outra. Na roça é mais difícil porque uma casa é muito longe uma da outra” (sujeito 3).

Essa dispersão demográfica presente na zona rural de Jerônimo Monteiro permite a presença de vários locais ermos entre os domicílios, pelos quais os ACS transitam constantemente para cumprir suas visitas domiciliares:

“Tem lugares que eu tenho até medo de passar porque não tem nenhuma casa por perto, é muito deserto e isso pode ser perigoso né” (sujeito 5).

No tocante ao trabalho rural do ACS, outro desafio é o acesso aos domicílios rurais, que geralmente são distantes ou mesmo quase inacessíveis. A zona rural de Jerônimo Monteiro é caracterizada por pequenas propriedades rurais cortadas por estradas de terra batida que se tornam quase inacessíveis em alguns pontos da região montanhosa do município. Sobre essa inacessibilidade, o sujeito 2 conta que:

“Eu vou de moto, mas nem todo lugar a moto chega. Aí tem lugar que eu tenho que parar e andar à pé e não é pouco. Tem lugar que eu vou que é difícilimo, e às vezes passa do meu horário de almoço e eu não to em casa, to bem longe de casa ai eu almoço lá onde eu to fazendo visita” (sujeito 2).

“O meu grande desafio é a parte alta da minha área. Porque a parte baixa eu faço toda de moto e se não chover é tranquilo. Mas na parte alta a minha moto não vai. Só vai cavalo, mas eu não gosto de andar à cavalo. No início eu ia à cavalo. Eu subia e quando chegava na última casa, pra mim não precisar voltar, eu descia por um trilho, mas um trilho que você olhava pra baixo e era um despenhadeiro e só tinha lugar pro cavalo. E se acontecesse alguma coisa, tipo ele (o cavalo) pisar fora? Uma colega minha já até se acidentou lá em cima. Hoje em dia eu não vou mais, é uma opção de vida. Eu não vou mais à cavalo, eu vou até onde minha moto da pra ir e o resto eu faço à pé porque eu não gosto de andar á cavalo e acho um risco de vida andar lá em cima de cavalo porque quando chove escorrega muito ai você sobe no cavalo, o cavalo escorrega, não é legal, não é fácil, não é. A moto não vai nem na metade dessa área, ela me leva apenas na primeira casa e o resto eu tenho que subir à pé” (sujeito 2).

A labuta do ACS rural em Jerônimo Monteiro é marcada pelo tempo da seca e o tempo das águas. Entre os meses de novembro e março, período em que dias chuvosos são mais comuns, e nas chuvas esporádicas ao longo dos demais meses do ano, o desafio do Agente Comunitário de Saúde de chegar ao domicílio do usuário rural torna-se ainda maior. Nesse período, devido à falta de pavimentação, as estradas rurais ficam intransitáveis por quase toda sua extensão:

“Só tem um problema, quando chove ai fica ruim porque o acesso nas casas na roça é horrível. Às vezes não da pra ir de carro, de nada, tem lugar que tem que ir á pé quando chove muito mesmo”. Outra questão é a cheia né, a chuva porque a gente fica sem estrada e tem que ir à cavalo e às vezes nem o cavalo consegue ir por falta de estrada e ai a gente tem que ir á pé” (sujeito 5).

“Bom, em época de chuva fica muito complicado porque é área rural e a moto não da pra ir em todos lugares e tem situações que nem a bicicleta vai. Eu já sai de casa de bicicleta, abandonei a moto porque achava que seria mais fácil e cheguei em casa empurrando a bicicleta cheia de barro e toda molhada. Então é um desafio muito grande” (sujeito 2).

Os animais, domésticos ou não, são bem comuns na zona rural e, muitas vezes, dificultam o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Segundo os sujeitos

entrevistados, o boi e o cachorro são os animais que mais causam problemas durante as visitas ou no percurso até os domicílios rurais:

“Tomei muito galope de cachorro e de boi” (sujeito 1).

“[...] o pior é as mordidas de cachorro [...] eu chegando de moto, parei e botei o pé no chão e eles vieram latindo e me mordeu [...]” (sujeito 7).

“[...] teve uma vez que eu fui e fiquei cheia de carrapato e tive que passar dois vidros de remédio no corpo pra sair aquela coceira e tinha carrapato pra todo lado, até na cabeça tinha carrapato. Foi uma coisa horrível, foi uma experiência que eu passei que não desejo pra ninguém” (sujeito 3).

Na maioria das vezes os cães dos domicílios rurais reconhecem e acolhem os ACS, mas, em alguns domicílios, o ACS precisa “gritar” o nome do morador a alguns metros de distância da casa, para avisar da sua presença e evitar um possível ataque dos cães, como conta o Sujeito 2:

“Eu tenho que gritar antes senão o cachorro corre atrás da gente” (Sujeito 2).

Durante o tempo que passei na zona rural acompanhando os ACS em suas visitas domiciliares, foi bem comum, ao aproximar-se de um domicílio, ouvi-los gritado: “ô ‘fulano’, prende o cachorro que eu estou chegando” e logo se ouvia outro grito ecoando do domicílio: “pode chegar, o cachorro já está preso”. Certo de que não mais sofreria um ataque, o ACS, então, aproximava-se do domicílio para cumprir sua visita domiciliar.

Para evitar o ataque dos cães, alguns ACS adotam outra estratégia: fazer “amizade” com o cachorro. Amizade? É isso mesmo, ser “amigo” do animal para não ser surpreendido com um ataque. Em uma dessas visitas na zona rural, passando as mãos sobre a cabeça de um cachorro em movimentos de carinho, um dos sujeitos deste estudo relatou o seguinte:

“Além de conquistar os moradores, a gente precisa ser ‘amigo’ dos cachorros também, sabia? A maioria das casas na roça tem cachorro bravo que eles (os moradores) usam pra proteger a casa e a gente,

além de fazer o nosso trabalho, ainda tem que fazer amizade com os cachorros, saber até o nome deles pra quando a gente chegar na casa pra fazer visita não correr o risco de tomar uma galope e ser mordido (sujeito 5)”.

Na zona rural de Jerônimo Monteiro predominam as pequenas propriedades rurais geridas pelas famílias (agricultura familiar), com destaque para o cultivo do café e laranja e criação de suínos e bovinos, além das pequenas lavouras de milho, arroz e feijão que são utilizadas basicamente para a subsistência familiar.

A colheita do café, um dos principais produtos agrícolas cultivados no município de Jerônimo Monteiro, dura cerca de dois a três meses tendo início, geralmente, no final do mês de abril ou início de maio podendo estender-se até o fim do mês de julho. Durante esse período, a rotina de sair de casa bem cedinho, às vezes ainda na madrugada, passar o dia trabalhando nas lavouras de café e retornar ao domicílio apenas ao cair da noite, é muito comum entre os moradores da zona rural. Essa rotina é importante para garantir a colheita do fruto no seu tempo ideal, no entanto, dificulta o trabalho do ACS que, nesse período, dificilmente tem êxito nas suas visitas domiciliares visto que não encontra os moradores no domicílio no seu horário de trabalho.

Sobre o desafio de fazer visitas aos domicílios rurais no período da colheita do café, o sujeito 6 conta que:

“No mês de junho eu fui lá 18 vezes porque era panha de café e eles estavam trabalhando até dia de sábado até 5 horas da tarde e lá não tem luz. Eu não posso ir lá depois de 5 horas da tarde porque se eu for eu tenho medo de voltar” (sujeito 6).

A maioria das famílias residentes na zona rural de Jerônimo Monteiro têm suas atividades diárias ligadas à agricultura, de onde tiram seu sustento. Com isso, mesmo fora do período de colheita, os membros da família, inclusive algumas mulheres, passam boa parte do dia trabalhando nas lavouras da região. Nesse contexto, o ACS, para cumprir o instituído, precisa inovar e buscar formas diferenciadas de fazer a sua prática:

“Na minha zona rural é um pouco difícil o acesso. Ou eu vou lá sábado e domingo ou eu vou à noite. Porque se eu for de dia acontece de eu não encontrar ninguém. Se eu for na parte da manhã

vou encontrar 3 ou 4, o resto ta na lavoura, ta trabalhando. E as minhas crianças que eu tenho pra pesar lá eu só encontro algumas aos sábados, porque as mães trabalham e eu só encontro aos sábados. Então, por isso, eu troco. Eu fico uma sexta-feira em casa e trabalho sábado e domingo. Tem que ser assim senão eu não consigo completar lá não” (sujeito 6).

“Na época da panha de café, às vezes eu subo o morro e vou lá dentro da lavoura de café pra fazer a visita. Isso sem contar que tem casos que eu tenho que ir na casa da pessoa de madrugada pra conseguir fazer a visita porque se eu for em outro horário eu não encontro ninguém em casa. E a gente tem que fazer isso pra conseguir dar conta do nosso serviço né” (sujeito 5).

Atuando em dias ou horários excepcionais ao estipulado pelo seu contrato de trabalho – 08 horas diárias, de 07:00 às 16:00 horas, com uma hora destinada à parada para almoço, de segundas às sextas-feiras -, que consciência tem o ACS rural em relação ao que esta disposto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)? E em relação à instituição saúde local? De que forma ela deve se comportar?

Trata-se de uma situação singular, que em nosso entendimento merece ser objeto de exploração dessa nova profissão em sua relação ao referido tratado jurídico.

Essa labuta dos usuários rurais, muitas vezes, obriga o ACS a realizar suas visitas fora do domicílio, em lugares inimagináveis nos centros urbanos. Sobre essas visitas “especiais”, o sujeito 1 conta que:

“Tem dia que eu não encontro ninguém em casa, mas se eles (os usuários rurais) tiverem trabalhando por perto, eu faço a visita lá mesmo. Hoje, por exemplo, ele tava no curral cuidando dos bois e eu tive que fazer a visita lá no curral mesmo” (sujeito 1).

Os desafios do trabalho do ACS na zona rural também ficam evidenciados nos relatos a seguir:

“É o tempo né, a chuva, o sol quente, é boi no meio do caminho, é cachorro correndo atrás da gente [...] esses são os desafios do dia-dia né. Você já sai de casa se perguntando: como que vai ser hoje? Será que hoje eu vou levar um galope? Será que hoje vou ser atendida por todo mundo? Já tomei chuva, já fiquei atolada no barro, cachorro já me pegou [...] moto já caiu comigo [...] já passei por muita coisa. Já voltei à pé por causa de muita chuva e muito barro. Às



vezes eu vou á pé em uma casa lá longe e chego lá e não tem ninguém..ai tem que voltar à pé de novo..é muito difícil” (sujeito 4).  
“Já tomei muita chuva, agarrei no barro, já tomei galope de boi, de cachorro e ainda tem os carrapatos que a gente pega nos pastos. É muita dificuldade” (sujeito 8).

## **Considerações finais**

O município de Jerônimo Monteiro é caracterizado por pequenas propriedades rurais geridas pelas famílias – agricultura familiar -, situação fundiária típica dos municípios do interior do Estado do Espírito Santo. Situada em um vale, a pequena área urbana de Jerônimo Monteiro é contornada por essas pequenas propriedades. O acesso aos domicílios rurais se dá por estradas de terra batida que cortam a zona rural do Município.

A experiência vivenciada na zona rural do Município de Jerônimo Monteiro nos permitiu identificar que os Agentes Comunitários de Saúde rurais convivem, diariamente, em seu labor com algumas situações que são singulares do seu local de trabalho – a zona rural. A grande dispersão demográfica, os locais ermos, os animais, os acessos distantes ou mesmo quase inacessíveis aos domicílios e o insucesso nas visitas domiciliares no período da colheita do café são exemplos dessa singularidade que, por vezes, torna-se um desafio para o ACS.

Diante dos desafios do seu cotidiano laboral e na obrigação de cumprir as ações instituídas, os ACS rurais de Jerônimo Monteiro inovam e buscam formas diferenciadas de produzir a sua prática. Impulsionados pelo desejo enquanto forma de produção, a sistematização das metas dos ACS rurais vai se impondo através de alternativas viáveis.

Neste contexto, e considerando a relevante maioria dos municípios com grande população rural, ainda cabe o desafio de ampliar o debate sobre inúmeras questões sobre o modelo de assistência da atenção básica no Brasil, como, por exemplo, refletir sobre a possibilidade de recriação, avançando no sentido de estar atento às experiências locais, adequando-se às necessidades de adaptação.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**: Res. CNS nº. 196/96. Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma\\_pesq\\_serres\\_hum.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_pesq_serres_hum.pdf)> Acesso em: 08 jul. 2010.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 11 mar. 2011.

GAVALOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.

LARA, M. O. **Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais**. 2008. 136 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto - São Paulo**. 2004. 154 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

MARCONI, E.M.; LAKATOS, E.V. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

## Contribuições

R.A. Batistini e T.A.M. Figueiredo participaram de todas as fases do estudo. R.C.D. Lima e N.A.A. Só participaram da redação do artigo e M.A. Baptistini participou da revisão final.



## ARTIGO III

### O COTIDIANO LABORAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE RURAL: PRAZER E SOFRIMENTO

#### THE EVERYDAY WORK OF RURAL COMMUNITY HEALTH AGENT: PLEASURE AND PAIN

Renan Almeida Baptistini<sup>I</sup>; Túlio Alberto Martins de Figueiredo<sup>II</sup>; Rita de Cássia Duarte Lima<sup>III</sup>; Núncio Antônio Araújo Sól<sup>IV</sup>; Marcela Almeida Baptistini<sup>V</sup>

<sup>I</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>II</sup> Doutor em Saúde Pública. Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>III</sup> Pós Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>IV</sup> Doutor em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Ouro Preto.

<sup>V</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Petrobras.

---

#### Resumo

Estudo de abordagem qualitativa objetivando identificar situações geradoras de prazer e de sofrimento relacionadas ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) rural. Participaram deste estudo oito sujeitos que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de Jerônimo Monteiro – ES. A produção do material do estudo se deu através de entrevistas gravadas e previamente agendadas. Após transcrição

o material foi analisado à luz da Análise de Conteúdo. Quanto aos resultados podemos caracterizar os ACS como em sua maioria do sexo feminino, de cor branca, casados, de religião Católica, com ensino médio completo, idade média de 41 anos e média de oito anos atuando como ACS rural. Compareceram como situações de prazer desses ACS em seu trabalho: ser bem recebido no domicílio, a possibilidade de transmitir conhecimento à população através de suas orientações e quando as mesmas são acatadas pelos usuários e

surtem resultados concretos. Quanto às situações que geram sofrimento em seu labor, os ACS relataram a falta de atenção de alguns usuários às orientações e consequente desacato às mesmas; não serem recebidos no domicílio, a desvalorização do seu trabalho e as condições de trabalho a que estão submetidos os ACS que atuam na zona rural.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde; Saúde do Trabalhador; Prazer e sofrimento.

when they are accepted by users and have concrete results. As to the situations that cause suffering in your labor, the ACS had reported the lack of attention of some users of the guidelines and subsequent contempt; not be received well at home, the devaluation of their work and working conditions to which they are subjected the ACS who work in the countryside.

**Keywords:** Community Health Agent; Health of the worker; Pleasure and suffering.

---

## **Abstract**

Study of qualitative approach aiming to identify situations that generate pleasure and suffering related to the work of community health agent (ACS). Participated in this study eight subjects who act in the family health strategy of the municipality of Jerônimo Monteiro - ES. The production of the material of study gave through recorded interviews and previously scheduled. After the transcription was analyzed in the light of the material content analysis. The results we can characterize the ACS as mostly female, white, married, Catholic religion, with full high school, average age of 41 years and average eight years acting as rural ACS. Attended as pleasure situations of ACS in your work: be well received at home, the possibility to transmit knowledge to the population through its guidelines and

## **Introdução**

A acumulação flexível do capital e a reestruturação produtiva dos anos 1990, articuladas às características da pós-modernidade, têm gerado inúmeras mudanças no mundo do trabalho. A lógica da racionalidade econômica passa a inspirar novas formas de organização do trabalho refletindo na relação homem-trabalho (LOPES, 2009).

A reestruturação das tarefas, pós Organização Científica do Trabalho (OCT), oportuniza discussões sobre o objetivo do trabalho, a relação homem-tarefa e acentua a dimensão mental do trabalho (DEJOURS, 1992).

As lutas marcam a eclosão de temas novos, dentre eles, um olhar diferenciado para a vida do trabalhador. De um lado a luta pela sobrevivência, ou seja, a duração do trabalho, a saúde do corpo, as condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico, condições de higiene e segurança. De outro, a luta contra o sofrimento mental oriundo de aspectos como organização/divisão do trabalho, os conteúdos das tarefas, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidade (DEJOURS, 1992).

Dejours entendia as dinâmicas do trabalho como produtoras de situações que ora conduzem ao prazer, ora ao sofrimento, além de perceber que o medo poderia ter desdobramentos, inclusive de levar a patologia mental ou psicossomática.

A abordagem da psicopatologia do trabalho interessa-se pela fala do trabalhador, pelas suas vivências, pelo que não é explícito pelo comportamento, o que foi silenciado sob o disfarce de uma conduta produtiva e estereotipada. Sob o ponto de vista metodológico, essa vertente analítica investiga a equação prazer e sofrimento dos indivíduos nas suas cotidianas e reiteradas relações com o trabalho. Considera o trabalho em suas duas dimensões: uma patogênica e outra protetora da saúde psíquica (LOPES, 2009).

Este estudo objetivou identificar situações geradoras de prazer e de sofrimento relacionadas ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) rural. Vale ressaltar que o mesmo está fortemente influenciado pelo estudo realizado por Lopes (2009).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu em 1991, na região nordeste do Brasil, como uma iniciativa de reformulação do Sistema Único de Saúde/SUS com o compromisso de melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Uma nova estratégia foi adotada em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnológicos à proposta anterior, para expressar um novo acesso da comunidade ao serviço de saúde, inclusive no que se refere às ações diretas dos profissionais às famílias, representando maior grau de resolutividade do que o PACS às demandas em saúde.

Essa estratégia de saúde prioriza a indissociabilidade das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade de saúde ou no domicílio, por uma equipe multiprofissional. Essa equipe é composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de saúde bucal, sendo que outros profissionais podem ser incorporados de acordo com a necessidade da população (CAMELO et al., 2009).

As funções da equipe são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimento no consultório pelo médico e enfermeiro, sendo normatizadas pelo Ministério da Saúde. A unidade de saúde da família está inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias.

O ACS atua neste contexto como membro da equipe de saúde, mas suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial (NASCIMENTO, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, esse trabalhador possui atribuições específicas como: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade de saúde; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, entre outras (CAMELO et al, 2009).

A figura do ACS, inserido na ESF, emerge como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que o mesmo deve residir na própria comunidade onde atua. Acredita-se que por ser parte da comunidade em que vive e para quem trabalha, conhece melhor as necessidades desta, compartilha um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico e, portanto, está mais apto a lutar pelos direitos da comunidade (NUNES et al, 2002).

O domicílio é um espaço privado e o seu acesso nem sempre é evidente e fácil; portanto, para realizar seu trabalho, o agente deve estabelecer vínculo e relações de confiança com a comunidade. O agente somente adentra e conhece a intimidade dos usuários com permissão da família, devendo sempre preservar essa privacidade.

A onipotência e a frustração permeiam a subjetividade da condição de ser um agente social, que mantém profunda relação de pertença com seu espaço: o espaço em que vive é o mesmo onde atua, as pessoas da sua realidade social são as mesmas para quem dirige as suas ações de cuidado. (SPIRI, 2006)

Segundo Jardim e Lancman (2009) há ambiguidade de relações, sentimentos e emoções vivenciadas pelo agente, fruto dessa relação atípica de trabalho. Tal relação gera, no ACS, sentimentos ambíguos, de prazer e sofrimento: o constante contato com a população; entrada em seus domicílios e vida privada; envolvimento; conhecimento das demandas e impossibilidades de ação, quando constata os limites do setor de saúde.

A relação de igual que o agente comunitário estabelece com a comunidade, com uma proximidade física, intelectual e social das famílias e dos indivíduos, repercute em seu trabalho, com a criação de vínculos, a compreensão do ser e o entendimento da complexidade do meio onde vivem estas pessoas. Nessa aproximação e envolvimento do ACS com as famílias, há transposição dos problemas e das misérias humanas. Eles se envolvem, se vêem naquela ocorrência e acabam sofrendo com isso (LUNARDELO, 2004).

Segundo Dejours (2007), para transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante é necessário tornar a organização do trabalho flexível, a fim de proporcionar ao trabalhador maior liberdade no trabalho, possibilitando identificar os fatores que desencadeiam prazer.



## **Objetivo**

Identificar as situações geradoras de prazer e de sofrimento no trabalho dos agentes comunitários de saúde rurais do município de Jerônimo Monteiro – ES.

## **Metodologia**

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa. A opção por tal abordagem considera que a mesma aplica-se ao estudo das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008).

O cenário do estudo foi o município de Jerônimo Monteiro, situado no sul do Estado do Espírito Santo. Trata-se de um município localizado na Macrorregião Administrativa Sul do Espírito Santo, na Microrregião de Gestão do Polo Cachoeiro, a 194 Km da capital do Estado. O município tem uma área de 162,164 Km<sup>2</sup> e uma população de 10.879 habitantes de acordo com o censo 2010 do IBGE.

O universo deste estudo foi o conjunto formado pelos nove Agentes Comunitários de Saúde Rurais que integram a equipe de saúde local.

Os critérios de inclusão dos participantes deste estudo foram os seguintes: ser ACS e ter domicílio no município de Jerônimo Monteiro, atuar na zona rural e estar de acordo em participar do mesmo.

No contexto em que se deu o estudo estavam integrados à municipalidade vinte e seis ACS, dos quais cinco atuam exclusivamente na atenção de domicílios rurais; no entanto outros quatro atuam tanto na atenção de domicílios rurais quanto urbanos. Assim posto, este estudo poderia envolver um conjunto de nove participantes, no entanto, um dos sujeitos se recusou a participar do estudo, ficando a amostra definida por oito sujeitos.

Os instrumentos de coleta de material utilizados neste estudo foram a entrevista e a observação.

Marconi e Lakatos (2007, p. 197) definem a entrevista como "um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação profissional".

Múltiplos são os objetivos das entrevistas, a nossa pretendeu caracterizar e conhecer os planos de ação dos Agentes Comunitários de Saúde a fim de identificar suas condutas e o cotidiano de suas visitas domiciliares rurais.

Todas as entrevistas foram gravadas mediante permissão dos sujeitos investigados.

Sobre a observação, a mesma foi direta e registrada em um diário de campo. O registro das atividades de campo tornou-se indispensável para a nossa pesquisa e visou acompanhar os processos de trabalho dos ACS Rurais em suas visitas domiciliares.

As entrevistas gravadas com os ACS foram previamente agendadas e realizadas na unidade de saúde de referência de cada um deles. Da mesma forma agendamos, juntamente com o enfermeiro da unidade e o ACS, os dias em que se deu o trabalho de investigação, sendo que foram feitos dois dias de visita com cada um dos ACS.

Após transcrição do material procedemos a leitura do mesmo procurando através de unidades de sentido a sua categorização. A Análise Institucional conforme proposição de Lourau e Lapassade norteou toda a condução deste estudo.

Após a elaboração da análise dos dados repassamos, através de uma assembleia, os dados desta pesquisa para os ACS rurais e demais colegas da equipe de saúde, numa restituição concreta.

Em atenção às normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) este estudo contou com a anuência do Secretário Municipal de Saúde de Jerônimo Monteiro e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências de Saúde da UFES, tendo sido aprovado sob N<sup>o</sup>. 287/10-CEP/CCS/UFES.

Todos os participantes do estudo foram informados sobre a natureza acadêmica e objetivos do mesmo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **Resultados**

Este capítulo caracteriza os Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro e apresenta as situações que geram prazer e sofrimento em seu labor no espaço rural.

### **Prazer em conhecê-los**

Podemos caracterizar os Agentes Comunitários de Saúde rurais de Jerônimo Monteiro como em sua maioria do sexo feminino, de raça/cor branca, casados, de religião católica, com ensino médio completo, idade média de 41 anos e média de oito anos atuando como ACS rural.

A maioria sabe utilizar computador, no entanto apenas metade dos ACS tem acesso à internet sendo que em dois casos esse acesso se dá no domicílio. A maioria teve algum trabalho antes de ser ACS sendo que dois dos sujeitos desenvolviam atividades na zona rural. Metade dos sujeitos nasceu no município de Jerônimo Monteiro.

### **O prazer de ser Agente Comunitário de Saúde Rural**

Como já afirmou Dejours, a organização do trabalho precisa ser flexível, para proporcionar ao trabalhador maior liberdade no labor, possibilitando identificar os fatores que desencadeiam prazer.

O prazer no trabalho e a satisfação pessoal estão vinculados às possibilidades de ser criativo, de ter liberdade para inovar, de participar ativamente nas decisões e, ainda, de ter reconhecida e valorizada sua prática profissional (LOPES, 2009).

O domicílio é um espaço privado e o seu acesso nem sempre é evidente e fácil; portanto, para realizar seu trabalho, o agente comunitário de saúde deve estabelecer

vínculo e relações de confiança com a comunidade. O ACS somente adentra e conhece a intimidade dos usuários com permissão da família, devendo sempre preservar essa privacidade.

Para que o ACS seja bem recebido no domicílio, é necessário que haja uma boa relação entre profissional e usuário. O bom acolhimento no domicílio é fundamental para que o ACS possa obter sucesso nas suas visitas domiciliares. Sobre esse acolhimento, no espaço rural, os sujeitos 4 e 8 contam que:

“Primeiramente quando recebe a gente bem. Tem que ser bem recebida (no domicílio). E quando a gente leva o tema e a pessoa entra com a gente naquela discussão, aceita, entendeu? Tem pessoas que dão atenção, aí é uma visita bem feita” (sujeito 8).

“Uma visita boa é quando você chega (no domicílio), você em primeiro lugar é bem atendido e quando a pessoa interessa por aquilo que você tá orientando, te dá uma atenção. Então isso pra mim é uma boa visita” (sujeito 4).

A orientação à saúde é uma das atividades mais realizadas no cotidiano laboral dos ACS rurais de Jerônimo Monteiro e torna-se uma situação de prazer e satisfação poder transmitir conhecimento através dessa orientação e contribuir para o bem-estar da população, como fica evidente nos relatos a seguir:

“Eu me sinto gratificada em saber orientar uma família. É tão importante, ainda mais quando a pessoa é mais humilde, por isso que eu acho que na zona rural é bom de trabalhar [...]. A pessoa perguntar alguma coisa sobre saúde e eu poder falar. Eu acho muito importante” (sujeito 7).

“Eu gosto da minha profissão. [...] Quando a gente tem um tema pra falar eu me sinto útil porque eu chego na casa, explico, às vezes a pessoa nunca tinha ouvido falar sobre aquilo. Alguns são bem informados mas a maioria não, porque na roça tem uns que não tem tempo de ficar vendo televisão porque tá colhendo café, trabalhando na roça, então eu me sinto útil quando eu chego e tenho uma coisa boa pra transmitir pra eles. Eu não gostaria de ser outra coisa não” (sujeito 3).

“Às vezes eu me sinto importante porque eu posso tá ajudando né. Então quando você ajuda as pessoas você fica bem. Eu gosto de trabalhar assim, eu me sinto bem” (sujeito 4).

Esse trabalho de educação em saúde feito pelos ACS ganha ainda mais destaque quando consegue dar resolutividade aos problemas de saúde das famílias atendidas. Mas, para isso, os usuários precisam aceitar as orientações propostas pelo ACS e aderir às mesmas. A maioria dos sujeitos entrevistados relatou sentir prazer e satisfação quando suas orientações são acatadas pelos usuários, como contam os sujeitos a seguir:

“Geralmente a gente fala sobre saúde, prevenção, na verdade, então quando eu chego na casa [...] tem umas três pessoas da família geralmente né, sentam e ficam me ouvindo, conversam comigo, escutam e depois eu vejo que eles tão fazendo aquilo que eu passei pra eles. Aí aquilo é uma satisfação muito grande” (sujeito 1).

“Eu gosto muito do meu serviço. Eu tenho prazer no que eu faço. É muito gratificante quando você vê que você foi lá, que você orientou e que você foi capaz de evitar que uma pessoa tivesse um problema sério [...] Então isso é muito gratificante pra gente, é muito bom mesmo. [...] é muito bom porque você sabe que seu trabalho ta dando fruto” (sujeito 2).

“[...] quando eu chego na casa de uma pessoa que eu vejo que a pessoa ta necessitando de alguma coisa, de uma orientação [...] que a gente orienta né [...] orienta a família que tem que seguir dieta, tomar a medicação direitinho. Aí a gente sai de lá e a pessoa sai atendida e agradece a gente e que a gente volta daí uns dias e saber que a pessoa ta seguindo corretamente o que a gente orientou. Pra mim uma boa visita é assim” (sujeito 5).

Alguns desafios podem ser apontados para o saber-fazer e saber-ser ACS, principalmente para aqueles que desenvolvem seu trabalho na zona rural. Esses profissionais possuem características específicas de seu labor como, por exemplo, a grande dispersão demográfica presente nas áreas rurais, que prejudica a agilidade das visitas; os acessos distantes e difíceis aos domicílios rurais, principalmente nos dias chuvosos; o extenso território de abrangência da ESF; locais ermos; a carência de apoio dos demais integrantes da equipe de saúde da família, que pouco participam das visitas domiciliares rurais; dentre outros. Sobre esses desafios, os sujeitos 2 e 5 contam que:

“O maior desafio que eu tenho é a distância entre as casas (na zona rural). Às vezes eu ando 40, 50 minutos, às vezes até uma hora pra

chegar de uma moradia até a outra. [...] outra coisa que eu vejo é que a população fica muito distante da unidade. Eu moro no início da minha área que fica à 20 Km da unidade, imagina quem mora muito mais longe do que eu. Outra questão é a cheia né, a chuva porque a gente fica sem estrada e, às vezes tem que ir à cavalo e às vezes nem o cavalo consegue ir por falta de estrada e aí a gente tem que ir á pé” (sujeito 5).

“Eu vou de moto (para zona rural), mas nem todo lugar a moto chega aí tem lugar que eu tenho que parar e andar à pé e não é pouco. Tem área que é enorme que eu almoço sentada no meio do caminho, por exemplo, então não é fácil. É bem complicado. Fora, né, cachorro que a gente tem que encarar” (sujeito 2).

No entanto, apesar dos desafios do seu labor, todos os sujeitos entrevistados relataram que gostam de trabalhar como ACS na zona rural e que suas atividades rurais são importantes para a ESF:

“Eu me sinto muito bem. No início eu entrei por opção de emprego, pra trabalhar [...] porque eu precisava de trabalho mas, ao passar de um ano, dois, eu peguei gosto por essa profissão e não tem nada que me tira. Qualquer coisa que falarem não vai me tirar o orgulho que eu tenho de ser agente comunitária” (sujeito 1).

“Sem as minhas informações e sem as minhas visitas, como o enfermeiro e a técnica vão ficar sabendo o que tá acontecendo lá? Eu acho que 90% do trabalho do PSF é graças a gente. Eu penso assim. Eu digo isso porque tudo é em torno da gente. Quem vigia os hipertensos somos nós, quem vê os diabéticos somos nós. O PSF tem que ter muita confiança no agente. Sem o agente o PSF não existe não. Se acabar o agente comunitário, acaba o PSF” (sujeito 6).

“Eu gosto da minha profissão. [...] Eu não gostaria de ser outra coisa não. Só tem um problema, quando chove aí fica ruim porque o acesso nas casas na roça é horrível. Às vezes não dá pra ir de carro, de nada, tem lugar que tem que ir á pé quando chove [...]. Teve uma época que choveu tanto que até à pé era difícil de passar. Até à cavalo tinha lugar que o cavalo atolava, então tem essas dificuldades” (sujeito 3).

## **Sufrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde Rural**

Dejours (1994) compreende que a origem do sofrimento está na relação do homem com a organização do trabalho, destacando que se deve levar em consideração que o organismo do trabalhador não é “motor humano” pois, constantemente, é influenciado interna e externamente. O trabalhador não chega ao local de trabalho como uma máquina nova, ele tem uma história, aspirações, desejos, motivações, necessidades psicológicas, e outros; fazendo com que cada trabalhador tenha características únicas e pessoais.

Como o trabalho é um cenário para a realização de si mesmo e para o fortalecimento desta singularidade, destaca-se a importância do reconhecimento do trabalho do ACS como um exercício para a mobilização dos mesmos. Este reconhecimento é um fator fundamental para evitar a alienação decorrente do desprezo e da falta de sentido diante daquilo que o homem realiza profissionalmente (LOPES, 2009).

O papel de "tradutor" do universo científico ao popular, a entrada no contexto e na problemática familiar das pessoas, a frequente resistência da população à proposta de mudança de hábitos, conflitos e dificuldades de relacionamento com membros da comunidade e dentro da própria equipe de saúde são alguns exemplos de tensões a que os ACS estão cotidianamente submetidos (KLUTHCOVSKY et al. 2007).

Para elucidar no que a organização do trabalho, considerada inédita, contribui para os trabalhadores do PSF e, dentre eles, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), recorre-se à reflexão cuidadosa da psicodinâmica do trabalho, quando esta concentra sua concepção de sofrimento e de psicopatologia do trabalho na relação entre homem e organização do trabalho, que é a maneira como ocorre a divisão de tarefas, como se dá a formação de hierarquias e de sistemas de controle, qual a flexibilização existente para que o homem transite em meio à normatização e dinâmica organizacional e, fundamentalmente, qual é o significado do trabalho para o sujeito que o executa (MARTINES; CHAVES, 2007).

Na prática, percebe-se que a organização do trabalho na ESF está relacionada com a qualidade da relação vincular da equipe entre si e desta com as famílias.

Vale ressaltar que diante das necessidades, as pessoas da comunidade buscam em primeiro lugar o ACS, quer seja uma informação, uma reclamação ou a solução de um problema mais grave e dele esperam uma resposta, em uma relação de cobranças e exigências nem sempre tranquila (MARTINES; CHAVES, 2007).

Muitas expectativas são depositadas nos ACS; a observação, a postura profissional equilibrada e o conhecimento são algumas das competências exigidas e que, quando não bem desempenhadas ou correspondidas, geram dificuldades, tornando-o vulnerável ao sofrimento no trabalho. Muitas vezes, esgotam-se suas habilidades para gerir o tempo, a excessiva demanda de tarefas, as críticas, a preservação de seu descanso e espaço junto à família, a incompletude e desqualificação de seu trabalho e o cansaço físico, emergindo a frustração, a ansiedade, a solidão e um sentimento de inutilidade, como se o esforço empregado na sua atividade tivesse sido em vão (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

De acordo com os ACS entrevistados, diversas situações, as quais estão expostos diariamente em seu cotidiano laboral, podem gerar sofrimento e sentimentos de insatisfação. Entre elas, a falta de atenção às orientações, por parte dos usuários, feitas pelo ACS foi citada pela maioria dos sujeitos entrevistados. Segundo eles, os usuários geralmente estão fazendo alguma atividade doméstica concomitantemente à visita domiciliar e, por isso, não prestam atenção nas orientações feitas pelo ACS:

“Quando tem tema do mês pra falar e a gente chega em uma casa que a pessoa não dá muita atenção, então pra mim é uma péssima visita. Não dá atenção, continua varrendo a casa, então pra mim não serve. [...] quando você passa em uma casa falando o tema do mês e a pessoa não tá nem aí, eu saio dali arrasada, como se eu não fosse ninguém, como se a minha profissão não servisse pra nada” (sujeito 3).

“Ruim é quando você chega (no domicílio) e tá falando e a pessoa tá lá fazendo uma coisa, roda pra cá e roda pra lá e não para pra te ouvir, não dá um pingão de atenção e parece que você não tá nem ali. Isso acaba com meu dia, sinceramente. É horrível, pra mim essa é a péssima visita. Da vontade de não voltar nunca mais” (sujeito 4).

Esse trabalho de educação em saúde, feito através das orientações, é muito comum nas visitas domiciliares e representa uma das principais atividades de um Agente



Comunitário de Saúde. No entanto, segundo alguns ACS, essas orientações, muitas vezes, não são acatadas pela população gerando sentimento de insatisfação nesses profissionais. Além disso, o fato de não ser bem recebido no domicílio também foi relatado pelos ACS como situação capaz de gerar sofrimento:

“O que me deixa desanimada, muito triste é, igual, eu chego na casa, dou atenção, converso, pego a caixinha de medicamento, porque todo idoso tem aquela famosa caixinha onde ele coloca tudo, dou uma vasculhada, tiro “n” remédios vencidos que não podem tá ali, limpo. Levo medicamento porque a zona rural é meio longe e eu fico com pena deles virem andando e levo o medicamento para eles. Semana que vem eu volto e tá tudo de novo. Aquele paciente não seguiu a minha orientação, não tomou a medicação certa. Isso me desestimula porque eu ando nesse sol quente, vou lá, oriento e é a mesma coisa se eu estivesse falando com uma parede. Eu viro as costas e eles não fazem nada” (sujeito 6).

“É você chegar e a pessoa não tiver bem né, às vezes tá mal humorada. Eu já vivi situações de chegar e a família tá brigando. Aí a gente fica sem jeito. Aquela não é uma boa visita. Eu já chego, falo o que tenho que falar e já saio correndo. Isso já aconteceu” (sujeito 7).

A desvalorização do trabalho realizado pelo ACS também pode levar este profissional ao sofrimento. Sobre essa desvalorização, o sujeito 1 conta que:

“Todo mês eu passo por uma situação ruim. Eu chego em uma família, é uma pessoa da família, é um homem. Eu chego lá [...] uma conversa sem pé nem cabeça e começa: fala mal da enfermeira, fala mal do médico, fala mal da estratégia, fala do nosso serviço, que é um serviço que o governo deu pra gente pra preencher vaga, pra dar emprego. Fala isso tudo na minha cara e eu tenho que ficar ouvindo. [...] É a visita mais chata que eu acho. Eu deixo ela por último porque quando eu saio de lá tenho que ir embora de tanto que eu sofro” (sujeito 1).

As condições de trabalho a que estão submetidos os ACS na zona rural também podem gerar sentimentos de insatisfação e sofrimento no ACS. Sobre essas condições de trabalho, os sujeitos 3 e 5 e 6 contam que:

“A minha área agora é baixa, mas antigamente eu ia em uma área que só ia à cavalo e eu saia de casa seis horas da manhã e chegava seis horas da noite. Eu ia à cavalo e chegava em casa moída, toda arrebatada e na primeira vez que eu fui lá fiquei três dias com febre porque eu não tava acostumada a andar à cavalo [...] quando chove

ai fica ruim porque o acesso nas casas na roça é horrível. Às vezes não da pra ir de carro, de nada, tem lugar que tem que ir á pé quando chove muito mesmo. Eu passei por uma situação que na minha casa mesmo não chegava carro. Eu tinha que deixar o carro em uma porteira na beira da estrada porque atolava ali, não tinha como passar, atolava até no joelho, ai eu passava e chegava até onde estava o carro e quando chegava na primeira casa eu lavava as pernas e calçava o chinelo pra poder trabalhar nas outras casas. Isso já aconteceu várias vezes e ainda acontece até hoje. Tem três casas que não dava pra ir não” (sujeito 3).

“Outra questão é a cheia né, a chuva porque a gente fica sem estrada e, às vezes tem que ir à cavalo e às vezes nem o cavalo consegue ir por falta de estrada e ai a gente tem que ir á pé” (sujeito 5).

“No mês de junho eu fui lá (na zona rural) 18 vezes porque era panha de café e eles estavam trabalhando até dia de sábado até 5 horas da tarde [...] Na minha zona rural é um pouco difícil o acesso. Ou eu vou lá sábado e domingo ou eu vou à noite. Porque se eu for de dia acontece de eu não encontrar ninguém. Se eu for na parte da manhã vou encontrar 3 ou 4, o resto ta na lavoura, ta trabalhando [...] Então, por isso, eu troco. Eu fico uma sexta-feira em casa e trabalho sábado e domingo. Tem que ser assim senão eu não consigo completar lá não” (sujeito 6).

## **Considerações finais**

As dinâmicas do trabalho produzem situações que ora conduzem o indivíduo ao prazer, ora ao sofrimento sendo que uma organização do trabalho flexível permite ao trabalhador maior liberdade, possibilitando que ele identifique as situações que desencadeiam prazer.

O município de Jerônimo Monteiro é caracterizado por uma situação fundiária típica do Estado do Espírito Santo, onde predominam as pequenas propriedades agrícolas geridas pelas famílias (agricultura familiar). Situada em um vale, a pequena área urbana é contornada por pequenas propriedades rurais cortadas por estradas de terra batida.

O extenso território de abrangência da ESF, a grande dispersão demográfica, os acessos distantes e difíceis aos domicílios, os locais ermos, a presença constante de animais como bois e cavalos bloqueando o acesso aos domicílios, as estradas de terra batida com muita poeira e que se tornam intransitáveis no tempo das águas, são

características singulares da zona rural e inimagináveis nos grandes centros urbanos. É nesse espaço que os ACS rurais de Jerônimo Monteiro vivenciam emoções capazes de gerar sentimentos de prazer e sofrimento a estes trabalhadores.

O sentimento de satisfação é um processo dinâmico que pode ter influência tanto da organização do trabalho quanto da vida social (DEJOURS, 2007). Por isso a importância de, cada vez mais, estimularmos as ações de promoção de um ambiente de trabalho mais prazeroso (LOPES, 2009).

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**: Res. CNS nº. 196/96. Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma\\_pesq\\_serres\\_hum.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_pesq_serres_hum.pdf)> Acesso em: 08 jul. 2010.

BRAND, C. I; ANTUNES, R. M; FONTANA, R. T. **Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde**. Cogitare Enfermagem. v. 15, p. 40-47, Jan./mar., 2010.

CAMELO, S. H. H. et al. **Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família**. Revista enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, abr./jun., 2009.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

JARDIM, T.A; LANCMAN, S. **Interface - Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde**. Comunicação, Saúde, Educação, v.13, n.28, p.123 35, jan./mar. 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. **Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida**. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul. v. 29, n. 2. Porto Alegre, mai./agosto, 2007.

LOPES, D. M. Q. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. [Dissertação]. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria: Rio grande do Sul, 2009.

LUNARDELO, S. R. et. al. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto-São Paulo**. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP, 2004.

MARCONI, E.M; LAKATOS, E.V. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINES, W. R. V; CHAVES, E. C. **Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família**. Revista da Escola de Enfermagem – USP. v.41. p. 426-433, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, C.M.B. **Análise do cumprimento das práticas dos agentes comunitários de saúde em municípios da região metropolitana do Recife**. 2008. [dissertação]. Mestrado em Saúde Coletiva. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

NUNES, M. O. *et al.* **O agente comunitário de saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002.

SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde – uma abordagem fenomenológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2006.

## **Contribuições**

R.A. Batistini e T.A.M. Figueiredo participaram de todas as fases do estudo. R.C.D. Lima e N.A.A. Sól participaram da redação do artigo e M.A. Baptistini participou da revisão final.



**O DESAFIO DE SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE RURAL NO  
MUNICÍPIO DE JERÔNIMO MONTEIRO - ES: UM ESTUDO NA  
PERSPECTIVA DA ANÁLISE INSTITUCIONAL**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**PARTE I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

**1 - Número de registro do participante:** \_\_\_\_\_

**2 - Idade (anos):** \_\_\_\_\_

**3 - Raça/cor:**

Branca     Preta     Amarela     Parda     Indígena

**4 - Estado civil:**

Casado     Solteiro     Divorciado     Viúvo     Outros

**5 - Qual a sua religião?** \_\_\_\_\_

**6 - Em que município nasceu:**

Jerônimo Monteiro     Outro município capixaba     Outro município brasileiro

**7 - Grau de instrução:**

Até 4ª série do ensino fundamental     Ensino fundamental completo  
 Ensino médio incompleto     Ensino médio completo

**8 - Sabe utilizar computador?**

Sim     Não

**9 - Tem acesso a internet?**

Sim  Não

**10 - Em caso positivo, onde se dá esse acesso?**

Em casa  No trabalho  Na comunidade

**11 - Á quanto tempo é ACS? \_\_\_\_\_**

**12 - Teve algum trabalho antes de ser ACS?**

Sim  Não

**13 - Em caso positivo, especificar o último trabalho:**

---

---

---

## **PARTE II – PRÁTICA COMO ACS RURAL**

**1 - Quantas visitas a domicílios rurais, em média, você faz por semana?**

---

**2 - Que meio de transporte você frequentemente utiliza para deslocamento nessas visitas?**

Bicicleta  Motocicleta  Automóvel  Cavalo  Outros:

---

**3 - Com que frequência o técnico de enfermagem participa com você dessas visitas?**

---

---

**4 - Com que frequência o enfermeiro participa com você dessas visitas?**

---

---

**5 - Com que frequência o médico participa com você dessas visitas?**

---

---

**6 - Com que frequência você faz essas visitas rurais sozinho?**

---

---

**7 - A presença dos demais profissionais de saúde na visita rural é:**

( ) Rotineira    ( ) Por solicitação

**8 - Não se tratando de situação rotineira, que situações justificariam a visita:**

**8.1 - Do técnico de enfermagem?**

---

---

---

**8.2 - Do enfermeiro?**

---

---

---



8.3 - Do médico?

---

---

---

**9 - Descreva uma situação que você poderia considerar como uma boa visita**

---

---

---

---

---

**10 - Descreva uma situação que você poderia considerar como uma visita ruim**

---

---

---

---

---

**11 - Como você se sente sendo Agente Comunitário de Saúde no seu contexto de vida?**

---

---

---

---

---



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE FOTOGRAFIAS

Eu, \_\_\_\_\_, solteiro(a) (  ) Casado(a) (  ),  
profissão: \_\_\_\_\_, residente na rua  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, complemento  
\_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_,  
portador da Cédula de Identidade (RG) nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº  
\_\_\_\_\_, **AUTORIZO** o uso de minha imagem em todo e  
qualquer material como fotos, documentos e outros meios de comunicação  
para fins de divulgação na dissertação de mestrado intitulada “O DESAFIO DE  
SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE RURAL NO MUNICÍPIO DE  
JERÔNIMO MONTEIRO – ES: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE  
INSTITUCIONAL”, realizada pelo mestrando Renan Almeida Baptistini, sob  
orientação do professor Drº Túlio Alberto Martins de Figueiredo, no Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito  
Santo.

Após a leitura do termo, eu concordo que as minhas imagens sejam usadas  
para o propósito acima descrito.

Eu entendo que sou livre de aceitar ou recusar a divulgação das minhas  
imagens.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de autorização. Eu tive  
oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram  
respondidas.

Eu recebi uma cópia assinada e datada deste documento de autorização.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida,  
manifesto minha autorização para divulgação das minhas imagens nesta  
pesquisa.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

**Assinatura do participante da pesquisa**

---

**Assinatura do pesquisador**

---

**Assinatura do orientador**



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo em participar da pesquisa abaixo discriminada, nos seguintes termos:

**Título da pesquisa:** O DESAFIO DE SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE RURAL NO MUNICÍPIO DE JERÔNIMO MONTEIRO - ES: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE INSTITUCIONAL

**Pesquisador:** Renan Almeida Baptistini

**Orientador:** Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo

**Instituição:** Universidade Federal do Espírito Santo / Centro de Ciências da Saúde / Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Local de Pesquisa:** A pesquisa será realizada no Município de Jerônimo Monteiro – ES.

**Objetivos da pesquisa:**

- Conhecer os dispositivos instituídos sobre a prática do Agente Comunitário de Saúde (urbano e rural) no Brasil;
- Discutir a prática do conjunto de Agentes Comunitários de Saúde Rurais do município de Jerônimo Monteiro – E.S.;
- Identificar se os Agentes Comunitários de Saúde Rurais de Jerônimo Monteiro, no atendimento das demandas dos usuários rurais, além de suas atividades instituídas, buscam criar formas diferenciadas de fazer a sua prática.

**Sujeitos da pesquisa:** Agentes Comunitários de Saúde que atuam nas regiões rurais do município de Jerônimo Monteiro.

**Instrumentos de coleta de material:** entrevista e observação.

## **INFORMAÇÃO AO ENTREVISTADO SOBRE O TERMO DE CONSENTIMENTO**

O (a) Sr (a) está sendo convidado para participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador.

Para participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Qualquer dúvida solicite ao pesquisador os esclarecimentos necessários.

O propósito deste documento é revelar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar do estudo.

Sua participação na pesquisa é voluntária, ou seja, você só deve participar do estudo se quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

O pesquisador coletará informações que serão mantidas de forma confidencial, sua identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados poderão ser utilizados em publicações científicas sobre o assunto.

## **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Após a leitura do termo e a explicação de todos os itens pelo pesquisador, eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendo que sou livre de aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas.

Eu recebi uma cópia assinada e datada deste documento de Consentimento.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

**Assinatura do participante da pesquisa**

---

**Assinatura do pesquisador**

---

**Assinatura do orientador**

**Telefones para contato:**

Professor Tulio Alberto Martins de Figueiredo: (27) 8155-2489

Renan Almeida Baptistini: (28) 9903-8763

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde UFES: (27) 33357211







UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

Vitória-ES, 09 de dezembro de 2010.

Da: Profa. Dr<sup>a</sup>. Ethel Leonor Noia Maciel  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde


Para: Prof. (a) Túlio Alberto Martins de Figueiredo  
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“O desafio de ser Agente Comunitário de Saúde Rural”**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. **287/10** intitulado: **“O desafio de ser Agente Comunitário de Saúde Rural”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 08 de dezembro de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ethel Leonor Noia Maciel  
COORDENADORA  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Centro de Ciências da Saúde-UFES