

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Tanise Gonçalves de Freitas

**CONFLITOS ÉTICOS DO PROCESSO DE TOMADA DE  
DECISÃO NO TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE  
SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis

2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

F866c Freitas, Tanise Gonçalves de  
Conflitos éticos do processo de tomada de decisão no  
trabalho de agentes comunitários de saúde [dissertação] /  
Tanise Gonçalves de Freitas ; orientadora, Marta Inez Machado  
Verdi. - Florianópolis, SC, 2010.

1 v.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Bioética. 3. Família - Saúde e  
Higiene. 4. Processo decisório. I. Verdi, Marta Inez Machado.  
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por estarem distantes, embora muito próximos, apoiando incansavelmente mais essa etapa de nossas vidas, a vocês, minha gratidão!

Ao verdadeiro amor da minha vida, Ricardo, por estar comigo desde o princípio e acreditar na concretização dos nossos sonhos. Obrigada por tudo, por fazer minha inscrição no processo seletivo do mestrado, pelos cafés, pelas noites em claro, pelos debates acirrados, pelas discussões, pela paciência, pelo amor, pelo carinho, pelo cuidado à nossa filhota, por sua parceria, enfim, por fazer parte da minha vida há tanto tempo e me presentear diariamente com sua presença e sua companhia;

Aos meus irmãos de sangue, e à irmã de coração, Drika, cunhados, cunhadas e sobrinhos, por entenderem a minha ausência e distância. Acreditem, eu sinto muita falta de todos vocês!

À Universidade Federal de Santa Catarina;

À professora Marta Verdi, orientadora, pela paciência e compreensão, a minha eterna gratidão;

Ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Catarina, pela apreciação e aprovação;

Aos membros da banca de qualificação, professora Sandra Caponi e professor Marco da Ros, pelas contribuições e pelo expressivo estímulo a esta pesquisa;

Aos Agente Comunitários de Saúde e enfermeiros, sujeitos desta pesquisa, por se disporem em me receber em meio a sua atribulada rotina de trabalho;

À Secretaria Municipal de Florianópolis, especialmente à Marynes Terezinha Reibnitz;

Aos colegas do Mestrado, especialmente ao meu colega Lucas, pela companhia, pelos momentos de discussões e desesperos, sempre regados a boas risadas e muito bom humor;

À Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima, pela enorme contribuição na elaboração desse trabalho;

Aos meus colegas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo imenso apoio e compreensão, em especial às colegas Márcia Adelina Cosenza e Norma Vargas do Prado;

Aos membros da banca de defesa, por terem aceitado ler e julgar este trabalho, especialmente à Professora Clarice, que aceitou se deslocar de Porto Alegre até aqui, exclusivamente para apreciar esta dissertação.

A TODOS, MUITO OBRIGADA!

"Não basta saber,  
é preciso também aplicar,  
não basta querer,  
é preciso também fazer".

(Goethe)



## RESUMO

Este estudo discute os conflitos éticos que se apresentam no processo de tomada de decisão dos agentes comunitários de saúde (ACS) no seu trabalho em equipes de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, realizada na rede municipal de saúde de Florianópolis, SC, com 20 ACS e 5 enfermeiros, trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF). No processo de análise dos dados, emergiu a categoria que discute a influência das relações de poder no processo decisório da equipe de ESF. Os resultados mostram que, embora a ESF seja considerada como estratégia prioritária para a reorientação da atenção básica no Brasil, a partir da integração de diferentes práticas e valorização de distintos saberes, o modelo biomédico e a divisão social do trabalho persistem como fatores obstaculizantes a essa proposta. A relação de autoritarismo existente nas equipes e a sua divisão entre “profissionais estabelecidos” e “ACS outsiders”, revelam-se como importantes desafios no exercício ético da equipe saúde da família no Brasil.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Auxiliares de Saúde Comunitária. Bioética. Tomada de Decisões.



## ABSTRACT

This study discusses the ethic conflicts that come up in the decision-making process of community health agents (CHA) in their work in family health teams. This is exploratory-descriptive research carried out in the Municipal Health Service of Florianópolis, SC, with 20 CHAs and 5 nurses, employees of Family Health Strategy (FHS). In the data analysis process, a category emerged that discusses the influence of power relations in the decision process of the FHS team. The results show that, although the FHS is considered to be a priority strategy for the re-organization of primary care in Brazil, through the integration of different practices and the increase in value of distinct knowledge, the biomedical model and the social division of labor persist as factors which are obstacles to this proposal. An authoritarian relationship existent in these teams and their division into “established professionals” and “CHA outsiders”, have emerged as important challenges in the ethic exercise of the family health team in Brazil.

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health. Community Health Aides. Bioethics. Decision-making.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente comunitário de saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
DENERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
ONGs – Organizações Não Governamentais  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PIASS - Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PSF – Programa Saúde da Família  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância  
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas  
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública  
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública



## SUMÁRIO

<b>PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO.....</b>	<b>17</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1 OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
<b>1.1.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>22</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>22</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL: de visitadores domiciliares a agentes comunitários de saúde .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3 RELAÇÕES DE PODER A PARTIR DO MODELO ESTABELECIDOS E OUTSIDERS .....</b>	<b>37</b>
<b>2.4 O PROCESSO DECISÓRIO E SEUS ASPECTOS CONCEITUAIS E PRÁTICOS .....</b>	<b>38</b>
<b>2.5 CONFLITOS ÉTICOS .....</b>	<b>41</b>
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>45</b>
<b>3.1 TIPO DE ESTUDO .....</b>	<b>45</b>
<b>3.2 LOCAL.....</b>	<b>45</b>
<b>3.3 SUJEITOS DO ESTUDO .....</b>	<b>46</b>
<b>3.4 COLETA DE DADOS .....</b>	<b>46</b>
<b>3.5 ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>3.6 LIMITAÇÕES DO MÉTODO.....</b>	<b>49</b>
<b>3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>50</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semi-estruturada com agentes comunitários de saúde e supervisores .....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de grupo focal com agentes comunitários de saúde .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>65</b>
<b>PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>67</b>



## **PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO**



# 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, é considerado como uma inovação no campo das políticas sociais no Brasil. Fundamentado pelos pressupostos da universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social, o SUS assinala a transição de um modelo de saúde pública, até então desenvolvido a partir de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, como as campanhas de vacinação e o controle de endemias, e de uma assistência à saúde de caráter filantrópico, dirigido à população carente, sem condições de pagar pelos serviços ou que não se encontravam em situação de emprego formal, com direito ao atendimento prestado pelo Instituto de Previdência Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Dessa forma, com a finalidade de universalizar à assistência à saúde e reconhecer o Conceito Ampliado de Saúde, proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que entende a saúde como resultante de das condições sociais, é que o SUS propõem abordagens interdisciplinares, direcionadas à saúde e à comunidade, resgatando a integralidade da atenção, a participação social e o fortalecimento das redes solidárias, entendendo a pessoa como sujeito do processo de saúde-doença (DA ROS, 2006).

Essa resposta aos problemas de saúde transcende o enfoque biológico e se respalda na produção social da saúde, priorizando a promoção da autonomia e a democratização das ações em saúde. A busca por esse novo olhar se fundamenta no entendimento de que o modelo biomédico, tecnicista e hospitalocêntrico não atende mais às necessidades de saúde das pessoas. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família se configura como um caminho em direção à essa nova maneira de trabalhar a saúde. A ESF introduz novos elementos que visam proporcionar uma atenção integral à saúde, tendo em vista a complexidade que envolve a sua produção, procurando olhar o processo saúde-doença através das lentes do Conceito Ampliado de Saúde.

Assim, a ESF surge como uma estratégia de reorientação do modelo de assistência na atenção básica. Seu passado é recente e seu futuro é incerto. Portanto, não é inesperado que essa estratégia de reorganização da atenção básica brasileira e de consolidação do próprio SUS, eleita para expandir-se em todo território nacional, ainda seja pauta nos debates acadêmicos, políticos e sociais. Seus resultados e

limites continuam a alimentar discussões, que trazem em seu bojo, desde estatísticas oficiais sobre sua expansão e cobertura populacional até a reflexão sobre as práticas de saúde e o processo de trabalho das equipes da ESF. A fim de acompanhar esse debate, é essencial compreender questões que envolvem diferentes dimensões do trabalho em saúde, tais como a configuração das equipes, as necessidades e anseios de seus trabalhadores e da população por eles assistida, bem como de seu processo de trabalho cotidiano.

A construção de um sistema de saúde democrático, pautado pela universalidade, a equidade e a integralidade, é um processo social e político que depende da discussão e implementação de políticas públicas condizentes com essas diretrizes. No entanto, olhar para o cotidiano dos serviços de saúde, preocupando-se com as condições impostas a esses atores, permite uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho, e, dessa forma, de uma produção de saúde que guarde consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, o presente estudo preocupou-se em conhecer uma das dimensões que compõem o processo de trabalho das equipes saúde da família – a tomada de decisão. Através das falas dos Agentes Comunitários de Saúde e dos enfermeiros, procurou-se identificar os conflitos éticos que derivam do processo decisório.

A escolha do ACS como sujeito de pesquisa é resultado da observação de sua importante contribuição no projeto de reorientação do modelo assistencial em saúde, enquanto trabalhador da Atenção Básica e da percepção de sua condição de vulnerabilidade e sofrimento, evidenciada pela sobrecarga emocional e psíquica decorrentes das inúmeras exigências que permeiam seu papel nas equipes de saúde.

Desse novo personagem, que faz parte da população e trabalha para ela, espera-se que: tenha um bom relacionamento com a equipe e comunidade; seja aceito; saiba trabalhar questões relacionadas a preconceitos; seja ético; mantenha o sigilo das informações; seja comunicativo; tenha capacidade de integrar-se à equipe; seja organizado; saiba priorizar ações de modo a realizar a cobertura esperada de sua microárea; acompanhe os grupos de risco propostos pela estratégia saúde da família; desenvolva ações básicas de saúde; exerça atividades visando a promoção de saúde e a prevenção de doenças; desenvolva o conceito de humanização da assistência; estimule a participação popular; tenha produtividade e, ainda, apresente uma postura profissional ética (MARTINES; CHAVES, 2007).

Assim, diante desse contexto, que sobrecarrega o ACS, ao mesmo tempo que o culpabiliza, optou-se por, aprofundar o conhecimento

acerca de seu exercício profissional. Para tanto, procurou-se entender como o ACS se insere na equipe, como estabelece seus vínculos e como ocorre o processo decisório desses sujeitos.

A motivação para tal advém de inquietações despertadas no decorrer de uma trajetória acadêmica e profissional, emergentes de uma experiência próxima ao trabalho comunitário, vivenciado como aluna, e mais tarde como enfermeira em equipes saúde de família. A participação no processo de implantação de novas equipes de ESF e a seleção e capacitação de ACS, permitiu à autora, uma aproximação tal com ACS, que fez surgir questões ainda muito nebulosas e carentes de explicação.

Diante da percepção de uma relação de subordinação condicionada ao exercício profissional do ACS, algumas perguntas surgiram: Quem é o ACS? Ele é competente para a tomada de decisão? Se um dos elementos necessários a tomada de decisão é o conhecimento, quem define o que o ACS deve “conhecer”? Por que os ACS já capacitados não participam do processo de formação dos novos ACS? Como o ACS se insere na equipe de saúde e de que forma estabelece seus vínculos? Se o trabalho do ACS é planejado, gerenciado, coordenado e avaliado pelo enfermeiro, como ocorre o processo de tomada de decisão no cotidiano do seu trabalho?

Ao ingressar na rede pública, observando a rotina diária das equipes de saúde da família, sua busca constante no cumprimento das metas pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde, as relações interpessoais no grupo de trabalho e a forma como os sujeitos estabelecem os vínculos entre si e com a comunidade, foi possível compreender que, mesmo em um modelo de atenção ancorado no trabalho em equipe, na co-responsabilização e no vínculo com as famílias assistidas, existem relações de poder hierarquizadas pelo saber, onde quem “sabe mais”, pode mais e manda mais nos que “sabem menos” e, por isso, podem menos e obedecem (FORTUNA et al., 2005).

Diante desse contexto, o ACS, idealizado pelo Ministério de Saúde como um elo de ligação entre a equipe e a comunidade, interlocutor entre o saber popular e o saber científico, passa a ser o “elo frágil dessa corrente”. O ACS é um novo trabalhador que está construindo sua identidade pautado por relações desiguais com a equipe, marcada pela subordinação integral de suas ações.

Assim, entender os desafios e expectativas que se impõem à implementação da ESF, especificamente no que tange ao papel do ACS, sob a perspectiva da bioética cotidiana, é se aproximar de situações que ocorrem diariamente na vida de inúmeras pessoas em todo o mundo, que apesar de injustas, persistem acontecendo. É lançar o olhar sobre o

cotidiano e preocupar-se com as discussões do dia a dia, que há muito não viram notícia ou ocupam espaço na pauta de debates da atualidade.

Diante deste contexto de contradições, ainda presentes nas relações de trabalho das equipes da ESF, este estudo buscou conhecer e discutir os conflitos éticos vivenciados pelos ACS em seu processo decisório no cotidiano de seu trabalho junto às equipes saúde da família.

Deste modo, conhecer e estudar a prática desse profissional, que atua em todo território nacional, justifica-se pelo compromisso social que possuem, sendo muitas vezes, os principais atores responsáveis no processo de reorientação das práticas no âmbito da atenção primária à saúde. Aprofundar o conhecimento acerca de seu processo de trabalho, observar seu cotidiano, procurando entender as subjetividades, aspirações e as dificuldades apresentadas por esses trabalhadores podem contribuir para a valorização deste profissional e, dessa forma, qualificar a assistência prestada às famílias e à comunidade.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Discutir os conflitos éticos que se apresentam no processo de tomada de decisão do agente comunitário de saúde no cotidiano do seu trabalho em equipes de saúde da família à luz da bioética cotidiana.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

Conhecer que conflitos éticos se apresentam no processo de tomada de decisão do agente comunitário de saúde no cotidiano de seu trabalho em equipes saúde da família.

Conhecer como ocorre o processo de tomada de decisão por parte dos agentes comunitários de saúde no cotidiano de seu trabalho junto às equipes saúde da família.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL: DE VISITADORES DOMICILIARES A AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Conhecer a história do surgimento das visitas domiciliares, da medicina social e sua relação com a trajetória percorrida pela saúde pública no mundo ocidental e no Brasil, é essencial para iniciar uma reflexão acerca do modelo de trabalho definido pelas políticas públicas e para o trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), o visitador domiciliar contemporâneo.

Os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Na Grécia (443 a.C) médicos percorriam as cidades prestando assistência às famílias, em seus lares, levando orientações sanitárias, que envolviam o controle e a melhoria do ambiente físico, a provisão de água e alimentos puros, bem como o alívio das incapacidades e do desamparo. Para eles a saúde estava relacionada a ter “pensamentos sadios”. Na Europa, durante o Iluminismo, a prática das visitas domiciliares foi retomada, a saúde pública foi reconhecida como ciência e as visitas domiciliares foram apontadas como uma forma de educar e assistir à população (ROSEN, 2006).

Diante dos problemas de saúde vigentes na época, educar, controlando as ações da população, era essencial. A melhoria do nível de saúde dos pobres dependia da incorporação de novos hábitos à sua rotina e das informações apreendidas durante a visita realizada pelo agente de saúde de outra. Senhoras ricas, visitadoras, ensinavam noções de saúde e de higiene às mães pobres, doentes em potencial.

Na Inglaterra e nos Estados Unidos, a assistência médica e de enfermagem prestada aos doentes pobres deslocou profissionais, especialmente as enfermeiras, do hospital para a casa dos cidadãos. Anteriormente, entre 1854 e 1856, essa prática era realizada por mulheres da comunidade sem muita instrução, que recebiam um salário do Estado para educar as famílias carentes e ensiná-las cuidados ideais de saúde. Elas eram chamadas de visitadoras sanitárias e a Sociedade de Epidemiologia de Londres, era responsável por seu treinamento.

Posteriormente, visando otimizar a assistência aos pobres, optou-se por empregar mulheres de educação superior, tais como médicas, enfermeiras e parteiras diplomadas. Essas mulheres exerciam práticas educativas epidemiologicamente eficazes, possibilitando o combate aos agravos que assolavam aqueles países, tais como o cólera, a peste, a varíola, o tifo, a mortalidade infantil entre outras tantas epidemias que surgiam (ROSEN, 2006).

Com o desenvolvimento do capitalismo, o nascimento da Medicina Social na Europa e o grande número de doenças que atingiam este continente no final do século XVIII e início XIX, a transformação das condições de vida em sociedade era um meio fundamental de controle das epidemias e uma via determinante para traçar o perfil das patologias prevalentes naquela época. Assim, por atribuir ao fator social a explicação das causas de adoecimento, este modelo explicativo de determinação social da doença tornou-se hegemônico na época. Villermè na França, Chadwick na Inglaterra e Virchow na Prússia foram alguns expoentes desse movimento (DA ROS, 2006).

Para Foucault (2006), com o advento do capitalismo, o corpo foi socializado como objeto biopolítico, caracterizado por sua força de produção e sua capacidade de trabalho. Assim, a medicina, ciência responsável por cuidar dos corpos, tornou-se uma estratégia biopolítica, apta a exercer o controle da sociedade sobre os indivíduos. Entretanto, a medicina não foca seu olhar inicialmente na questão do corpo que trabalha, mas sim no corpo dos indivíduos que constituem globalmente o Estado, e no poder de sua força coletiva no enfrentamento de conflitos econômicos e políticos com estados rivais. A medicina social é formada a partir de três etapas: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho:

A primeira etapa, aconteceu na Alemanha no início do século XVIII e caracterizou-se pela criação da Medicina do Estado e pela instalação da polícia médica, que, além da preocupação com a normalização do ensino médico, do controle pelo Estado, da formação médica e da subordinação desta categoria à administração estatal, propunha o controle fiscalizatório da população. A polícia médica tinha o poder de fiscalizar os locais de trabalho, de obrigar a incineração ou sepultamento dos cadáveres, de controlar o comércio de alimentos e o saneamento das casas, bem como de implantar outras medidas que melhorassem as condições de vida urbana. A intervenção do Estado na área da saúde se ampliava. Nascia uma preocupação com a melhoria do nível de saúde da população e emergia uma prática médica que destinava suas ações à qualidade de saúde dos indivíduos, mesmo que

sua real preocupação fosse a preservação dos sujeitos que compunham o corpo do Estado.

A segunda dimensão que corroborou para o desenvolvimento da medicina social apareceu na França, tendo a urbanização como pilar de organização das cidades. A partir da necessidade de constituir a cidade como uma unidade, com poder centralizado e regulamentado, a medicina urbana passou a assumir novos objetos - o controle da circulação de elementos, (a água e o ar) e a distribuição salubre dos elementos necessários à vida na cidade, como cemitérios, hospitais, fontes de água potável e esgotos.

A terceira dimensão da medicina social partiu da experiência inglesa, focada na medicalização dos trabalhadores e do proletariado, onde o controle da saúde e do corpo visava uma maior aptidão dos pobres ao trabalho e constituía-se, ao mesmo tempo, em um meio de proteção às classes ricas ante ao perigo de doenças advindas do proletariado (FOUCAULT, 2006).

O combate às doenças dos pobres, visando proteger a saúde coletiva, especialmente da classe burguesa, favoreceu o reconhecimento da educação em saúde como instrumento de ação de profissionais, como o agente de saúde, o visitador domiciliar e em programas de saúde comunitária como um todo. A educação em saúde era entendida como uma ferramenta capaz de auxiliar no controle das doenças, uma vez que “para promover a saúde e prevenir a doença, era preciso combater a ignorância” (ROSEN, 2006).

A pobreza e a instalação de doenças são situações intimamente ligadas a condições precárias de vida, como a desnutrição, habitação e vestuário inadequados, salários baixos e dificuldades no acesso à educação. Assim, a elevação do padrão de vida e o desenvolvimento da economia de um país, concorrem paralelamente para a melhoria das condições de saúde das populações. Dessa forma, tendo em vista que questões econômicas e sociais não dependem apenas de mudança nas condições locais, “os homens de hoje entendem ser dever da comunidade internacional ajudar seus membros mais necessitados a resolver seus problemas de saúde” (ROSEN, 2006).

Partindo dessa ideologia, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma Ata, antiga URSS, em 1978, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), passou a ser uma referência mundial de compromisso com a Saúde para Todos – meta a ser alcançada através da atenção primária à saúde.

Em 1979, a Igreja Católica, através do Documento de Puebla, que também indicava as desigualdades sociais como as responsáveis pelo flagelo humano e a doença, apontava como uma das possíveis direções, o trabalho de agentes de saúde/pastorais, através da visita domiciliar, trabalhando questões de educação e saúde.

Comprovamos, pois, como o mais devastador e humilhante flagelo a situação de pobreza desumana em que vivem milhões de latino-americanos e que se exprime, por exemplo, em mortalidade infantil, em falta de moradia adequada, em problemas de saúde, salários de fome, desemprego e subemprego, desnutrição, instabilidade no trabalho, migrações maciças, forçadas e sem proteção (CONFERÊNCIA GERAL DO EPISCOPADO LATINO-AMERICANO. Documento de Puebla, 1979 p. 81)

Para Donnangelo (1976), programas de extensão de cobertura através da utilização de pessoal auxiliar também passaram a ser idealizados pela Medicina Comunitária, como condição necessária para a expansão do atendimento àquelas áreas menos assistidas. Dessa forma, a Medicina Comunitária propunha, nas décadas de 1970 e 80, um modelo alternativo de prestação de serviços em saúde.

A Medicina Comunitária, visando operacionalizar princípios básicos já encontrados em outros projetos de organização da atenção médica, propôs uma estratégia específica de prestação de serviços à população. Sua especificidade caracterizava-se por uma proposta de extensão da assistência à saúde através de uma configuração diferenciada das equipes de saúde, particularmente, na introdução de um novo trabalhador nesse campo. O projeto comunitário incluía o trabalhador médico coletivo em caráter complementar ao trabalho médico (DONNANGELO, 1976).

O mesmo ocorreu em países pouco desenvolvidos, pertencentes à África, à América Latina e à Ásia. A lógica de ampliar a assistência à saúde, através de programas de extensão de cobertura, às áreas rurais ou periurbanas foi idealizada por ONGs, instituições religiosas e internacionais, visando a melhoria das condições sanitárias e de saúde.

Nesse sentido, a Fundação Rockefeller patrocinou, em 1979, uma pequena conferência intitulada “Saúde e Populações em Desenvolvimento”, em Belágio, Itália. Neste encontro, os participantes

propuseram estratégias de baixo custo e intervenções básicas capazes de reduzir os maiores problemas de saúde-doença que afligiam os países pobres, tais como diarreia e doenças infecto-contagiosas (CUETO, 2004).

Após a Alma-Ata, os países africanos comprometeram-se com o desenvolvimento sanitário da região através de inúmeros acordos, firmados em documentos que descreviam os esforços a ser empreendidos na qualificação da assistência à saúde, prestada a todos os africanos. Desse modo, como estratégias adotadas para a organização da atenção primária, ocorreu a integração de programas de saúde e a introdução a educação sanitária, como meio de favorecer a auto-suficiência, a responsabilidade pessoal pela saúde e o compromisso comunitário. Assim, foram recrutados para o desenvolvimento dessas ações, agentes da comunidade, que nos povoados e aldeias, ocupam a primeira linha do sistema de saúde e os agentes ordinários, como médicos, farmacêuticos, biólogos, técnicos de saneamento e administradores sanitários (SANTOS, 2006).

Na China, a maioria dos camponeses não possuía acesso nem à medicina moderna, nem à medicina tradicional. Dessa forma, os médicos de Pés Descalços, profissionais de saúde que não cursaram a clássica formação em medicina, muitas vezes analfabetos e praticantes de uma medicina empírica e rudimentar, situada às margens dos “doutores” tradicionais, assumiram destaque e êxito em sua atuação, contribuindo para criar o clima social para o subsequente treinamento dos verdadeiros doutores camponeses. O sistema chinês de médicos de pés-descalços vem sendo rediscutido desde os primeiros anos das décadas 1980-89. A denominação médicos pés descalços foi substituída por médicos rurais ou ajudantes sanitários. Independentemente das designações, o sistema de médicos pés descalços constitui-se em uma referência para a China, que, em maior escala, utiliza auxiliares indicados pela comunidade, moradores das localidades onde residem que, após curtos treinamentos, são capazes de dispensar tratamentos, medicamentos, realizar intervenções e promover a saúde individual, coletiva e do meio ambiente (SANTOS, 2006).

No Brasil, a visita domiciliária ganha destaque a partir de sua incorporação aos serviços sanitários na década de 1920, ganhando força a partir das décadas de 1960 e 70. Nesse período, a atividade era praticamente voltada para a eliminação das grandes epidemias de doenças infecto-contagiosas.

A Fundação Rockefeller, convidada pelo governo republicano na década de 1920, atuou registrando em relatórios periódicos,

diagnósticos, ações e tendências do quadro sanitário local. Enfermeiras norte-americanas chegaram ao Brasil para auxiliar no processo de modernização da saúde pública brasileira. Ao identificarem a desqualificação do trabalho das visitadoras de saúde, apontaram ao governo brasileiro a necessidade de criar um centro de treinamento para enfermeiras visitadoras (MOREIRA, 1992).

Dessa forma, um curso de seis meses foi criado em caráter emergencial para as visitadoras de saúde; simultaneamente a esse processo, enfermeiras norte-americanas modificaram a denominação de “visiting nurses” para “health visitors”, como uma forma de diferenciarem-se das visitadoras de saúde, sem formação adequada para o cuidado (ROSEN, 2006).

A introdução de técnicos de saúde aos programas vêm sendo observada desde 1920, mas assume um caráter diferenciado desde a criação da SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, na década de 1970, órgão que resultou da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), da Campanha de Erradicação da Malária e da Campanha de Erradicação da Varíola.

A visita domiciliária esteve presente no contexto histórico brasileiro, assumindo características diferentes de acordo com os cenários sociais, políticos e ideológicos pelos quais perpassou. No Brasil, a figura do ACS surgiu a partir da necessidade de expansão da cobertura de assistência à saúde para áreas historicamente empobrecidas, vulneráveis e com escassez de recursos financeiros. O ACS foi idealizado como um ator capaz de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, através da execução de ações básicas de promoção em saúde e prevenção de doenças, além de facilitar a interiorização dos profissionais de nível superior (VIANA; DAL POZ, 2005).

Embora somente nos anos 1970 a atenção primária tenha alcançado visibilidade internacional, no Brasil, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, já atuava na Região Amazônica e no Vale do Rio Doce visando melhorar as condições de saúde dos trabalhadores lotados nessas áreas. As diretrizes adotadas pelo SESP embasaram aquelas que seriam adotadas posteriormente pelo PACS/PSF. A Fundação SESP foi pioneira no processo de criação de alternativas viáveis, capazes de ampliar a cobertura de atendimento a populações específicas, como a assistência ao pré natal, a puericultura e o atendimento domiciliar. As visitadoras domiciliares atuavam sob a supervisão do enfermeiro, trabalhavam com adscrição de famílias e eram responsáveis pela população residente em sua área de abrangência.

A admissão e a seleção ficava a cargo do enfermeiro e o treinamento competia à instituição contratante (SILVA, 2009).

Na década de 1970, partindo-se do referencial internacional resultante da Conferência de Alma-Ata, que preconizava a atenção primária em saúde, e, entendendo como necessária a ampliação da cobertura de saúde aos excluídos pelo modelo previdenciário, o Brasil expande o Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento (PIASS) a todo território nacional, com aumento progressivo das unidades básicas de saúde (MENDES, 2002).

No estado do Ceará, também considerado um dos precursores na inserção de ACS na atenção primária, ocorre uma das primeiras experiências em grande escala com agentes de saúde. Segundo Ávila (2007), o trabalho teve início no ano de 1986. Em 1987 assumiu caráter oficial, após a experiência positiva demonstrada pela avaliação do Programa de Emergência, criado em decorrência de uma seca de grandes proporções que atingiu o estado do Ceará entre junho de 1987 e junho de 1988.

O Programa de Emergência de 1987, assumiu caráter inovador ao recrutar “6.000 mulheres pobres, conhecidas e respeitadas pela comunidade, remunerando-as com um salário mínimo para trabalharem como agentes de saúde” (CORREIA, 2008 p.39). Essas agentes, após serem capacitadas por um profissional de saúde, passaram a desenvolver atividades supervisionadas em atenção primária, tais como o incentivo ao aleitamento materno, orientação sobre vacinação, pré-natal, higiene e cuidado às crianças.

Assim, emergia no Ceará, em meio a uma crise aguda, na qual o objetivo primordial era a sobrevivência, a primeira experiência de trabalho com agentes de saúde. A partir de setembro de 1988, após o término do período climático mais crítico e a dissolução do status emergencial do programa, o governo do estado decide institucionalizar o agente de saúde por meio de um novo programa, o Programa Agentes de Saúde, criado pelo Decreto no 19.945, de janeiro de 1989, e regulamentado posteriormente pela Portaria no 232/92 e Decreto no 23.079 de fevereiro de 1994 (ÁVILA, 2007).

Assim, ACS passaram a atuar em 45 municípios do interior do estado, visando “melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria saúde.” Esse trabalho era desenvolvido através de visitas domiciliares regulares às famílias sob responsabilidade do ACS, sendo cada agente responsável por 50 a 100 famílias na área rural, e por 150 a 250 famílias nas áreas urbanas (SILVA; DALMASO, 2002, p.47).

O programa tinha como objetivo central fomentar a capacidade da comunidade em promover o autocuidado e expressava a expectativa de reduzir a mortalidade materna e infantil, bem como os óbitos resultantes da desidratação e da diarreia, através de ações básicas de saúde e orientação sobre cuidados de higiene e incentivo ao aleitamento materno (SILVA, 2001).

Para que fosse garantido o vínculo e a aproximação com a população, os agentes não poderiam ser contratados mediante um concurso público convencional, mas sim, eleitos pela comunidade local. Os agentes deveriam ainda, trabalhar de maneira integrada com outros membros da comunidade que tradicionalmente executam ações de saúde, como parteiras leigas e curandeiros locais (SILVA, 2001).

A presença dos agentes nas comunidades, demonstrando compromisso em suas atividades, proporcionando uma melhoria nos indicadores como cobertura vacinal, controle de câncer cérvico-uterino, redução de doenças preveníveis por imunização, queda da mortalidade infantil por diarreia, foram muito importantes para assegurar a confiança da população e para garantir a continuidade do programa e sua consequente expansão nacional: o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, a cargo do Ministério da Saúde.

Dessa forma, em 1991, o Ministério da Saúde propõe o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), implantado, inicialmente, na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, objetivando a redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2005).

Para o Ministério da Saúde, o PACS também funcionou como uma ferramenta no processo de municipalização da saúde e de consolidação do próprio SUS, através da exigência de requisitos mínimos para a implantação do programa (BRASIL, 1994). Para Viana e Dal Poz (2005) o PACS foi idealizado como um instrumento de promoção à saúde, mas também, para servir de apoio à consolidação do SUS, uma vez que propunha a organização municipal dos serviços básicos de saúde. Para aderir ao programa, e consequentemente receber as verbas vinculadas a ele, os municípios deveriam cumprir requisitos mínimos para sua implantação, como o funcionamento de conselhos municipais de saúde, a existência de unidade básica de referência para o programa e de um fundo municipal de saúde.

A experiência positiva do PACS, evidenciada pela atuação do ACS junto as famílias e à comunidade, impulsionou a discussão de uma estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente no país, objetivando reorganizar a prática da atenção primária à saúde (APS) e

reestruturar o sistema público de saúde: o Programa de Saúde da Família. Assim, o PACS pode ser entendido como um instrumento transitório para a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que teve início em 1994 (CAMPOS, 2006).

O PSF foi concebido a partir de uma reunião nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família. Das discussões, emergiu a proposta de priorizar o PSF como estratégia de municipalização da saúde e de reorganização do SUS (VIANA; DAL POZ, 2005). Com o PSF, a família, inserida em sua comunidade, passou a ser o foco de atenção, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, desse modo, possibilitando um planejamento de intervenções de acordo com a realidade local (CAMPOS, 2006).

A fim de atender às novas expectativas impostas ao PSF, um novo ator foi adicionado às equipes multiprofissionais. Além do médico, do enfermeiro e dos auxiliares ou técnicos de enfermagem, o ACS passou a integrar as equipes saúde da família, sendo idealizado pelo programa, como “elo entre a comunidade e o sistema de saúde”. Galavote (2007), reforça que essa inserção fundamentou-se na representação de vínculo entre serviço e comunidade, sendo o ACS, muitas vezes, um agente que desempenha o papel de mediador das tensões existentes entre a população e o centro de saúde.

Contudo, apesar da importância atribuída pelo Ministério da Saúde ao ACS desde os tempos do PACS, e até mesmo antes dele, é somente em 2002 que ocorre o reconhecimento oficial de sua profissão, através da Lei 10.507, de 10 de julho de 2002. É criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, quase 10 anos após a instituição do PACS como programa de saúde pública. Atualmente, a legislação que regulamenta a profissão de ACS é a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.

Segundo a legislação vigente, o ACS exerce suas atividades exclusivamente no âmbito do SUS. Sua profissão caracteriza-se por atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde através de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural 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, 2006b).

Até então, o exercício da atividade profissional de ACS era somente regido pela Portaria nº. 1.886/1997 e pelo Decreto nº. 3.189/1999.

A partir do reconhecimento legal da profissão, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação edita em 2004 “O Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”. O documento foi baseado na Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº. 1.886/1997, que estabelece suas atribuições e do Decreto Federal nº. 3.189/99, que fixa diretrizes para o exercício de suas atividades (BRASIL, 2004).

Entretanto, Correia (2008) aponta as fragilidades que permeiam a trajetória profissional do ACS. Apesar das transformações empreendidas após a regulamentação legal da profissão de ACS e das publicações que propõem a sua formação profissional, o ACS permanece exercendo sua prática de maneira conservadora e repetitiva. O fazer do ACS segue uma ordem determinada pela equipe técnica, limitando-se a reproduzir ações elaboradas por outros atores. A alienação produzida por esta praxis reiterativa incide diretamente sobre o potencial transformador de seu trabalho. Com efeito, os resultados da reprodução das ações determinadas pela equipe, são a vulnerabilidade e o sofrimento no trabalho do ACS.

Atualmente, as atribuições do agente ACS definidas pela PNAB/2006 são:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as

finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - 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, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002. (BRASIL, 2006a, p.43-44)

De acordo com as informações consultadas na base de dados do Ministério da Saúde, em março de 2009, os ACS já atuam em 5316, perfazendo 95,5% dos municípios brasileiros. O contingente de profissionais ACS alcançam a soma de 227.722 trabalhadores, que representam uma cobertura populacional de 59,6%, ou seja, dos 189.681.859 habitantes, 113.050.407 já são atendidos por ACS (BRASIL, 2009a).

Em Santa Catarina, os ACS já atuam em 290 municípios do estado, representando um percentual de 99,0% de cidades atendidas. Em termos populacionais, 4.781.267 dos 6.052.587 habitantes catarinenses são assistidos por este profissional, perfazendo um total de 79% de cobertura populacional. O número de ACS que atuam neste território já atinge o montante de 9350 trabalhadores, distribuídos nas 1283 equipes em vigência no estado (BRASIL, 2009c)

## 2.2 EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família é uma proposta do Ministério da Saúde que visa a implementação do Sistema Único de Saúde e a reorganização da Atenção Básica no Brasil, alternativa ao modelo assistencial caracterizado pela fragmentação da assistência, orientado para a dimensão biológica do corpo e por condutas medicalizantes, centradas unicamente na figura do médico. Nela, o trabalho de equipe se propõe como uma estratégia que visa a reorientação do atual modelo de assistência em saúde vigente no país (BRASIL, 2006a).

As equipes saúde da família são caracterizadas por sua composição multiprofissional. Seus integrantes pertencem a categorias profissionais distintas, buscando integrar diferentes saberes e práticas, na perspectiva de uma abordagem integral em saúde. Partindo desse pressuposto, a PNAB prevê, como composição mínima de equipes da ESF, a atuação de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2006a)

A PNAB também define as características e responsabilidades das equipes saúde da família, apresentando um rol de atividades pertinentes ao trabalho desta junto à comunidade assistida. Sendo assim, é função da equipe, realizar e atualizar o cadastramento das famílias e dos indivíduos de sua área de abrangência e proceder a análise da situação de saúde de sua população adscrita, considerando características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. De posse dessas informações, constrói o diagnóstico, programa e implementa suas atividades, seguindo critérios de risco à saúde, priorizando a solução dos problemas mais frequentes e a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias (BRASIL, 2006a).

As equipes da ESF devem, ainda, valorizar os diversos saberes e práticas populares, integrando-os às suas práticas cotidianas, além de estimular a participação da comunidade no controle social, procurando desenvolver uma abordagem integral e resolutiva através da criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito (BRASIL, 2006a).

Assim, o desafio que se impõe às equipes de saúde, no sentido de proporcionar uma assistência integral à saúde da comunidade assistida, é

o próprio trabalho em equipe, que deve ser capaz de permitir que cada um de seus integrantes exerça seu papel com excelência e autonomia.

Entretanto, as equipes de saúde ainda enfrentam as dificuldades relativas ao processo de trabalho e à construção de um espaço pautado pela atuação interdisciplinar, na forma de trabalho em equipe. Para Cardoso (2002 p. 2) a equipe de saúde multiprofissional “não se constitui apenas em função da objetividade dos diversos saberes científicos, mas também a partir do encontro das várias subjetividades das pessoas que a compõem.”

[...] é a partir desses encontros que o trabalho coletivo se desenvolve. E também as simpatias, as antipatias, os conflitos, as alianças, as dificuldades de comunicação, as resistências... É na interseção dessas perspectivas – a profissional e a interpessoal – que as dificuldades começam a surgir (CARDOSO, 2002, p.2).

Para Fortuna et al. (2005) o trabalho em equipe não acontece apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde. É preciso integração e valorização dos diferentes saberes e das distintas práticas. Contudo, diferentes relações de poder vêm se estabelecendo no seio das equipes e, algumas profissões, como é o caso da categoria médica, foram adquirindo poder durante a história. Essa estrutura de poder tende a perpetuar-se e a reproduzir-se na divisão técnica e social do trabalho, ficando estabelecido, de certa forma, que quem "sabe mais", pode mais e manda mais nos que "sabem menos" e, por isso, devem obedecer.” Desse modo, o médico detém o poder dentro da equipe, o enfermeiro, por sua vez, disputa poder com o médico e luta pelo controle dos demais trabalhadores, estabelecendo assim, uma estrutura hierárquica nas relações das equipes (FORTUNA et al., 2005).

Nesse sentido, Peduzzi (2001), aponta que, para relações hierarquizadas e subordinadas existirem de fato, todos na equipe devem partilhar do mesmo referencial teórico no entendimento do processo de saúde e doença, in casu, o valor atribuído ao saber biomédico.

Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a

assistência médica individual. Assim, a reiteração das relações de subordinação pode ser compreendida considerando-se a tendência dos sujeitos de reiterar as práticas sociais de seu tempo histórico, e a alienação do agente de sua própria capacidade de ser sujeito no sentido de posicionar-se diante das situações e tomar decisões, ciente das regras e dos valores que fundamentam os consensos (PEDUZZI, 2001, p. 107).

A autora também indica a contribuição da divisão técnica e social do trabalho nas assimetrias persistentes nas relações de trabalho entre os diferentes profissionais que compõem uma equipe de saúde. Para Peduzzi (2001), toda divisão técnica reproduz em seu interior relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos.

Gonçalves-Mendes (1994), ao estudar o conceito de processo de trabalho em saúde, a partir da análise do processo de trabalho médico, em particular, aplicando a teoria marxista do trabalho ao campo da saúde, refere que, todo trabalho desempenhado coletivamente, através da divisão de funções pressupõe a existência de um profissional que se responsabilize pelo grupo e faça com que ele se mova em direção aos objetivos definidos para a obtenção de seu produto de trabalho. Quando a divisão do trabalho corresponde, simultaneamente à divisão da sociedade em classes e à sua reprodução, àquela função exercida pelo trabalhador responsável pela equipe, assume caráter técnico, e, igualmente social. Dessa forma, em modelos polarizados de equipe, é possível distinguir uma função de controle, associada à reprodução social, e outra de supervisão, associada à dimensão técnica.

Trabalhar em equipe requer rever poderes, desocultar os poderes, olhar se sua disputa não está incoerente com a direcionalidade do trabalho: no caso do PSF, a democratização e a construção de trabalhadores e usuários cidadãos Fortuna et al., (2005 p. 268).

Diferenças como essas, ainda vigoram no seio das equipes saúde da família. Disputas de poder e assimetrias decorrentes da hierarquização delineada pelo saber biomédico e pela divisão social do trabalho são as grandes responsáveis pela desestruturação do trabalho

em equipe e constituem-se como uma importante barreira a ser superada em direção à efetiva consolidação do trabalho coletivo.

## 2.3 RELAÇÕES DE PODER A PARTIR DO MODELO ESTABELECIDOS E OUTSIDERS

Elias e Scotson (2000) apresentam nesta obra, uma sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Para os autores, o estudo deste povoado e alguns de seus problemas assume caráter paradigmático, uma vez que lança luz sobre problemas comumente encontrados, em escala muito maior, na sociedade como um todo.

Em Winston Parva existia uma clara divisão entre os habitantes estabelecidos desde longa data no local e um grupo mais novo de moradores, sendo estes tratados pelos primeiros como outsiders. Os dois grupos de moradores não se diferenciam quanto a seu tipo de ocupação, religião, educação, nacionalidade, classe social, cor, raça, mas, tão somente ao tempo de residência na comunidade.

O grupo estabelecido estigmatizava os outsiders, tratando-os como pessoas de valor inferior, carentes de virtudes. Dessa forma, consideravam-se dotados de virtudes humanas superiores e recusavam-se a manter qualquer forma de contato social com eles, exceto o exigido pelas relações de trabalho.

Assim, os indivíduos que se concebem como superiores podem fazer com que os próprios outsiders se considerem humanamente inferiores. No decorrer do tempo, os outsiders passavam a aceitar a condição a eles imposta, em um misto de resignação e perplexidade, reconhecendo-se como um grupo com virtudes inferiores e de menor respeitabilidade.

O grupo estabelecido, a partir de antiguidade da associação entre seus membros, criou um grau de coesão grupal que culminava com a identidade coletiva e à euforia gratificante pelo pertencimento à uma classe com “valor superior”. Em decorrência de sua sólida relação, o grupo estabelecido reservava para os seus membros, cargos importantes como a direção do conselho, da escola e do clube, deles excluindo os moradores da outra área.

Assim, a exclusão e a estigmatização dos outsiders pelo grupo estabelecido reafirmava sua superioridade. Todos os integrantes concordavam que os seus vizinhos de bairro pertenciam a uma espécie inferior.

A condição chave nesse processo é o equilíbrio instável de poder. Um grupo somente estigmatiza outro, com eficácia e segurança, quando encontra-se bem instalado em posições estratégicas de poder, postos que não encontram-se ao alcance dos excluídos. E porque os outsiders aceitam calados essa condição? A pergunta encontra resposta justamente no estigma social imposto aos outsiders pelo grupo estabelecido. É através da estigmatização que a auto-imagem do grupo se distorce, o enfraquecendo e desarmando, impossibilitando assim sua coesão. A estigmatização surte efeitos paralisantes nos grupos de menor poder.

Os autores ainda apontam o prejuízo intelectual e afetivo daqueles que crescem sob esse estigma como consequências decorrentes do processo de exclusão.

Por outro lado, no grupo estabelecido, seus integrantes submetem-se às suas regras, pagando o preço por sua participação na superioridade do grupo e nos benefícios que dela decorrem.

O modelo estabelecidos e outsiders, define-se na relação que nega e que constitui as identidades sociais. Nele, os indivíduos que fazem parte dos diferentes grupos, encontram-se divididos, muito embora, ao mesmo tempo, estejam unidos por uma relação de interdependência grupal, pois, para existirem, necessitam da sua mútua existência. A superioridade social e moral, assim como o pertencimento e a exclusão são elementos da sociedade que exemplificam as relações de poder delineadas entre estabelecidos e outsiders. Para os autores, o modelo por eles construído permite a apreensão de fenômenos sociais e relações de poder, através da análise, a crítica e a reformulação de questões contemporâneas como exclusão social e violência social.

## 2.4 O PROCESSO DECISÓRIO E SEUS ASPECTOS CONCEITUAIS E PRÁTICOS

Diariamente, pessoas tomam decisões. Esse processo é contínuo e amplo, envolvendo situações do cotidiano, do trabalho e das subjetividades de todos os seres humanos, independente da posição que ocupem na sociedade. Pessoas decidem sem parar, de forma intuitiva ou avaliando riscos e benefícios, através de aspectos que consideram a experiência individual, os preconceitos e os valores pessoais (LACOMBE, 2006).

A tomada de decisão é uma atividade crucial no desempenho positivo de empresas privadas ou estabelecimentos públicos, inclusive na área da saúde. Sua influência é sentida em toda a estrutura organizacional, uma vez que dela derivam as ações capazes de alcançar as metas e objetivos propostos pelas instituições.

Para a Teoria Clássica da Administração, a tomada de decisão deve basear-se em um processo de seleção e escolha que conduza àquela alternativa que seja considerada ótima para a organização. Assim, Chiavenato (2000), conceitua o processo decisório como uma análise, a partir das possibilidades disponíveis, seguida de uma escolha, que represente os objetivos da empresa.

Simon, (1965), propôs-se a inovar a Teoria Clássica, que considera os empregados como instrumentos, trazendo à tona, elementos até então desconsiderados no processo decisório clássico. Para o autor, a seleção de alternativas que compõem a tomada de decisão deve estar pautada por um conjunto de ações e comportamentos que irão conduzir à opção mais satisfatória aos interesses dos decisores, e não aquela considerada ótima para a organização. Ainda, para o autor, o objetivo de uma empresa está indiretamente vinculado aos objetivos pessoais dos sujeitos que compõem o grupo. Entretanto, o poder de decisão, normalmente centralizado pelos gerentes e supervisores, é que difere o valor da participação de cada um de seus atores na definição dos objetivos de uma instituição (SIMON, 1965).

Muitas são as formas de estruturação e sistematização do processo decisório. Lacombe (2006) relata que a primeira tentativa de formular etapas para o processo decisório deve-se a John Dewey, que identificou três questões que precisam ser respondidas para a tomada de decisão: Qual o problema? Quais são as alternativas? Qual a melhor alternativa?

Chiavenato (2000), aponta a existência de quatro etapas fundamentais no processo decisório, descritas como: definição e diagnóstico do problema, onde são obtidos os dados e fatos sobre a situação, suas causas, sua definição e seu diagnóstico; procura de soluções alternativas mais promissoras, onde se buscam os cursos alternativos de ações entendidas como as mais promissoras para a satisfação da necessidade ou para a solução do problema em questão; análise e comparação das alternativas de solução, onde são analisadas as alternativas elencadas na fase anterior, tendo em vista seus benefícios, riscos e as conseqüências de sua escolha; seleção e escolha da melhor alternativa como um plano de ação, envolve a escolha da alternativa, abandonando os demais cursos alternativos.

Na tentativa de descrever os fatores que afetam as decisões na vida real, Herbert Simon propõe a teoria da racionalidade limitada, onde mostra que os decisores enfrentam dificuldades que variam desde, informações inadequadas, falta de tempo para coleta de dados, percepções distorcidas da realidade, e, até mesmo, limitações pessoais ou condições impostas, como dificuldades em recordar muitas informações, déficit de inteligência ou restrição de autonomia (SIMON, 1965).

Assim, características subjetivas influenciam aqueles que tomam decisões, uma vez que essas pessoas possuem uma história, um passado com vícios e preconceitos, conscientes ou não, que influenciam diretamente na avaliação das alternativas disponíveis para a resolução de problemas. Desse modo, mecanismos de defesa, atuam em todos os estágios da solução de problemas, podendo bloquear ou distorcer a análise da situação e a avaliação das conseqüências. Muitas vezes fatos ameaçadores e desagradáveis são negados ou ignorados, influenciando até na percepção da informação e assim, no diagnóstico do problema. Apesar das influências psicológicas, a informação é o substrato mais importante para as decisões. Até mesmo os processos psicológicos da pessoa que está tomando a decisão são oriundos de informações passadas, reinterpretadas de alguma forma, conscientes ou não (LACOMBE, 2006).

Segundo Reis (1999), na abordagem política, as organizações são compostas por um conjunto de jogadores, que competem individualmente ou associados em grupos, a partir de interesses e objetivos próprios, controlando recursos indispensáveis à tomada de decisão, tais como: autoridade, status, recursos, idéias e informações. Na perspectiva política, as organizações são entendidas como estruturas de poder e assim, os objetivos coletivos, são na verdade, objetivos pessoais, que partem dos que têm poder suficiente para impor sua preferência aos outros. Nesse sentido, o processo decisório pode ser comparado a uma transação, onde existem os que alcançam êxito nas negociações, e aqueles que saem derrotados.

Desse modo, a instituição que se organiza nessa perspectiva, traz em seu bojo, diferentes grupos de interesse que vêm no processo decisório, uma estratégia de constante negociação, a fim de manter, reforçar ou modificar a coalizão de poder. Partindo-se desta estrutura organizacional, as informações necessárias à tomadas de decisões não são coletadas apenas com o intuito de servirem de base à solução racional dos problemas, mas também se prestam aos interesses da

coalizão de poder. São elementos do processo político, o poder, a influência, as alianças e o conflito (REIS, 1999).

No processo de tomada de decisão, é importante dispor de dados, informações e conhecimento. Esses elementos, muitas vezes, encontram-se dispersos, fragmentados e armazenados na cabeça dos indivíduos e sofrem interferência de suas subjetividades. Por esse motivo, a comunicação e o trabalho em equipe são ferramentas importantes na resolução de algumas das dificuldades essenciais no processo de tomada de decisão. Através da comunicação, procura-se buscar o consenso que permitirá prevêr a adequação dos planos individuais de ação a partir do debate, e não da imposição ou da manipulação (ANGELONI, 2003).

Nesse sentido, o trabalho em equipe e a tomada de decisão coletiva produz resultados mais qualificados, aumenta o conhecimento acerca da situação a ser decidida, ameniza a desagregação de informações e de conhecimento, bem como reduz a possibilidade de distorções da realidade, que acompanham uma visão individualizada do problema.

Reis (1999), reforça a importância de uma visão integrada, tendo em vista que os fatores integrantes do processo decisório devem ser considerados como um conjunto indissociável, uma vez que as relações existentes entre eles formam estruturas interagentes.

## 2.5 CONFLITOS ÉTICOS

Nas relações cotidianas entre as pessoas, surgem problemas morais, que se apresentam tanto nas relações efetivas e reais entre os indivíduos, como nos julgamentos acerca de decisões e posturas por eles adotadas. Para tanto, a solução dessa situação não está circunscrita à pessoa que os propõe, mas também a outras pessoas que sofrerão as consequências da sua decisão, como indivíduos, grupos sociais ou a nação (VASQUEZ, 2008).

Nessas situações, os indivíduos se defrontam com a necessidade de pautar o seu comportamento por normas vistas como as mais apropriadas, reconhecendo-as como obrigatórias e norteadoras de suas escolhas, decisões, e ações individuais. Assim, o homem age moralmente, evidenciando vários traços característicos, que o diferenciam das outras pessoas e de suas condutas. Sobre o comportamento adotado, resultado de uma decisão refletida, outros

sujeitos julgam o posicionamento escolhido, de acordo também com normas estabelecidas, formulando assim, juízos de valor (VASQUEZ, 2008).

Assim, diante de problemas morais, o homem recorre às normas, tanto para solucioná-los, como para julgá-los. O comportamento prático-moral está sujeito a variações de época ou de sociedade, dependendo diretamente das escolhas morais vigentes. Tudo isso acontece no plano concreto, onde os homens não só agem moralmente frente a determinados problemas nas suas relações mútuas, como, ao mesmo tempo, julgam ou avaliam as decisões e atos, suas e dos demais.

Quando os homens refletem sobre o comportamento prático e o tomam como objeto da sua reflexão e de seu pensamento, dá-se a passagem do plano prático-moral para o teórico-moral, inserindo-se assim na esfera dos problemas éticos (VASQUEZ, 2008).

Será inútil recorrer à ética com a esperança de encontrar nela uma norma de ação para cada situação concreta. A ética poderá dizer-lhe, em geral, o que é um comportamento pautado por normas, ou em que consiste o fim visado pelo comportamento moral, do qual faz parte o procedimento do indivíduo ou o de todos. O problema do que fazer em cada situação concreta é um problema prático-moral e não-teórico ético. Ao contrário, definir o que é o bom não é um problema moral cuja solução caiba ao indivíduo em cada caso particular, mas um problema geral de caráter teórico, de competência do investigador da moral, ou seja, do ético (VASQUEZ, 2008 p. 17)

Aristóteles, ao estudar teoricamente o sentido de ser bom, não objetivava definir as condutas de cada indivíduo no plano concreto, muito embora, a teoria possa influenciar no comportamento moral prático. Assim, problemas éticos caracterizam-se por sua generalidade e isto os distingue dos problemas morais da vida cotidiana em situações concretas. Muitas teorias procuram definir o bom, assim, as respostas variam, evidentemente de uma teoria para outra. (VASQUEZ, 2008).

O problema da essência do ato moral nos remete a responsabilidade. É impossível falar em comportamento moral, quando o sujeito em questão não é responsável por seus atos, não é

livre para escolher entre duas ou mais alternativas e agir, portanto, de acordo com a decisão tomada. A liberdade de vontade é inseparável da responsabilidade. Decidir e agir numa situação concreta é um problema prático-moral; mas investigar o modo pelo qual se relaciona com liberdade e com o determinismo ao qual os nossos atos estão sujeitos é um problema teórico, cujo estudo é de competência da ética (VASQUEZ, 2008, p.19)

Assim, considerando que a ética se ocupa, fundamentalmente, da reflexão sobre ações do ser humano e busca articulação para a tomada de decisões, a seleção de alternativas, baseadas em conhecimento, razão, sentimentos, vivências, etc, pode ou não, gerar dilemas ou conflitos éticos, onde os sujeitos estarão frente a duas opções: ou fomentam o processo decisório ético ou o retardam.

Cumprе destacar a diferença conceitual entre dilema e conflito ético. Para Goldim (2010), dilemas são situações reais que ocorrem “quando duas abordagens são possíveis e defensáveis tecnicamente, existindo dúvidas quanto a adequação moral de cada escolha.” Para o autor, muitas vezes ocorrem falsos dilemas, pois as situações propostas não são equivalentes ou por que existem outras possibilidades, além das duas colocadas em discussão.

Lima et al (2009) referem que o dilema ético acontece quando existe uma situação que implique, necessariamente, na escolha entre duas alternativas opostas. No problema ético, existe uma gama de alternativas disponíveis para a escolha.

O dilema é uma situação excepcional, menos frequente, diferentemente dos problemas, comuns à vida diária. Muitas vezes, no intuito de simplificar os problemas, estes são transformados em dilemas, trazendo consequências indesejáveis, uma vez que as alternativas neste caso são extremas e, em ética, a decisão ótima sempre ocupa posição intermediária e não extrema. Na Atenção Básica, os problemas éticos são mais frequentes, compreendidos como aspectos, conflitos, questões ou implicações éticas de situações comuns da prática cotidiana da atenção à saúde, não se configurando, necessariamente, em um dilema (LIMA et al, 2009).

Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, um dilema é um “raciocínio que parte de premissas contraditórias e mutuamente excludentes, mas que paradoxalmente terminam por fundamentar uma mesma conclusão.”

De acordo com o Abbagnano (2007), conflito pode ser definido como contradição, oposição ou luta de princípios. A divergência ocorre sempre entre duas ou mais opções.

O termo conflito pode significar contestações, competições, disputas e tensões, bem como colisões entre forças sociais. Ao conceito de geral conflito, não se atribui o grau de intensidade ou a violência das relações causadas pela diferença de objetivos. Dessa forma, o conflito pode assumir a forma de uma guerra civil, de um debate parlamentar ou de uma negociação pacífica (DAHRENDORF, 1959).

A centralidade da solução não-violenta de conflitos e da noção de cuidado leva a que se veja as pessoas envolvidas em um conflito ético não como adversários numa pendência de direitos, mas partícipes interdependentes de uma rede de relacionamentos cuja continuidade resulta essencial para a manutenção da vida de todos. Assim, a solução do estado conflituoso consiste em ativar esta rede de relações pela comunicação cooperativa e não competitiva, visando a inclusão de todos mediante o fortalecimento em vez do rompimento das conexões. Os conflitos éticos são problemas que envolvem as relações humanas e ao traçar uma ética do cuidado [explora-se os] fundamentos psicológicos dos relacionamentos não violentos (FORTES e ZOBOLI, 2004, p. 33).

O conflito aparece sempre que os interesses colidem e, nesse sentido, pode figurar como uma das variáveis de poder existentes no interior das organizações, influenciando sobremaneira no processo de decisão dos sujeitos envolvidos nesse processo.

Para Berlinguer (2004), a origem dos conflitos éticos encontra-se justamente na diversidade do conhecimento associada ao desequilíbrio de poder. Esse poder se exprime por meio da corporeidade e da dignidade humanas, condicionando-as e pondo-as em risco. A autonomia e a liberdade são valores fundamentais, imprescindíveis para a tomada de decisão e para a garantia de escolhas livres. Assim, para o autor, a análise bioética deve partir sempre do valor da liberdade, reconhecendo a existência de fatores que impedem, obstam, penalizam ou desencorajam as escolhas livres.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo empírico, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, que buscou discutir os conflitos éticos envolvidos no processo de tomada de decisão dos ACS em equipes saúde da família.

Segundo Triviños (1987) a pesquisa descritiva tem como foco essencial, o conhecimento de comunidades, suas características, seus problemas e seus valores. Para tanto, procura descrever os fatos e os fenômenos de uma determinada realidade.

A opção pela abordagem qualitativa, fundamenta-se então, na necessidade de uma compreensão ampliada dos significados advindos dessas características. A simples descrição de seus fatos e fenômenos não permite a exploração do objeto de estudo, bem como sua compreensão detalhada.

Para Minayo (1993), a abordagem qualitativa se presta para focalizar estudos de instituições, grupos, movimentos sociais e do conjunto de interações sociais. Sua necessidade é incontestável quando o estudo se insere no universo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, dados dificilmente mensuráveis através de médias, gráficos e estatísticas.

#### 3.2 LOCAL

A escolha do município de Florianópolis/SC como local da pesquisa ocorreu por diferentes motivos, merecendo destaque sua cobertura municipal por ACS. A cidade possui ACS em toda sua extensão territorial, fato que possibilitou qualificar as informações que serão obtidas desses sujeitos de pesquisa. Além disso, é a cidade sede do curso de mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o que oportunizou à autora assistir as aulas e participar das atividades acadêmicas, bem como permitiu uma aproximação com a realidade da capital catarinense, visto que sua experiência em ESF se restringe aos municípios do Rio Grande do Sul.

A cidade de Florianópolis conta com 49 unidades de saúde e 110.017 famílias cadastradas, dividindo-se em 5 regionais de saúde: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. Além das UBSs, o município conta com: 4 Policlínicas para atendimentos médico e odontológico especializados; 2 UPAs (Unidades de Pronto-Atendimento) que prestam atendimento 24h de urgência e emergência médica e odontológica; 2 CAPSs (Centro de Atenção Psicossocial) para atendimento de adultos e 1 CAPS para atendimento de crianças e adolescentes (FLORIANÓPOLIS, 2009).

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram ACSs e enfermeiros, trabalhadores da rede municipal de saúde da cidade de Florianópolis, SC, vinculados à ESF há pelo menos um ano. O tempo de trabalho mínimo exigido para participação no estudo foi definido considerando que a experiência laboral inferior prejudicaria a análise pretendida.

Os centros de saúde selecionados obedeceram os seguintes critérios de inclusão ao estudo: um CS representando cada uma das 5 regionais de saúde, compostas por agentes de saúde e enfermeiros que aceitassem o convite para participarem do estudo e trabalhassem há pelo menos um ano na rede, em equipes de ESF completas (segundo as orientações da PNAB/2006), com 100% de cobertura da microáreas.

Devido à impossibilidade em corresponder ao critério “equipe completa”, e “100% de cobertura das microáreas”, optou-se pela seleção de equipes com um enfermeiro e com o maior número de microáreas cobertas por agentes comunitários de saúde.

Desse modo, participaram do estudo 25 sujeitos, sendo 20 ACS e 5 enfermeiros.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados empíricos ocorreu seguindo duas etapas distintas, uma individual e outra coletiva, sendo a primeira realizada através de entrevista semi-estruturadas, e a segunda, a partir da aplicação de grupos focais. O período destinado à coleta de dados compreendeu os meses de março, abril e junho de 2010.

As entrevistas foram aplicadas aos 25 sujeitos do estudo, seguindo um roteiro estruturado (APÊNDICE A), elaborado de modo a permitir a obtenção de informações através da fala dos atores, partindo de situações hipotéticas e questões disparadoras, relacionadas à realidade vivenciada na prática cotidiana dos sujeitos envolvidos.

As duas técnicas selecionadas para a coleta de dados, baseiam-se na orientação de Minayo (1993), que aponta a associação positiva que emerge da utilização conjunta de grupos focais e entrevistas na obtenção de informações relativas ao objeto do estudo. Além disso, Gatti (2005) aponta o grupo focal como uma possibilidade de fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais através do contexto criado, permitindo assim a captação de significados, que por outros meios, dificilmente se manifestariam. Para a autora, a técnica é particularmente útil em estudos em que há diferenças de poder entre os participantes ou quando se deseja compreender diferenças e divergências, contraposições e contradições.

Permite compreender processos de construção de realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, contituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado (GATTI, 2005 p.11).

Na etapa individual, os 25 sujeitos de pesquisa, entre ACS e enfermeiros, foram entrevistados seguindo um roteiro estruturado, contendo situações hipotéticas e perguntas disparadoras. A partir da leitura dos casos, os entrevistados manifestaram seu posicionamento frente as questões abordadas no roteiro. O audio das entrevistas foi gravado, registrado e posteriormente transcrito.

A etapa coletiva, destinou-se a realização de grupos focais apenas com ACS. Cada grupo focal foi, dessa maneira, exclusivamente composto por ACS, obedecendo apenas ao critério de pertencerem a mesma equipe. Optou-se por excluir a figura do enfermeiro para proporcionar espontaneidade ao grupo, visto que a figura do enfermeiro/supervisor tenderia a inibir as manifestações dos sujeitos de pesquisa. Também seguiu um roteiro estruturado (Apêndice B),

elaborado e acordo com os mesmos critérios daquele utilizado para entrevistas individuais.

Assim, foram realizados 3 grupos focais, contando com a participação de 13, dos 20 ACS entrevistados individualmente. Foi destinado um encontro para cada grupo de ACS da mesma equipe de saúde. As entrevistas e grupos focais foram realizados em locais e horários previamente acordados com os sujeitos de pesquisa, nas dependências dos CS ou dos centros comunitários do bairro.

O pesquisador responsável por este estudo realizou, tanto a aplicação das entrevistas individuais como a moderação dos grupos focais. Todos os encontros foram registrados através de gravação de áudio que, posteriormente, foram transcritas e analisadas.

Para a apreensão dos dados, as informações oriundas das entrevistas e grupos focais foram transcritas, digitadas e distribuídas em tabelas, procedendo-se assim, a codificação. Para organizar os dados, optou-se pela identificação do tipo de informação proposta por Schatzman (PAIM; TRENTINI, 1999), que consiste em: NE (notas de entrevista – relato de informações obtidas nas entrevistas), NO (notas de observação – relato das informações obtidas nas observações), NT (notas teóricas – relato das interpretações feitas pelo pesquisador por ocasião da coleta ou durante a organização das informações) e NM (notas metodológicas – relato das estratégias utilizadas como auxílio na coleta de informações).

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento dos dados de natureza qualitativa, utilizou-se Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (1977), permitindo assim a identificação das categorias.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

As diferentes fases da análise de conteúdo se organizam em: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados, inferência e interpretação.

Dessa forma, na pré-análise as ideias iniciais foram organizadas e sistematizadas, conduzindo ao plano de análise. Nessa etapa, foram escolhidos os documentos que foram submetidos à análise, ou seja, todo o material transcrito a partir das entrevistas e grupos focais.

A primeira atividade foi a leitura flutuante, que permitiu ao pesquisador estabelecer contato com os documentos analisados. A partir desse processo, a leitura tornou-se mais precisa e emergiram as hipóteses que guiaram a escolha dos documentos que constituíram o corpus (conjunto de documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos), seguindo os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 1977).

Os resultados brutos foram codificados e tratados de maneira a obterem significado. O texto proveniente das transcrições foi disposto em uma tabela onde foi “recortado” em unidades, que foram contabilizadas, classificadas e agregadas em categorias sob um título genérico que representasse seu conteúdo. Após a categorização, foram realizadas as inferências e a interpretação dos resultados, utilizando-se da análise temática das falas dos sujeitos de pesquisa para identificar os conflitos éticos que se apresentam no processo de tomada de decisão dos ACS, resultando na seguinte categoria temática: Os estabelecidos e os outsiders.

### 3.6 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

Em relação às técnicas de coleta de dados utilizadas, tanto nas entrevistas como nos grupos focais, o tempo exigido para a coleta de dados e para transcrição das entrevistas foi considerado uma desvantagem, tendo em vista o cronograma exigido para a apresentação dos resultados. Outro fator importante, diz respeito às dificuldades em agendar horários e locais para a realização dos encontros, o que acaba por fim, aumentando o tempo dispendido nessa fase da pesquisa.

Outro elemento a ser destacado, consiste no fato de a pesquisadora ser enfermeira, profissional que na ESF é responsável pela supervisão do ACS. Se por um lado, ser enfermeira possa ter facilitado em alguns momentos, especialmente na elaboração dos casos apresentados no roteiro de entrevistas e grupos focais, por outro, pode ter inibido a participação efetiva dos entrevistados. A possível insegurança em relação ao anonimato dos participantes pode fazer com que o entrevistado retenha informações necessárias à análise que se pretende.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado em 14/12/2009, de acordo com o processo nº 471/09. Posteriormente, recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para sua execução nos Centros de Saúde definidos conforme os critérios de inclusão no estudo.

Os sujeitos de pesquisa foram convidados a participar do estudo. Sua adesão foi voluntária, e o direito de se retirarem da pesquisa em qualquer momento foi assegurado.

O estudo foi apresentado aos voluntários que aceitaram participar da pesquisa e os indivíduos foram orientados em relação aos seus objetivos e procedimentos. Após, aqueles que concordaram, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice C).

O caráter confidencial das informações foi garantido através do armazenamento do material produzido em local de acesso restrito aos pesquisadores. O anonimato foi preservado e mantido através da adoção de codinomes, evitando assim, uma possível identificação dos entrevistados. Os dados obtidos tem finalidade exclusiva para o projeto de pesquisa ao qual se vinculam. Após o término do estudo, as informações levantadas serão arquivadas e armazenadas por um período de cinco anos e, posteriormente, serão incineradas.

Os pesquisadores responsáveis comprometeram-se em fornecer o retorno dos resultados a todos os participantes do estudo.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Da análise de conteúdo, emergiram 3 categorias temáticas: Os estabelecidos e os outsiders, O discurso do risco como aporte teórico do ACS e O papel do ACS: entre o ideal, o formal e o real – um elo que se desfaz.

Entretanto, seguindo o Regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, que define a apresentação dos resultados da dissertação de mestrado sob o formato de artigo científico, optou-se por em aprofundar a discussão de uma das categorias identificadas - Os estabelecidos e os outsiders, a ser apresentada a seguir.



## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ANGELONI, Maria Terezinha. Elementos intervenientes na tomada de decisão. **Ci. Inf., Brasília**, v. 32, n. 1, p. 17-22, jan./abr, 2003.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Cienc Saúde Colet** [periódico na internet], Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_intphp?id\\_artigo=1318](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_intphp?id_artigo=1318)>. Acesso: 13 abril 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERLINGUER, Giovanni. **Questões de vida: ética, ciência e saúde**. São Paulo: APCE/Hucitec/CEBES, 1993. 218 p.

BERLINGUER, Giovanni. **Bioética cotidiana**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. 280 p.

BRASIL. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde: normas e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10507.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm). Acesso 12 abril 2009. 2002.

\_\_\_\_\_. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Lei n. 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. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20042006/2006/Lei/L11350.htm#art21](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2006/Lei/L11350.htm#art21)> Acesso 12 abril 2009. 2006b.

\_\_\_\_\_. DATASUS. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. **Apresentação de dados sobre o número de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/aagsc.def>> Acesso 28 maio 2009. 2009a.

\_\_\_\_\_. DATASUS. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. **Apresentação de dados sobre o número de Equipes de Saúde da Família no Brasil**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipesc.def>>. Acesso 28 maio 2009. 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/SAS. **Apresentação de dados sobre o número de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família em atuação no Brasil**. Competência: Março de 2009. Disponível em <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/resumo\\_por\\_uf\\_03\\_2009.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/resumo_por_uf_03_2009.pdf)>. Acesso 21 maio 2009. 2009c.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. 871 p.

CARDOSO, Carmen Lúcia. Inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.22, n.1, p. 2-9, 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração**: teoria, processo e prática. 3ª ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2000.

CONFERÊNCIA GERAL DO EPISCOPADO LATINO-AMERICANO. Documento de Puebla. **Relatório**. Puebla de los Angeles, México: Edições Paulinas, 1979.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso 02 jun 2008.

CORREIA, Emília Maria de Andrade. **Agente comunitário de saúde: a construção de um poder capturado**. 140 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CUETO, Marcos. The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. **American Journal of Public Health**. Washington, v. 94, n. 11, p.1864-74, Nov. 2004.

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, Marcos et al. (Orgs) **A saúde em debate na educação física**. v. 2. Santa Catarina: Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 46-66.

Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. [online]. Disponível em: <<http://houaiss.uol.br>>. Acesso 24 fev. 2010.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; Pereira, Luís. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124 p.

DAHRENDORF, Ralf. Toward a theory of social conflict. **Journal of conflict resolution**. v. 2 n. 2 p.170-183, 1959.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John. **Os estabelecidos e os Outsiders:** sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. 224p.

FLORIANÓPOLIS. **Perfil de Florianópolis.** Disponível em <<http://www.pmf.sc.gov.br/portal/pmf/cidade/perfildeflorianopolis/>>. Acesso 21 maio 2009, 2009.

FORTES, Paulo; ZOBOLI, Elma. Bioética e saúde pública. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2004.

FORTUNA, Cinira Magali et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13 n. 2 p. 262-8, Mar/abr, 2005.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder.** 22 ed. São Paulo: Ed Graal, 2006.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. Desvendando os Processos de Trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória. **Cienc Saude Colet** [periódico na internet] 2007. [cerca de 15 p.] Disponível em <[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1053](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1053)> Acesso: 12 abril 2009.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal em ciências sociais e humanas.** Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GOLDIM, Roberto. **Dilema.** Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/dilema.htm>> Acesso em 22/12/2010.

LACOMBE, Francisco; HEILBORN, Gilberto. **Administração:** princípios e tendências. São Paulo: Saraiva, 2006.

LIMA, Aline Camile et al. Problemas éticos na atenção básica: a visão e enfermeiros e Médicos. **Cogitare Enferm** v. 14 n. 2 p. 294-303, Abr/Jun, 2009.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliana Correia. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. 278 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 2ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.5, n. 3, Fev. 1999. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701999000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 maio 2009.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. v. 35, n. 1, p.103-109, 2001

REIS, Renata Cornélio. **A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública**: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ. 131 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Tradução: Marcos Fernandes da Silva Moreira; José Rubens de Alcântara Bonfim. 3 ed. Série Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec; Unesp, 2006. 400 p.

SANTOS, Maria Ruth. **Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora-MG**. 172 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, Joana Azevedo. **O agente comunitário de saúde do projeto qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 290 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber e o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 240 p.

SILVA, Rafaela de Oliveira Lopes. **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações do Enfermeiro**. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SIMON, Herbert. **Comportamento administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas**. Rio de Janeiro: Aliança para o Progresso, 1965. 311p.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

TRIVIÑOS, Augusto Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASQUEZ, A. S. **Ética**. 30ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma de saúde no brasil e o programa de saúde da família. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (supl), p. 225-264, 2005.



## **APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semi-estruturada com agentes comunitários de saúde e supervisores**

Como você gostaria de ser identificado nesta pesquisa:

Codinome:

Sexo:

Tempo de trabalho como ACS

Tempo de trabalho na equipe de saúde da família:

Formação:

Primeira etapa: discussão de casos

Situação1. Ana Maria é agente comunitária de saúde da Unidade de Saúde da Família Timbaúva. Ao realizar as visitas domiciliares a uma das famílias, composta por oito integrantes, identifica que um deles apresenta sinais e sintomas de Hanseníase. Quando começa a questioná-lo sobre a possibilidade da doença, percebe que o diagnóstico já havia sido feito em outro local e que, mesmo ciente dos riscos individuais e coletivos, a pessoa permanece recusando o tratamento e insiste que a sua condição de saúde mantenha-se em segredo. Ana Maria tenta convencer o paciente a procurar a unidade de saúde e a iniciar o tratamento, mas ele permanece irredutível, lembrando a todo momento que exige que a informação dada ao ACS se mantenha em segredo. Diante disso, Ana Maria decide manter a promessa de não contar a ninguém aquela situação, até que sua supervisora, a enfermeira Vera faz uma visita aquela família. Ao se deparar com um possível caso de hanseníase, a enfermeira Vera decide proceder o diagnóstico, implementar o tratamento, vacinar os contatos íntimos com uma dose da vacina BCG, notificá-lo a vigilância epidemiológica e iniciar o monitoramento através de visitas periódicas. Além disso, chama Ana Maria para sua sala para falar sobre o ocorrido e adverti-la por sua conduta.

O que você acha dessa situação?

Que problemas você vê?

Por que são problemas?

O que você acha da ação da ACS?

O que você acha da ação da supervisora?

O que você faria de diferente nessa situação?

Alguma vez você já se deparou com uma situação semelhante a essa?

Pode descrevê-la?

Situação 2. Maria José é a nova enfermeira da Unidade de Saúde da Família Coqueiros do Norte. Ao iniciar suas atividades na equipe, percebe que os ACS são responsáveis por levar medicamentos, receitas médicas e consultas agendadas às casas das pessoas que participam do grupo de hipertensos e diabéticos da unidade. Entendendo que tal atividade não faz parte das atribuições dos ACS, decide, sem discutir com a equipe, que eles deveriam encerrar essa atividade. Os ACS, acreditando que essa conduta ajuda a

população, tentam mantê-la, porém, não obtém sucesso. Assim, alguns ACS decidem por manter tal atividade, em sigilo, temerosos que, ao parar de executar tal ação, seu vínculo com estes pacientes pudesse ficar estremecido.

O que você acha dessa situação?

Que problemas você vê?

Por que são problemas?

O que você acha da ação da ACS?

O que você acha da ação da supervisora?

O que você faria de diferente nessa situação?

Alguma vez você já se deparou com uma situação semelhante a essa?

Pode descrevê-la?

Segunda etapa: perguntas diretas

Você percebe problemas no processo de trabalho em equipes de saúde da família?

Descreva como você desenvolve suas ações no dia a dia:

Quem decide o que você deve fazer (como, quando, onde)?

Quando você toma uma decisão, que elementos o auxiliam a decidir?

Como as ações do cotidiano do seu trabalho envolvem outros membros da equipe?

## **APÊNDICE B – Roteiro de grupo focal com agentes comunitários de saúde**

Apresentação dos participantes.

Moderador apresenta o tema e questiona sobre dúvidas da dinâmica a ser aplicada.

Situação 1. Paulina, agente comunitária de saúde, responsável pela microárea 1, pertencente à equipe de saúde da Família Santa Aurora, no município de Cacimbinhas do Oeste, Santa Catarina. Após realizar o cadastramento das famílias de sua responsabilidade, verifica um número elevado de adolescentes grávidas. Diante desta situação, entende ser necessário a criação de um grupo de planejamento familiar voltado a este público. Paulina, motivada pela necessidade comunitária, leva esta idéia a sua supervisora Lisete que, sem dar maiores explicações, responde negativamente a proposta da ACS, dizendo que a necessidade neste momento é a formação de um grupo de diabéticos, visando atender às metas propostas pelo Ministério da Saúde. Paulina, inconformada, tenta argumentar que, através do levantamento realizado por elas e suas colegas, o número de diabetes em sua comunidade era infinitamente inferior a quantidade de meninas grávidas. Mesmo após ouvir a opinião de Paulina, sua supervisora permanece impondo a conduta que considera ser prioritária.

Alguma vez você já se deparou com alguma situação parecida, em que você trouxe uma necessidade comunitária e seu supervisor não deu a devida importância? Em contexto isso ocorreu? Como você se sentiu?

Como você percebe a imposição de metas pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e, conseqüentemente do seu supervisor, muitas vezes desconsiderando as questões locais?

O que você acha dessa situação?

Que problemas você vê?

Por que são problemas?

O que você acha da ação da ACS?

O que você acha da ação da supervisora?

O que você faria de diferente nessa situação?

Alguma vez você já se deparou com uma situação semelhante a essa?

Pode descrevê-la?

Situação 2. Foi identificada uma pessoa com tuberculose pulmonar, já em tratamento há pelo menos 4 meses, na microárea 3, de responsabilidade da ACS Marcelina. Ao tomar conhecimento dessa situação, Marcelina, sem discutir com sua supervisora, passou a não visitar mais a família em questão, temendo que pudesse pegar a doença e passá-la para seus familiares. Toda vez que a supervisora questionava sobre o estado de saúde do paciente, Marcelina dizia que este encontrava-se muito bem, realizando o tratamento adequadamente. Ao realizar o relatório mensal, a supervisora percebe que as informações sobre o

caso de tuberculose em questão estão confusas. Dessa forma, decide realizar uma visita domiciliar, descobrindo que a ACS Marcelina nunca esteve naquela casa. Ao ser procurada pela supervisora para esclarecer o fato, Marcelina diz que tinha medo de ficar doente e de contaminar seus familiares.

Alguma vez, a falta de conhecimento sobre um tema específico prejudicou você na escolha de decisões mais adequadas?

Quando acontece uma situação de desconhecimento em relação a um tema, você tem espaço na equipe para buscar essas informações?

O que vocês acham da postura da ACS frente a essa situação? Por que vocês acham que ela agiu dessa forma?

O que você acha dessa situação?

Que problemas você vê?

Por que são problemas?

O que você acha da ação da ACS?

O que você acha da ação da supervisora?

O que você faria de diferente nessa situação?

Alguma vez você já se deparou com uma situação semelhante a essa?

Pode descrevê-la?

## **APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido**

Meu nome é Tanise Gonçalves de Freitas, sou enfermeira e mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFSC. A pesquisa que estou desenvolvendo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, tem como título: **CONFLITOS ÉTICOS DO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NO TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**. Para a realização desta pesquisa é necessário que eu aplique um questionário em agentes comunitários de saúde e seus respectivos supervisores, lotados em 5 unidades de saúde da família da rede municipal de saúde, sendo que haverá uma unidade representando cada distrito de saúde do município de Florianópolis/SC. Além disso, será realizado um grupo focal (discussão do tema proposto pela equipe em pequenos grupos de agentes, pertencentes a mesma unidade de saúde) apenas com os agentes comunitários. As entrevistas serão gravadas após consentimento do entrevistado.

O objetivo geral do estudo é discutir os conflitos éticos que se apresentam no processo de tomada de decisão do agente comunitário de saúde no cotidiano do seu trabalho junto às equipes de saúde da família a luz da bioética cotidiana. Os objetivos específicos são: Conhecer que conflitos éticos se apresentam no processo de tomada de decisão do agente comunitário de saúde no cotidiano de seu trabalho em equipes de saúde da família; conhecer como ocorre o processo de tomada de decisão por parte dos agentes comunitários de saúde no cotidiano de seu trabalho junto às equipes de saúde da família; conhecer o papel exercido pelo supervisor no processo de tomada de decisão do agente comunitário de saúde; levantar semelhanças e diferenças relativas aos conflitos éticos identificados a partir dos relatos dos sujeitos do estudo.

Os benefícios previstos relacionam-se à possibilidade de conhecer e discutir o processo de trabalho e de formação do agente comunitário de saúde na Equipe de Saúde da Família. Assim, espera-se contribuir para a melhoria no sistema de saúde e orientar políticas públicas de atenção básica para o município. Não há riscos para os sujeitos desta pesquisa.

Garantimos que a sua identidade será mantida em sigilo e as informações aqui obtidas serão tratadas de maneira confidencial e apenas utilizadas neste trabalho. Também gostaríamos de informá-lo (a) que você pode desligar-se da pesquisa a qualquer momento bastando entrar em contato com a mestranda/entrevistadora.

---

Tanise Gonçalves de Freitas  
- Mestranda/Entrevistadora -  
Fone de contato: (48) 3879-3767/9991-3929  
E-mail: tanise.freitas@yahoo.com.br

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Inez Machado Verdi  
- Pesquisadora Responsável -

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa acima citada e aceito participar da  
realização da mesma.

---

Assinatura do entrevistado  
Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

## **PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO**

“O Agente Comunitário de Saúde como “outsider” da Atenção Básica: conflitos éticos no processo decisório da equipe da Estratégia de Saúde da Família



“O Agente Comunitário de Saúde como “outsider” da Atenção Básica: conflitos éticos no processo decisório da equipe da Estratégia de Saúde da Família ”

Tanise Gonçalves de Freitas: Discente do Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública – Departamento de Saúde Pública – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Servidão Maria da Glória de Melo, 140/2. Córrego Grande. Florianópolis – SC – Brasil. 88.037-450 tanise.freitas@yahoo.com.br

Marta Verdi: Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Departamento de Saúde Pública – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) verdi@mbox1.ufsc.br

## **Resumo**

Este estudo discute os conflitos éticos que se apresentam no processo de tomada de decisão dos agentes comunitários de saúde (ACS) no seu trabalho em equipes de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, realizada na rede municipal de saúde de Florianópolis, SC, com 20 ACS e 5 enfermeiros, trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF). No processo de análise dos dados, emergiu a categoria que discute a influência das relações de poder no processo decisório da equipe de ESF. Os resultados mostram que, embora a ESF seja considerada como estratégia prioritária para a reorientação da atenção básica no Brasil, a partir da integração de diferentes práticas e valorização de distintos saberes, o modelo biomédico e a divisão social do trabalho persistem como fatores obstaculizantes a essa proposta. A relação de autoritarismo existente nas equipes e a sua divisão entre “profissionais estabelecidos” e “ACS outsiders”, revelam-se como importantes desafios no exercício ético da equipe saúde da família no Brasil.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Auxiliares de Saúde Comunitária. Bioética. Tomada de Decisões.

## **Abstract**

This study discusses the ethic conflicts that come up in the decision-making process of community health agents (CHA) in their work in family health teams. This is exploratory-descriptive research carried out

in the Municipal Health Service of Florianópolis, SC, with 20 CHAs and 5 nurses, employees of Family Health Strategy (FHS). In the data analysis process, a category emerged that discusses the influence of power relations in the decision process of the FHS team. The results show that, although the FHS is considered to be a priority strategy for the re-organization of primary care in Brazil, through the integration of different practices and the increase in value of distinct knowledge, the biomedical model and the social division of labor persist as factors which are obstacles to this proposal. An authoritarian relationship existent in these teams and their division into “established professionals” and “CHA outsiders”, have emerged as important challenges in the ethic exercise of the family health team in Brazil.

Key words: Primary Health Care. Family Health. Community Health Aides. Bioethics. Decision-making.

## **Resumen**

Este estudio discute los conflictos éticos que se presentan en el proceso de toma de decisión de los agentes comunitarios de salud (ACS) en su trabajo en equipos de salud de la familia. Se trata de una investigación exploratorio–descriptiva realizada en la red municipal de salud de la ciudad de Florianópolis, SC, con 20 ACS y 5 enfermeros, trabajadores de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). En el proceso de análisis de los datos, surgió la categoría que discute la influencia de las relaciones de poder en el proceso decisivo del equipo de ESF. Los resultados muestran que, a pesar de que la ESF sea considerada como estrategia prioritaria para la reorientación de la atención básica en Brasil, a partir de la integración de diferentes prácticas de valorización de distintos saberes, el modelo biomédico y la división social del trabajo persisten como factores obstáculo de esa propuesta. La relación de autoritarismo existente entre los equipos y su división entre “profesionales establecidos” y “ACS outsiders”, se revelen como importantes desafíos en el ejercicio ético del equipo salud de la familia en Brasil.

Palabras-clave: Atención Primaria de la Salud. Salud de la Familia. Auxiliares de Salud Comunitaria. Bioética. Toma de Decisiones.

## **Introdução**

O trabalho em equipe, proposto pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), procuram responder à necessidade de integração entre diferentes profissões e distintos saberes, entendidos como necessários à atenção integral à saúde (BRASIL, 2006). Imprescindível para o desenvolvimento de práticas de saúde orientadas a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade visa transcender o modelo biomédico a partir de um projeto assistencial integrado e participativo, que reconheça a contribuição de cada um dos atores envolvidos neste processo.

Dessa forma, o trabalho interdisciplinar e em equipe é uma ferramenta estratégica que visa superar o atual modelo de assistência, que prioriza a dimensão biológica do corpo e se caracteriza pela fragmentação do cuidado, por condutas medicalizantes, centradas no atendimento médico. A partir da integração de profissionais de diferentes formações e da valorização dos diversos saberes e práticas, a ESF propõe intervenções direcionadas a uma abordagem integral e resolutiva, na perspectiva de um cuidado ampliado, aos indivíduos, às famílias e à comunidade.

Entretanto, observa-se que muitos aspectos previstos nas diretrizes da PNAB, capazes de auxiliar na reorientação do modelo assistencial, tais como a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações, constituindo-se em um espaço de construção de cidadania, ainda não foram incorporados à prática cotidiana das equipes de ESF. Contudo, apesar da importância desses elementos, merece especial destaque, um fator fundamental para que todos os outros aconteçam: o trabalho em equipe.

Segundo Fortuna et al. (2005), o fato de existir um grupo de trabalhadores contratados para atuar na ESF e, aparentemente com um objetivo comum, não caracteriza, necessariamente, o trabalho em equipe. Neste espaço, desenvolvem-se relações de difícil compreensão, suficientemente poderosas, capazes de manter profissionais e comunidade muito distantes daquilo que pretendem realizar na ESF, como a capacidade de modificar o modelo de assistência em saúde.

Considerando que a prática centrada na figura do médico ainda é hegemônica em relação à multiprofissional, entende-se que o maior desafio que ainda se impõe à ESF é o próprio trabalho em equipe, persistindo como o primeiro objetivo a ser alcançado.

Muitos passos ainda precisam ser percorridos em direção ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Uns são destacados pela PNAB, como a valorização dos distintos saberes e a integração das diversas práticas profissionais. Outros, ainda que presentes superficialmente no documento, não expressam sua real importância na concretização desse processo. A livre manifestação decisória dos trabalhadores, assim como sua participação em todos os momentos da tomada de decisão coletiva é que transformam aquele conjunto de profissionais em uma equipe de fato. A inserção de um profissional no grupo de trabalho está diretamente relacionada à sua “capacidade” de tomar decisões livres. Sua real participação acontece quando este se reconhece e é reconhecido por seus colegas como detentor de direitos iguais, competente para o processo decisório.

Decidir é escolher entre duas ou mais alternativas. Inexistindo o dissenso, não há decisão. As decisões são tomadas com a finalidade de resolver um problema, atender a alguma necessidade incipiente ou ainda, no intuito de definir ações a fim de alcançar objetivos pré-estabelecidos (LACOMBE, 2006). Segundo Goldim (2009), as alternativas selecionadas, que servirão de base para a tomada de decisão, são produzidas a partir da percepção individual de evidências externas, posteriormente filtradas de acordo com crenças, desejos, expectativas pessoais e aspirações que podem, até mesmo, alterar as evidências inicialmente percebidas.

Nesse sentido, a equipe de ESF deveria figurar como um espaço de produção coletiva de decisões, uma vez que sua própria configuração multiprofissional traz em seu bojo diferentes percepções individuais acerca de problemas e necessidades do grupo e da comunidade por ele assistida. Essas percepções precisam, necessariamente, ser compartilhadas e discutidas entre todos os atores envolvidos nesse processo. No entanto, o que ocorre na prática é justamente o contrário. As decisões permanecem unilaterais, mesmo em um modelo de atenção ancorado no trabalho em equipe, na co-responsabilização e no vínculo com as famílias assistidas, persistem relações de poder hierarquizadas pelo saber, onde quem “sabe mais”, pode mais e manda mais nos que “sabem menos” e, por isso, podem menos e obedecem (FORTUNA et al., 2005).

Diante desse contexto, o ACS, desde sua idealização apontado como elo de ligação entre a equipe e a comunidade, interlocutor entre o saber popular e o saber científico, passa a ser o “elo mais frágil da corrente”. É um trabalhador que está construindo sua identidade pautada por uma relação desigual com a equipe e marcada pela subordinação

integral de suas ações. Seu trabalho é planejado, gerenciado, coordenado e avaliado pelos outros membros da equipe, e o porta voz autorizado para desempenhar esse papel é o enfermeiro.

Se por um lado, o Ministério da Saúde, através da PNAB, define a participação em atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe como atribuição comum a todos os profissionais, por outro, subordina integralmente as ações dos ACS ao enfermeiro. O ACS é mais um profissional da equipe que tem seu trabalho vinculado ao enfermeiro, seu supervisor direto. Cabe a ele planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, alguns estudos apontam que a persistência do modelo biomédico figura como um dos responsáveis pela hierarquização entre as profissões. Segundo Peduzzi (2001), a divisão do trabalho em saúde tem suas origens na prática médica, entendida como fundadora da técnica científica moderna na área da saúde, núcleo original do qual outros trabalhadores especializados derivam. Diferentes profissionais foram se agregando ao trabalho do médico, configurando assim um conjunto diversificado de áreas profissionais, entendidas como necessárias à implementação de um modelo que possibilite a atenção integral à saúde. No entanto, observa-se que esta configuração multiprofissional não se limita a diferenciar tecnicamente essas diferentes profissões, mas também valoriza de forma desigual seus saberes e práticas.

Para a autora, as diferenças técnicas entre os membros que compõem a equipe multiprofissional acabam por transformar-se em desigualdades sociais. A ocorrência desse fenômeno se dá justamente porque existem valores e normas sociais que disciplinam as diferenças técnicas entre essas profissões. Dessa forma, a ocorrência desses valores pressupõe que algumas profissões são superiores a outras, e, por isso, devem relacionar-se de forma hierarquizada e subordinada.

A necessidade de superação do paradigma biomédico convencional pauta-se pelo entendimento de saúde como resultado da produção social, e, por conseguinte, precisa ser construída a partir de práticas de interação participativa e pela valorização de diferentes saberes. A atual fragmentação dos saberes e das competências profissionais faz com que os sujeitos sejam separados, isolados e codificados, e, dessa forma, os serviços de saúde não tem condições de responder às necessidades da população assistida.

Práticas inter-, que significam a interação entre as diversas fronteiras do saber, acontecem não apenas entre dimensões de saberes com *status* acadêmicos, mas também com o campo expressivo da arte e

dos saberes populares. Vasconcelos (2002), aponta o “profissionalismo” como um obstáculo às práticas inter- e o descreve a partir de quatro elementos: o processo de inserção histórica na divisão social e técnica do trabalho e da constituição dos saberes enquanto estratégia de poder; o mandato social sobre um campo específico – a formalização das profissões é acompanhada pela delimitação de um saber e competência exclusivos no qual esferas dominantes da sociedade atribuem um mandato social, cristalizando um patamar próprio de divisão social e técnica do trabalho; institucionalização de organizações corporativas e , por fim, a cultura profissional – cada grupo profissional adquire junto à sociedade conjunto de valores culturais, imaginários e identidades sociais específicos.

Assim, a proposta de práticas inter- convive com a ‘sombra’ espessa de um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais e socioculturais muito fortes, que impõem barreiras profunda à troca de saberes e às práticas interprofissionais colaborativas e flexíveis (VASCONCELOS, 2002, p. 116)

Aquele papel mais atuante, reservado ao ACS pelo modelo ampliado de saúde, que valoriza os saberes e práticas desses atores e de sua comunidade, continua sendo condicionado pela lógica sistêmica que persiste ancorada ao modelo biomédico, subsistindo como um fator que obstaculiza a proposta de reorientação do modelo assistencial em saúde, permanecendo como uma barreira à efetivação de um cuidado integral à saúde.

Para compreender este fenômeno é imprescindível ter em mente o processo histórico de construção dessa realidade. Não se pode olvidar que o tradicional sistema de saúde ocidental erigiu-se sobre o pilar do paradigma biomédico. Desse modo, nada mais natural que ele assumisse o papel de moeda de poder nas relações endógenas do sistema.

Assim, o saber biomédico divide a equipe entre os profissionais de saúde e os ACS. Norbert Elias e John L. Scotson (2000), ao trabalharem as propriedades gerais de todas as relações de poder apontam duas categorias analíticas: os estabelecidos e os outsiders. As palavras *establishment* e *established* são utilizadas, na língua inglesa, como denominação àqueles indivíduos que ocupam posições de poder e prestígio na sociedade. O grupo estabelecido, (tradução do termo para a língua portuguesa), se auto percebe e é reconhecido como “mais

poderoso”, integrantes de uma “boa sociedade”, identidade que é construída a partir de uma combinação sinérgica entre tradição, autoridade e influência; seu poder advém do fato de ser um modelo moral para os outros. O termo inglês, que complementa essa relação, é outsiders, ou seja, os que estão de fora dessa “boa sociedade”, excluídos.

Contextualizando para a realidade das equipes de saúde da família, o modelo “estabelecidos-outsiders”, permite uma análise da divisão existente entre os profissionais “estabelecidos” e os trabalhadores “outsiders”. O domínio do saber biomédico é assim, o real instrumento de poder nas relações entre as diferentes categorias profissionais que formam o corpo funcional das equipes mínimas da ESF. Novamente, quem tem mais, pode mais; quem não tem, é destituído de poder, in casu, o ACS é relegado à condição de outsider.

Assim, em decorrência da configuração assimétrica das equipes, da divisão técnica e social do trabalho e da persistência do saber biomédico como único capaz de dar respostas ao processo saúde-doença, surgem conflitos éticos e contradições. A exclusão do ACS pelo próprio grupo, e, conseqüentemente, do processo decisório da equipe, a desvalorização de seus saberes e práticas, bem como a subordinação do seu trabalho, em detrimento de sua autonomia profissional e o exercício contraditório de seu papel junto à comunidade, são todas condições impostas aos ACS, assumidas sem discussão, decididas independentemente de suas escolhas.

Diante deste contexto de contradições presentes nas relações de trabalho das equipes da ESF, este estudo buscou conhecer e discutir os conflitos éticos vivenciados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) em seu processo decisório no cotidiano de seu trabalho junto às equipes saúde da família.

Deste modo, conhecer e estudar a prática desse profissional, que atua em todo território nacional, justifica-se pelo compromisso social que possuem, sendo, muitas vezes, os principais atores responsáveis no processo de reorientação das práticas no âmbito da atenção primária à saúde. Aprofundar o conhecimento acerca de seu processo de trabalho, observar seu cotidiano, procurando entender as subjetividades, aspirações e as dificuldades apresentadas por esses trabalhadores podem contribuir para a valorização deste profissional e, dessa forma, qualificar a assistência prestada às famílias e à comunidade.

## **Percurso metodológico**

Trata-se de um estudo empírico, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo.

Os sujeitos de pesquisa foram 20 agentes comunitários de saúde e 5 enfermeiros, trabalhadores da rede municipal de saúde de Florianópolis, SC. Os sujeitos de pesquisa foram selecionados a partir de seu local de trabalho, os Centros de Saúde (CS), que por sua vez foram escolhidos de acordo os seguintes critérios: um CS de cada uma das 5 regionais de saúde, compostas por agentes de saúde e enfermeiros que aceitassem o convite para participarem do estudo e trabalhassem há pelo menos um ano na rede, em equipes de ESF completas (segundo as orientações da PNAB/2006), com 100% de cobertura da microáreas.

Devido à impossibilidade em corresponder ao critério “equipe completa”, e “100% de cobertura das microáreas”, optou-se pela utilização de equipes com um enfermeiro e com o maior número de microáreas cobertas por agentes comunitários de saúde.

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas com ACS e enfermeiros; e grupos focais, apenas com os ACS. Ambas as técnicas de investigação seguiram um roteiro semi-estruturado, elaborado a partir de casos hipotéticos e perguntas disparadoras.

As entrevistas e grupos focais foram realizados em locais previamente acordados com os sujeitos de pesquisa, nas dependências dos CS ou dos centros comunitários do bairro. Dos 20 ACS entrevistados individualmente, 13 participaram dos grupos focais. As entrevistas e grupos focais foram gravados em áudio e, posteriormente transcritos. Para garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados foram utilizados codinomes escolhidos aleatoriamente pelos próprios participantes do estudo.

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), os resultados brutos foram codificados e tratados de maneira a obterem significado. O texto proveniente das transcrições das entrevistas individuais e dos grupos focais foram dispostos em uma tabela onde foi “recortado” em unidades, que foram contabilizadas, classificadas e agregadas em categorias sob um título genérico que representasse seu conteúdo. Após a categorização, foram realizadas as inferências e a interpretação dos resultados, utilizando-se da análise temática das falas dos sujeitos de pesquisa para identificar os conflitos éticos que se apresentam no processo de tomada de decisão dos ACS,

resultando na seguinte categoria temática: Os estabelecidos e os outsiders, que será discutida a seguir.

### **Processo decisório das equipes da Estratégia Saúde da Família: análise dos conflitos éticos nas relações entre “estabelecidos e outsiders”**

O agente comunitário de saúde, incorporado às equipes de saúde da família em 1994, foi idealizado como um ator capaz de promover o vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde. A partir dessa integração, entendida como chave para o desenvolvimento do trabalho em Saúde da Família, profissionais e comunidade passariam então, a construir um espaço comum, orientado pelo “exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe” (BRASIL, 2006, p.10).

Entretanto, apesar das especificidades da ESF descritas pela PNAB/2006, que prevê um processo de trabalho interdisciplinar e em equipe, que integra profissionais de diferentes formações e a valoriza os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral (BRASIL, 2006), a análise de dados deste estudo revela que ainda não foi permitido ao ACS assumir esse papel atuante que lhe é assegurado pela PNAB. Sua participação e integração às equipes, a valorização de suas competências, habilidades e saberes e o trabalho interdisciplinar proposto à ESF, permanecem sem substancial aplicação prática, como observado no depoimento a seguir.

Eu vejo que os ACS são funcionários, eles não são incluídos na equipe de saúde, a gente é mais assim, um correio... alguns pensam que a maioria não tem nem a quarta série, que fulano não sabe escrever, e quando vê a tua letra fica admirado, quando vê escrevendo alguma coisa fica admirado... (ACS Jasmin).

Observou-se, com base nos depoimentos dos entrevistados, que a condição imposta aos ACS é de subordinação e exclusão. São subordinados porque suas ações são integralmente decididas pelos demais membros da equipe ao qual se vinculam (especialmente pelos profissionais de nível superior), sem sua participação nesse processo. Suas ações são todas deliberadas por sua equipe, impostas e seguidas

sem discussão. Assim, sem autonomia e temerosos em desafiar as ordens de seus supervisores, que na concepção de todos os membros grupo, encontram-se hierarquicamente acima deles, os ACS seguem executando suas atividades de acordo com as definições de sua equipe e do que esta entende que a condição de ACS permita executar.

Segundo suas falas, além de assumir esse papel de “correio” do Centro de Saúde, destinado àqueles “que não possuem nem a quarta série”, seu trabalho se limita a coletar informações à respeito das condições de saúde-doença em que se encontram as famílias por ele assistidas. O ACS identifica situações de risco e traz ao conhecimento da equipe, para que então, os profissionais de saúde tomem as “providências necessárias”, já ilustrando a divisão existente entre a equipe de saúde e os ACS. Abaixo, segue o relato de uma das ACS durante a entrevista individual.

[...] nós estamos ali para detectar problemas, temos que levar para o posto de saúde para os nossos supervisores, para **eles** tomarem providências, **nós** não podemos fazer nada! (ACS Tulipa) Grifo nosso.

O autoritarismo enfrentado pelo ACS se reflete ainda, além da falta de autonomia profissional, em sua impossibilidade de participação no processo decisório da equipe, ou seja, em sua exclusão. As decisões são ouvidas e acatadas pelos ACS, e dessa forma, transmitidas à comunidade, que igualmente não participa. Não existe padronização entre as condutas excludentes adotadas pelos centros de saúde, embora a exclusão seja uma realidade dada.

Quando os sujeitos desta pesquisa foram questionados, durante as entrevistas individuais, sobre a participação dos ACS em reuniões de equipe, a grande maioria respondeu que todos os membros da equipe presenciavam e participavam da reunião. Os grupos focais com os ACS, revelaram que, em todas as equipes, os ACS são excluídos das decisões do grupo.

Em algumas unidades de saúde, o ACS sequer se reúne com a equipe de trabalho para ouvir as decisões, ficando o enfermeiro responsável por informá-lo a respeito das deliberações da equipe.

Na Reunião mensal, eles nos excluem dizendo que não há necessidade, entendeu? Aí a enfermeira leva o recado para a gente (ACS Dália).

Já em outras, são representados por um ACS, indicado pelos demais para presenciar o encontro, mesmo se limitando ao silêncio:

[eu vou para] entrar muda e sair calada! [...]. Eu até vou pra marcar presença só, mas pra participar... (ACS Borboleta).

Ainda existem aquelas em que todos os ACS se reúnem com a equipe, em um esforço que tenta se aproximar de uma produção coletiva de decisões. Entretanto, os ACS ainda assim, não participam da decisão:

Não, da decisão não! Só para informar sobre as coisas, o dia da marcação de consulta, o dia que abre o agendamento, essas coisas assim, administrativas. O dia de visitas domiciliares [...]. A gente sempre participa das reuniões mensais, uma vez por mês. E ali nessa reunião **eles** decidem as coisas e a **gente** tá junto! (ACS Lírio). Grifo nosso.

De acordo com a PNAB, para que a ESF seja capaz de constituir-se em um instrumento de reorientação da Atenção Básica, em caráter substitutivo à rede tradicional e transforme-se, de fato, em um espaço de construção de cidadania e de cuidado familiar ampliado, o trabalho em equipe é imprescindível. A integração entre os diferentes sujeitos visa à superação do modelo caracterizado pela fragmentação, pelo tecnicismo, centrado na doença, focado na recuperação biológica do doente, na rígida divisão do trabalho e na desigual valorização das diferentes práticas e saberes.

Contudo, observa-se a persistência de relações assimétricas nas práticas desenvolvidas pelas equipes da ESF, representada através da hierarquização desenhada a partir do domínio do saber biomédico e da divisão social do trabalho. Para Fortuna et al. (2005), relações de poder foram se estruturando historicamente no interior das equipes e algumas profissões, como é o caso da categoria médica, alcançaram estabilidade e definiram seu status de poder perante os demais.

Assim, fica estabelecido, de certa forma, que aquele que sabe mais, e, portanto, pode mais, manda naqueles que sabem menos e, por isso, obedecem. Desse modo, o médico detém o poder; o enfermeiro, por sua vez, disputa poder com o médico e luta pelo controle dos demais trabalhadores, desenhando assim a estrutura hierárquica que define os papéis e as relações na equipe. Existe uma “[...] polarização que se

estabelece entre as pessoas, dividindo-as entre as que ‘podem’ mais e as que podem menos, fazendo uma hierarquia nas relações” (FORTUNA et al., 2005, p.268).

Entretanto, para que essas relações hierarquizadas e subordinadas se concretizem de fato, é necessário que todos na equipe partilhem de um referencial teórico comum no entendimento do processo de saúde e doença, o que para Peduzzi (2001), é atribuído ao modelo biomédico.

Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual. Assim, a reiteração das relações de subordinação pode ser compreendida considerando-se a tendência dos sujeitos de reiterar as práticas sociais de seu tempo histórico, e a alienação do agente de sua própria capacidade de ser sujeito no sentido de posicionar-se diante das situações e tomar decisões, ciente das regras e dos valores que fundamentam os consensos (PEDUZZI, 2001, p.107).

Essa subordinação explorada por Peduzzi, que tem sua base de sustentação na valoração comum atribuída ao modelo biomédico, culmina com a divisão hierarquizada entre os trabalhadores a partir do domínio desse saber, e nos remete às falas dos agentes comunitários de saúde, expressadas ao longo de seus depoimentos nas entrevistas propostas por este estudo:

[...] eles tomavam atitudes sem perguntar, sem nada...sem ouvir opinião nenhuma...eles não chegavam e perguntavam ‘o que vocês acham disso?’. Eles chegavam e faziam o que eles achavam melhor, eles achavam que, como eles eram supervisores e superiores, eles mandavam e o agente obedecia (ACS Jota).

A fim de analisar essas relações de poder subsistentes na prática da Atenção Básica, tomamos emprestada a categoria de análise desenvolvida por Michel Foucault, o poder disciplinar, no intuito de

desvelar a lógica dessas relações que encontram no paradigma biomédico o fator de legitimação dos atores para o processo decisório.

Para Foucault (2006), o poder não é um objeto, uma mercadoria, algo a ser possuído como uma propriedade. O poder na verdade não existe, o que existem de fato, são relações de poder, práticas que precisam ser exercidas ou disputadas. Essas relações funcionam através de uma rede de dispositivos que não se limitam ao âmbito do Estado, nem se encontram situados em um ponto específico da estrutura social, elas estão presentes em toda sociedade. Assim, sua presença é sentida por todos e suas consequências estabelecem as relações entre a força e a resistência, entre os dominantes e os dominados, entre os estabelecidos e os outsiders.

Partindo dessa análise, o saber biomédico é um mecanismo de poder, que disciplina e permite o controle minucioso daqueles que estão sujeitos às suas forças. A equipe de saúde, ancorada pelo modelo biomédico, impõe a seus membros uma relação de docilidade-utilidade, manipulando seus elementos e produzindo comportamentos que correspondam à manutenção dessa diferença no gradiente de poder no interior de seu espaço. Dessa forma, a disciplina tem o papel de organizar, de distribuir os indivíduos de forma classificatória, de hierarquizar e de definir funções. “O poder disciplinar não destrói o indivíduo; ao contrário, ele o fabrica” (FOUCAULT, 2006, p. xx).

Para Foucault (2006), o saber e o poder estão intimamente relacionados, não existem relações de poder sem a constituição de um campo de saber, do mesmo modo que todo saber constitui novas relações de poder. Todo saber assegura o exercício do poder.

Portanto, a lógica do poder disciplinar na realidade da Atenção Básica no Brasil, pode ser entendida, da mesma forma que no hospital, que é uma instituição que não se configura apenas como um espaço destinado à cura, mas exerce também a função de produzir, acumular e transmitir saber. A equipe saúde da família caminha no mesmo sentido, elegendo o saber biomédico como o grande disciplinador das relações no universo da saúde da família. É a partir dele que a equipe se divide entre “os profissionais de saúde e os ACS”.

A persistência do modelo biomédico como paradigma hegemônico que sustenta essa divisão, exerce sua influência nas desigualdades observadas na estrutura das equipes da ESF. Entretanto, a reprodução da sociedade de classes, vislumbrada na modalidade de divisão social do trabalho, também assume sua parcela de responsabilidade neste processo.

As diferenças técnicas e de saberes entre os membros que compõem a equipe multiprofissional acabam por transmutar-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho. Assim, a “[...] equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho” (PEDUZZI, 2001, p.107). Esse fenômeno ocorre em função da existência de valores e normas sociais que disciplinam as diferenças técnicas entre essas profissões, significando assim, que algumas profissões são “superiores” a outras, e, portanto, devem se relacionar de forma hierarquizada e subordinada.

[...] os inúmeros trabalhos auxiliares que vão se incorporando à produção dos serviços médicos correspondem, de um lado, à ampliação do campo da medicina, mas também correspondem, de outro lado, ao processo contínuo de divisão das funções do trabalho, que não pode ser tomado apenas como contrapartida técnica daquela ampliação, mas exprime seu significado mais profundo na reprodução da divisão do trabalho intelectual/trabalho manual no seio do trabalho médico. Todo o trabalho direto de assistência ao doente comporta inúmeras funções manuais e são essas as primeiras a se separarem subordinadamente do trabalho médico, constituindo a enfermagem (GONÇALVES apud MELO, 1986, p.41)

Essa divisão social do trabalho se estabelecia entre os religiosos e leigos que formavam o pessoal da enfermagem. Embora ambos os grupos não apresentassem formação técnica alguma, a separação acontecia seguindo critérios puramente sociais. De um lado, religiosas exerciam funções administrativas e gerenciais; e de outro, leigos voluntários, oriundos de classes sociais consideradas inferiores ou subalternas, desempenhavam atividades manuais de menor importância (MELO, 1986).

Nas equipes da ESF, a divisão social do trabalho separa aqueles que trabalham, quase que exclusivamente, apenas no espaço físico da unidade de saúde, daqueles que trabalham praticamente fora dele. Quem desenvolve suas atividades no centro de saúde é o trabalhador detentor do saber biomédico, suas ações estão socialmente legitimadas e valorizadas, ele é um “profissional de saúde”, é autônomo, pode residir

em qualquer lugar. Os ACS, necessariamente moradores do bairro de atuação da ESF ao qual se vinculam, não possuem formação específica na área da saúde, seu conhecimento, por ser “popular”, limita sua atuação ao espaço externo, desempenhando atividades que nenhum outro profissional deseja realizar, socialmente consideradas inferiores, subalternas ou de menor importância.

[...] eu vejo que nós vamos lá e nós participamos da família, dos acontecimentos, do sofrimento, das alegrias, de tudo a gente participa, de tudo a gente faz parte. O médico não, ele vai lá porque ele é obrigado a ir, eles visitam porque são obrigados a ir. [Em um convite ao médico para realizar uma VD para uma paciente obesa] eu disse [...] que a gente vai ter que fazer visita lá que ela não tem condições de vir, ele disse, ah, diz pra ela vir rolando... bem assim! (ACS Verde2).

Com base no critério de poder/saber, não atendido pelo ACS, única categoria à qual não é exigida a formação “biomédica”, e da divisão social do trabalho, que os demais membros da equipe da ESF acabam por, na prática, excluí-los do processo decisório. Percebe-se aí, as consequências fáticas dessa lógica legitimadora, que atribui competência ou desautoriza seu exercício.

Nesse sentido, as relações de poder delineadas pela prática das equipes de ESF e apontadas por este estudo, também encontram respostas no par estabelecidos-outsiders, discutido por Elias e Scotson (2000). O modelo “estabelecidos-outsiders” permite uma análise da divisão existente entre os profissionais “estabelecidos” e os trabalhadores “outsiders”. Fatores como a superioridade social e moral, auto-percepção e reconhecimento, pertencimento e exclusão são elementos preponderantes na construção histórica dessas relações desiguais (ELIAS; SCOTSON, 2000).

Para os autores, o diferencial de poder e a conseqüente separação entre os integrantes de um grupo somente acontece e se mantém quando atingem diretamente a identidade deste grupo, fazendo com que uma mesma ideia seja compartilhada entre os seus membros: “os indivíduos ‘superiores’ podem fazer com que os próprios indivíduos inferiores se sintam, eles mesmos, carentes de virtudes – julgando-se humanamente inferiores” (ELIAS; SCOTSON, 2000, p.20).

Para Elias e Scotson (2000), a exclusão e a estigmatização dos outsiders pelo grupo estabelecido são armas poderosas para que este

último preserve sua identidade e reafirme sua superioridade, mantendo os outros firmemente em seu lugar. Assim, os ACS se reconhecem como inferiores e seguem, sem crítica, o que é definido por seus superiores, como ilustra o depoimento a seguir.

[...] a gente chegou para fazer uma reunião de matriciamento com o psicólogo e o psiquiatra e a gente fez a reunião com o médico, a gente passou os casos para ele e ele pegou e disse: ‘tá, agora vocês vazam!’ Bem assim! A gente saiu... [o médico] disse que a gente saísse, que não tinha mais nada para fazer ali e que era para a gente vazar...” (ACS Roxo)

Contudo, o ACS, mesmo reconhecendo sua condição de outsider, ainda nutre expectativas em se integrar à equipe, através de um esforço de aproximação do saber biomédico. A expressão desse desejo pode ser identificada quando os ACS declaram sua necessidade de conhecimento técnico especializado para desempenhar suas atividades com autonomia, corroborando com a ideia de quem domina o saber biomédico, é integrante da equipe e participa das decisões: “[precisamos] estudar bastante sobre doença...” (ACS Lírio); “O certo nosso é ter um vasto conhecimento de enfermagem, mas a gente não tem!” (ACS Rosa1)

Assim, os conflitos éticos identificados nas equipes de ESF estudadas, encontram no modelo estabelecidos-outsiders, sua máxima expressão. A exclusão do processo decisório imposta ao ACS pela equipe, apoia-se no entendimento comum acerca da superioridade técnica, social e moral do grupo estabelecido. A desvalorização atribuída ao papel do outsider, in casu, o ACS, na assistência à saúde, é partilhada tanto no grupo estabelecido, como entre os outsiders, e é o que os mantém firmemente em seu lugar, ou seja, fora do cenário de discussão das decisões da equipe. Esse consenso, permite a manutenção da divisão na equipe e nas relações assimétricas no trabalho. A exclusão dos outsiders no processo decisório da equipe subordina integralmente sua prática e culmina no exercício contraditório de seu papel junto à comunidade.

O ACS, idealizado pelos programas de saúde que o incluíram na ESF, como elo de ligação entre a equipe e a comunidade, acaba por desenvolver um papel contraditório no exercício de suas funções, uma vez que o compromisso pactuado entre o ACS e sua comunidade sofre as consequências de sua subordinação. Do ACS, exige-se que assuma

um papel de “defensor” das ações e atividades desenvolvidas pela equipe, embora decididas à sua revelia.

Aí, quando tem muita reclamação, porque tão falando do posto na televisão...[...] ai eles nos reúnem e falam aquela frase mais linda que a gente tá acostumada a ouvir: “ gente precisa de vocês, vocês são o elo entre a comunidade e o posto! A gente só tem a comunidade amiga da gente porque tem vocês que trazem elas”. Mas pra isso, a gente é o elo! Quando o posto tá bem malhado! Quando tem muita reclamação! Quando tem auditoria, ai eles se lembram...que eles dependem da gente pra fazer esse elo! Ai a gente escuta essa frase... (ACS Fênix)

É nesse cenário de contradições e conflitos éticos que vagueia, e por vezes claudica, o ACS. Ora é levado a apresentar-se diante da comunidade como integrante da equipe, para que seja recebido nas casas por onde passa, legitimando sua atuação profissional. Embora, em outros momentos seja “forçado” a negar sua plena participação na equipe, já prevista pela própria PNAB, para justificar-se diante de determinadas expectativas da comunidade depositadas nele e na sua condição de “membro da equipe”, e, frustradas por decisões tomadas sem sua participação, obrigando-os a responder à população: “Nós só fomos comunicadas da decisão...” (ACS Fênix).

Para Zoboli (2004), que estudou os conflitos éticos vivenciados por médicos e enfermeiros da ESF, problemas e contradições na equipe de saúde não são inesperados. Reforça que a rede de relações tecida no cotidiano entre agentes que portam saberes diferenciados e desenvolvem práticas distintas, contribui sobremaneira para o surgimento desses conflitos, sendo necessária certa disponibilidade para que reconheçam e respeitem suas diferenças.

A autora ainda registra que a existência desses conflitos guarda consonância com os resultados de estudos estrangeiros e brasileiros realizados tanto em hospitais quanto em serviços de atenção básica, onde, profissionais de saúde apontaram seus colegas ou os membros de outra categoria profissional como fontes de problemas éticos, muitas vezes, tão digno de nota, quanto aqueles existentes entre os usuários e/ou suas famílias.

Para Berlinguer (2004), a origem dos conflitos éticos encontra-se justamente na diversidade do conhecimento associada ao desequilíbrio

de poder. Esse poder se exprime por meio da corporeidade e da dignidade humanas, condicionando-as, pondo-as em risco, minando, às vezes, a saúde e subtraindo anos e qualidade de vida. A autonomia e a liberdade são valores fundamentais, imprescindíveis para a tomada de decisão e para a garantia de escolhas livres. Assim, para o autor, a análise bioética deve partir sempre do valor da liberdade, reconhecendo a existência de fatores que impedem, obstam, penalizam ou desencorajam as escolhas livres.

No contexto das equipes de ESF, a livre manifestação decisória dos profissionais envolve, justamente, a sombra de uma punição, imposta aqueles sujeitos que mantém vínculos hierarquizados e subordinados com seus supervisores, em detrimento de sua autonomia profissional. O ACS sabe que, ao assumir seu papel nas decisões, mesmo que já assegurado pela PNAB, estará infligindo a norma estabelecida em sua equipe. Observa-se que, coincidentemente, ao se manifestar sobre os riscos que envolvem seu processo decisório, utiliza, inclusive, termos que nos remetem aos tempos da escravidão, como ilustra a fala a seguir: “[se a gente tomar essas decisões] vai sobrar sempre pra gente...a minha cartinha de alforria eu já sabia que ia ganhar...” (ACS Violeta).

Berlinguer (2004) aponta que os conflitos éticos se apresentam entre valores diversos, cada um deles com sua própria validade prática e uma legitimidade moral particular. No âmbito das relações laborais, divergências entre o direito à liberdade e o respeito à dignidade, decorrentes da subordinação, são conflitos responsáveis por iniquidades que significam a subtração de 5 a 10 anos de vida, quando se compara trabalhadores braçais não qualificados e profissionais que exercem atividades especializadas e gerenciais, mesmo quando são garantidos, de forma equivalente, o acesso à assistência em saúde e a prevenção de acidentes. Para o autor, fatores relacionados à baixa renda, instrução precária, baixa auto-estima, estresse, autonomia limitada ou nula, desorganização e insatisfação no trabalho, enfim, onde os sujeitos não se reconhecem e não são reconhecidos pelos outros como pessoa, são elementos preponderantes para o desenvolvimento dessas iniquidades.

Entretanto, Berlinguer (1993, p.29), questiona que, mesmo identificadas as iniquidades por ele apontadas, a situação dos trabalhadores, obrigados a exercerem atividades nocivas e repetitivas diariamente, “mesmo pertencendo à espécie *Homo sapiens*, não se torna pública, não vira notícia e, há muito tempo, não provoca a discussão de problemas morais.” Assim, como desafio ético contemporâneo, questões referentes às relações de trabalho, merecem, pelo menos a mesma

atenção dirigida a temas como eutanásia e aborto, na pauta de debates éticos da atualidade.

Assim, apontados os conflitos éticos, discutidas suas possíveis causas e consequências, acreditamos que, para aprofundarmos uma discussão que se proponha a pensar soluções ou minimizar essas contradições, é preciso “profanar”.

Profanar não significa simplesmente abolir e cancelar as separações, mas aprender a fazer delas um novo uso, a brincar com elas. A sociedade sem classes não é uma sociedade que aboliu e perdeu toda memória das diferenças de classe, mas uma sociedade que soube desativar seus dispositivos, a fim de tornar possível um novo uso, para transformá-las em meios puros (AGAMBEN, 2007, p.67).

Portanto, profanar essas relações de trabalho assimétricas, que persistem delineadas a partir da hierarquização do saber e da divisão social do trabalho é condição necessária e imprescindível para que o trabalho em equipe exista de fato. A profanação neutraliza aquilo que profana. Após ter sido profanado - o sagrado - indisponível e separado, perde sua aura e é restituído ao uso. Profanar significa desativar os dispositivos de poder e devolver ao uso comum os espaços que ele havia confiscado, e, nesse caso, trata-se de devolver ao trabalho em equipe, seu papel, verdadeiramente puro.

No contexto da ESF, profanar o que está sacralizado é desativar os dispositivos que mantém as equipes de saúde hierarquizadas e divididas. Para tanto, é necessário transformá-la em um meio puro, onde coexistam as singularidades, subjetividades e o saberes de cada um de seus integrantes, abolindo a divisão social do trabalho e as desigualdades que dela derivam.

O trabalho em equipe não pressupõe a inexistência de especificidades técnicas de cada profissão. Pelo contrário, procura trabalhar essas diferenças no sentido de construir uma atenção integral à saúde que tenha como base a valorização do ser humano em toda a sua complexidade. Parte de uma referência que entende a assistência à saúde como um projeto que emana das discussões coletivas, construído a partir de diferentes saberes e exercido através de práticas interdisciplinares baseadas na ética e no respeito.

É, o médico é melhor, porque? Tudo bem, é médico...eu acredito assim, tem que respeitar, ele

estudou, pô, ele tem a profissão dele...mas nós também temos a nossa profissão, nós somos ACS [...] Não é que a gente queira ser mais, a gente quer ser bem vista! Por todos! (ACS Borboleta).

## **Considerações Finais**

Os conflitos éticos nas relações entre os sujeitos da equipe revelam as dificuldades decorrentes da incorporação de novos profissionais ao grupo, bem como das inovações idealizadas por novas propostas assistenciais. A sutileza desses problemas, vividos na atenção básica, denota que os aspectos éticos que permeiam a prática cotidiana da atenção à saúde, por não se caracterizarem por dilemas que requerem soluções imediatas e dramáticas, podem não ser, sequer percebidos pelos atores envolvidos neste cenário.

A análise dos dados permitiu observar que as relações de poder, a hierarquização dos trabalhadores ancorada no saber biomédico e na divisão social do trabalho, persistem como uma barreira à efetivação do trabalho em equipe. A divisão delineada pelo modelo estabelecidos-outsiders, não permite ao ACS sua inclusão na equipe e sua participação no processo decisório, direitos reservados somente aos estabelecidos.

Os conflitos éticos que derivam das relações de trabalho assimétricas identificadas nas equipes da ESF estudadas, como a exclusão do ACS do processo decisório, a desvalorização de seu papel na assistência à saúde, à subordinação de sua prática profissional e a contradição de seu exercício profissional frente a comunidade, trazem consigo consequências que afetam diretamente os ACS, embora seus efeitos atinjam a Atenção Básica como um todo.

Para os ACS, a condição de outsiders que lhe é imposta pelo modelo estabelecidos-outsiders presente nas equipes de ESF, representa sofrimento no trabalho, decorrentes da baixa auto-estima, do sentimento de inferioridade, do estresse e da contradição de seu papel junto à comunidade, todas iniquidades que se refletem na insatisfação com o trabalho, na baixa renda, e, inclusive, na subtração de anos de vida. O ACS quer ser um sujeito de mudança, deseja assumir seu papel de ator, igualmente responsável, pelo processo de reorientação das práticas no âmbito da atenção primária à saúde. Mas, para isso, ele precisa se reconhecer e ser reconhecido, nem como estabelecido, nem como outsider, mas como membro de uma equipe.

Para a equipe, a exclusão do ACS significa persistir trabalhando na lógica do modelo biomédico, que fragmenta o sujeito e valoriza apenas a dimensão biológica do corpo e as ações medicalizantes. O trabalho em equipe, dessa forma, permanece apenas, com caráter multiprofissional, onde a integração de diferentes profissionais e de seus distintos saberes se configura apenas em um plano onírico e a assistência integral à saúde persiste como um desejo distante e, por vezes, intangível.

Para a Atenção Básica, que elegeu a ESF como ferramenta de reorientação do modelo de atenção à saúde, a persistência da modalidade de trabalho em equipe, definida pelo par estabelecidos-outsiders, pode significar até mesmo, a falência deste projeto. Enquanto as relações assimétricas, autoritárias e subordinadas entre os profissionais que compõem a equipe de ESF se mantiverem, o sonho do trabalho em equipe interdisciplinar assistindo integralmente os cidadãos, vai permanecer no plano dos sonhos ou nas frias e curtas linhas de um texto legal, ou, em última análise, apenas no desejo daqueles que acreditam no SUS e na saúde coletiva e vêem nele um espaço de construção de cidadania e reflexões éticas e compromissadas.

Entender os desafios e expectativas que se impõem à implementação da ESF e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da discussão de seus conflitos éticos, pode indicar os caminhos necessários à reflexão e à contínua reavaliação da estrutura dessas equipes. Dessa forma, talvez a ESF possa assumir o importante papel atribuído a ela pelo Ministério da Saúde, constituindo-se em uma estratégia ordenadora das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Conhecer e reconhecer a existência dos conflitos éticos, procurando identificar suas possíveis causas, pode significar o passo inicial no processo de mudança na prática da atenção à saúde. Entretanto, essa reflexão precisa acontecer em todas as instâncias que constituem o SUS, exigindo dos profissionais, gestores e usuários, transformações práticas e culturais e, acima de tudo, envolvimento e participação no debate ético.

O desafio que se impõe à efetiva concretização da ESF como estratégia de reorientação do modelo assistencial e ferramenta de organização da Atenção Básica e consolidação do SUS, situa-se justamente no compromisso ético de todos envolvidos neste processo. Não basta uma equipe multiprofissional, onde diferentes profissionais exercem funções distintas e fragmentadas. É preciso redirecionar as práticas, entender que as condições de vida definem o processo saúde-doença das famílias, e, nesse sentido, todos são igualmente importantes,

comunidade, profissionais e gestores. É preciso que nasça uma equipe onde não existam nem estabelecidos nem outsiders.

Nesse sentido, aponta-se como limitações deste estudo, o fato de seus sujeitos de pesquisa encontrarem-se circunscritos aos ACS e enfermeiros, não contemplando os demais membros que compõem a ESF. Desse modo, entendemos que o debate ético não se encerra nesse horizonte e, por isso, apontamos a necessidade de ampliação das discussões aqui apresentadas de modo a abarcar outros sujeitos, igualmente importantes no processo de reorientação da Atenção Básica, como os demais membros da equipe, a comunidade e os gestores.

## **Colaboradores**

A autora Tanise Gonçalves de Freitas responsabilizou-se pela pesquisa, elaboração da análise e redação do manuscrito. Marta Inez Machado Verdi orientou a pesquisa e revisou o texto.

## **Referências**

AGAMBEN, Giorgio. **Profanações**. São Paulo: Boitempo, 2007. 96p.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERLINGUER, Giovanni. **Questões de vida: ética, ciência e saúde**. São Paulo: APCE/Hucitec/CEBES, 1993.

BERLINGUER, Giovanni. **Bioética cotidiana**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006

FORTUNA, Cinira Magali et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13 n. 2 p. 262-8, Mar/abr, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 22 ed. São Paulo: Ed Graal, 2006. 295 p.

GOLDIM, Roberto. **Características do processo de tomada de decisão**. Disponível em [www.ufrgs.br/bioetica/decisao.htm](http://www.ufrgs.br/bioetica/decisao.htm)> Acesso em 22/05/2009.

LACOMBE, Francisco; HEILBORN, Gilberto. **Administração: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2006

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John. **Os estabelecidos e os Outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. 224p.M

MELO, Cristina Maria Meira de Melo. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. 94 p.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. v. 35, n. 1, p.103-109, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002, 343 p.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Prática em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

