

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

MARCELO MARQUES FERREIRA

**REVELANDO A DIMENSÃO DA ÉTICA NO COTIDIANO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA
REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DE
SAÚDE**

**SÃO PAULO
2013**

MARCELO MARQUES FERREIRA

**REVELANDO A DIMENSÃO DA ÉTICA NO COTIDIANO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA
REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DE
SAÚDE**

*Trabalho final apresentado à Banca
Examinadora da Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo,
como exigência parcial para obtenção
do título de **MESTRE PROFISSIONAL
em Educação nas Profissões de
Saúde** sob orientação da **Prof^a. Dr^a.
Cibele Saad Rodrigues**.*

SÃO PAULO
2013

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me deu coragem e força,

À minha família, meu pai **Laércio Lopes Ferreira**, minha mãe **Neide Maria de Jesus Marques Ferreira** e minhas irmãs **Viviane Marques Ferreira e Jaqueline Marques Ferreira**, pois nos momentos mais difíceis da vida, eram eles que estavam por perto para me ajudar e amparar,

Ao meu companheiro e amigo **Haroldo de Souza Junior**, pois sempre estive ao meu lado me apoiando,

À minha orientadora e professora **Dra Cibele I. Saad Rodrigues**, pela paciência e competência com que me ajudou a elaborar este trabalho,

Aos amigos da turma de mestrado da PUC/SP, pois aprendi com eles alegrias e loucuras, que serão sempre lembradas com carinho e muita saudade,

Aos professores da PUC/SP, que com sua serenidade e amor à profissão, proporcionaram-me conhecimento, em particular as professoras **Dra. Raquel Aparecida de Oliveira, Dra. Leni Boghossian Lanza e Dra. Lúcia Rondelo Duarte**,

Aos **Agentes Comunitários de Saúde da Prefeitura Municipal de Saúde de Rolândia e aos gestores do Centro Universitário Filadélfia de Londrina** que apoiaram a realização dessa pesquisa,

Às **minhas alunas** que ajudaram na coleta dos depoimentos dos Agentes Comunitários de Saúde,

Aos autores das referências bibliográficas que foram utilizadas neste trabalho,

A todos que se sentem felizes a me ver vencer mais essa etapa na minha vida.

*“É preciso escolher um caminho que não tenha fim, mas
ainda assim caminhar na expectativa de encontrá-lo”.*

(Geraldo Mangela Amaral)

RESUMO

FERREIRA, Marcelo Marques. **Revelando a dimensão da ética no cotidiano dos agentes comunitários de saúde de um município da região norte do estado do Paraná**. 2013, 85fls. Dissertação do curso de Mestrado Profissional em Educação nas Profissões de Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) revelam-se atores intrigantes no que se refere ao diálogo entre os saberes e práticas populares com o conhecimento médico-científico. Pela natureza do seu trabalho, lidam com uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania. No entanto, não possuem um Código de Ética Profissional que os respaldem ou são capacitados para solucionar questões éticas relacionadas ao seu cotidiano. Nesse sentido, o objetivo dessa dissertação de mestrado foi revelar a percepção dos aspectos éticos inerentes ao processo de trabalho dos ACS que atuam na ESF do município de Rolândia, do estado do Paraná, por meio de estudo, quantitativo e qualitativo, de ética descritiva, portanto, de cunho não normativo. Os sujeitos do estudo foram 52 (cinquenta e dois) ACS do sexo feminino dos 72 (setenta e dois) que trabalham nas 12 (doze) equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Rolândia, Paraná. Para coleta sistemática dos dados foi aplicado um questionário para obtenção dos dados sociodemográficos (primeira etapa) seguido de entrevista semi-estruturada (segunda etapa), onde as ACS foram expostas a três situações hipotéticas comuns em sua vivência profissional sobre: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e atendimento com adolescentes. Os discursos foram lidos e analisados pelo método da “análise de conteúdo”. Oito eixos temáticos foram identificados permitindo a compreensão da percepção das ACS quanto a questões éticas cotidianas. Apesar das participantes desta pesquisa não terem o referencial de um código de deontologia, balizam sua conduta em preceitos morais e apresentaram respostas que foram consideradas em sua maioria corretas. No entanto, todas as ACS declararam que acham importante a existência de legislação específica, à semelhança de outras profissões. As entrevistas revelaram os dilemas éticos oriundos deste relacionamento próximo com a comunidade e como elas percebem os casos apresentados, que são triviais, mas complexos. A medida de intervenção educativa proposta é a capacitação contextualizada das ACS de Rolândia, o que certamente potencializará suas ações.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde/Ética; Bioética; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família/Ética.

ABSTRACT

FERREIRA, Marcelo Marques. **Revealing the extent of ethics in everyday community health workers in a city in the northern state of Paraná.** 2013, 85fls. Dissertation of the Master in Professional Education in Health Professions, the Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo.

The Community Health Workers (CHW) show themselves to be intriguing actors in what concerns the dialogue between the common knowledge and practice with the medical and scientific knowledge. By the very nature of their work, they deal with an ethical and humane practice, which is connected to the very exercise of citizenship. However, neither do they possess a Code of Professional Ethics that endorses them, nor are they trained to solve ethical problems related to their daily life. Hence, the goal of this dissertation submitted as a requirement for the Master's degree was to show the perception of the inherently ethical aspects of the CHW who work in the Family Health Teams (FHT) in the city of Rolândia, state of Paraná, Brazil, by the means of a study that was both quantitative and qualitative and of descriptive ethics, hence non-normative. The subjects of said study were 52 (fifty two) female CHW out of the 72 (seventy two) CHW who work in the twelve FHT in that city. For the acquiring of systematic data, two steps were taken: 1) A sociologic and economic questionnaire was applied, followed by 2) a semi-structured interview, in which all CHW were exposed to three theoretical situations that are common in their daily practice, concerning: Systemic hypertension (SH), human immunodeficiency virus (HIV) and taking care of teenagers. All of their interviews were read and analyzed by the "content analysis" method. Eight thematic axes were identified, allowing their perceptions on daily ethical issues to be comprehended. Even though the participants don't have a code of deontology, they tend to guide their conduct by their own moral principles and did present answers that were considered, most of the times, to be correct. However, every single one of them stated that they believe the existence of such code to be necessary, in example of other professional categories. The interviews revealed the ethical dilemmas that spring from such a close relation to the community and also how these women perceived the complexity of these, otherwise, simple hypothetical situations. The proposed educational measure of intervention is the contextualized training of the CHW that work in Rolândia, which will certainly enhance their capability to take action.

Keywords: Community Health Workers/ethics; Bioethics; Primary Health Care; Family Health Care/ethics

LISTA DE SIGLAS

SIGLA E NOME

ACS – Agente(s) Comunitário(s) de Saúde

Art. – Artigo

ABRACON – Associação Brasileira das Agências de Comunicação

CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CRM – Conselho Regional de Medicina

CFM – Conselho Federal de Medicina

CRO – Conselho Regional de Odontologia

CFO – Conselho Federal de Odontologia

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministério

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HAN – Hanseníase

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

UBS – Unidade Básica de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

VD – Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: PERFIL DOS ACS DE ROLÂNDIA, PR, 2012, SEGUNDO SUAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS.....	33
TABELA 2: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ACS DE ROLÂNDIA, PR, 2012.....	34
TABELA 3: POSICIONAMENTO DOS ACS EM RELAÇÃO ÀS SITUAÇÕES HIPOTÉTICAS ENVOLVENDO CONFLITOS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL, ROLÂNDIA, PR, 2012.....	36
TABELA 4: POSICIONAMENTO DOS ACS EM RELAÇÃO AOS CONFLITOS ÉTICOS, DEPOIMENTOS VIVENCIADOS, ROLÂNDIA, PR, 2012.....	37
TABELA 5: POSICIONAMENTO DOS ACS EM RELAÇÃO AO CÓDIGO DE ÉTICA, ROLÂNDIA, PR, 2012.....	38

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: MAPA DO PARANÁ COM DESTAQUE DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA –
PARANÁ..... **27**

FIGURA 2: FOTO DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA -
PARANÁ..... **27**

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	12
1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	12
1.2 AS DUAS ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DOS SUS: O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS).....	15
1.3 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – ACS.....	18
1.4 BIOÉTICA E SEU DIALOGO COM O PROCESSO DE SAÚDE NO SERVIÇO DO ACS.....	21
2 - OBJETIVOS.....	24
3 - MATERIAL E MÉTODOS.....	25
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	25
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	26
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	28
3.4 FONTE DE DADOS.....	28
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
3.6 COLETA DE DADOS E SEUS INSTRUMENTOS.....	29
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4 - RESULTADOS.....	32
5 - DISCUSSÃO.....	39
5.1 EIXO TEMÁTICO: JULGAMENTO DO ACS EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO PRESTADO AO PACIENTE.....	44
5.2 EIXO TEMÁTICO: REVELAÇÃO DE CASOS DE PACIENTES AOS MEMBROS DA EQUIPE, COMO FATOR FACILITADOR EM REUNIÕES DE EQUIPE.....	47
5.3 EIXO TEMÁTICO: PERCEPÇÃO DO ACS QUANTO À PUNIÇÃO.....	50
5.4 EIXO TEMÁTICO: PERCEPÇÃO DO ACS QUANTO AO SIGILO DE INFORMAÇÕES À EQUIPE.....	54
5.5 EIXO TEMÁTICO: PERCEPÇÃO DOS ACS NO ATENDIMENTO A ADOLESCENTES NO ITEM SEXUALIDADE.....	57

5.6 EIXO TEMÁTICO: A PERCEPÇÃO DO ACS QUANTO À FAMÍLIA ADOLESCENTE.....	61
5.7 EIXO TEMÁTICO: A PERCEPÇÃO DO ACS QUANTO À EXISTÊNCIA DE UM CÓDIGO ÉTICA.....	64
5.8 EIXO TEMÁTICO: PERCEPÇÃO DO ACS QUANTO ÀS CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA ESF QUE POSSUEM CÓDIGO DE DEONTOLOGIA.....	66
6 - CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
APÊNDICES	
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	77
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO.....	79
APÊNDICE C - DEPOIMENTOS ÉTICOS.....	80
APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ROLÂNDIA.	82
APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE SIGILO.....	83
ANEXOS	
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	84
ANEXO B – FICHA B DE ACOMPANHAMENTO DOS ACS – HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	85

1 - INTRODUÇÃO

1.1 – A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

As políticas de saúde, enquanto ações objetivas sobre responsabilidade do Estado começaram a existir no Brasil somente no início do século XX. Em meados de 1900, o governo começou a se preocupar com as condições de vida e de saúde principalmente das populações que moravam nas capitais dos Estados. Os principais problemas estavam relacionados aos agravos infecciosos: habitação, higiene, trabalho, alimentação e saneamento básico¹.

Em 1910 a Reforma Sanitária é destaque, com inovações consideradas importantes, tendo como principal objetivo interromper a cadeia de transmissão através da difusão do conhecimento².

Assim, cada pessoa passava a ser um agente consciente dos serviços de saúde pública.

Na década de 1920 os problemas de saúde ainda eram considerados caso de polícia, visto que a política de saúde estava subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios interiores, embora com grande financiamento dos governos estaduais¹⁻².

Esse período é marcado pelo descontentamento social e dos setores produtivos em relação à ineficiência estatal para manter o trabalhador assalariado. É criado então o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), voltado para o controle de endemias e epidemias que ameaçavam as atividades econômicas. Destaca-se nesse contexto a Lei Eloy Chaves, marco da previdência brasileira, e cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) com o intuito de organizar a assistência médica².

Foi a partir de 1930, quando Getúlio Vargas assumiu a presidência da República Federativa do Brasil, que se intensifica o processo de industrialização, surgem as fábricas e com ela os empregos e observa-se um novo tipo de direito a saúde, voltado para pessoas que tinham emprego formal (carteira de trabalho), dando início ao estabelecimento de Institutos de benefícios associados ou não à assistência médica denominados Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)³.

Ainda na década de 1930 surgiram os centros de saúde que representavam os locais onde eram realizadas ações de promoção e proteção à saúde através da educação sanitária³.

Podemos perceber que até essa década, o direito à saúde estava direcionado às pessoas que tinham dinheiro para comprar serviços médicos, tendo no outro extremo os indigentes e pobres que recebiam atendimento nas Santas Casas e Beneficências, que se caracterizavam como instituições de caridade.

Foi somente em 1946 que uma nova Constituição Federal incorporou à assistência sanitária a estrutura da Previdência Social³. E apenas em 1960 toda a legislação sobre a matéria desenvolvida de forma gradual chegou a termo, culminando com a promulgação da Lei Orgânica de Previdência Social, que uniformizou o direito dos segurados⁴. Nesse sentido percebemos que paralelamente a este processo houve agravamento das dificuldades financeiras.

Em 1967 ocorreu a unificação da Previdência Social, enquanto política nacional, que privilegiava a prática médica individual, curativa, assistencialista e especializada resultando em um complexo relacionamento médico – industrial com inserção na área farmacêutica e de equipamentos hospitalares, gerando a aplicação de verbas governamentais, além do exercício de superfaturamento dos serviços privados⁵.

Com isso, novos desafios se colocaram e, em 1974 houve a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), colocando maior poder de decisão na máquina estatal e foi implantado o setor de convênios, que incentivou a criação de hospitais universitários com uma oferta de saúde privatizante^{1, 2, 6}.

O período em seguida de (1964 -1984) foi uma realidade que se promoveu uma completa separação entre o campo da assistência médica e o da saúde pública, com maciços investimentos no primeiro e o sucateamento do segundo. Neste novo contexto, foi implementado um projeto privatizante e medicalizante^{1, 7}.

Esta foi uma verdadeira revolução na vida dos brasileiros na década de 1980, caracterizada por profunda crise financeira da previdência social. Nesta década surge e se firma a reforma sanitária, que representa o movimento de professores, pesquisadores e intelectuais que criticam o sistema de saúde vigente, denunciando as precárias condições de saúde^{1, 6, 8}.

Os movimentos sociais e partidos políticos participaram desta transformação e, em 1983 foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) com o objetivo de criar uma rede pública unificada. As AIS efetivamente produziram um deslocamento relativo de recursos financeiros da Previdência para o setor público prestador de serviços de saúde e promoveram uma integração das ações setoriais^{1,7,9}.

Importante afirmar que a defesa da saúde enquanto valor universal ganhou expressão principalmente a partir de 1986 com a realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de discutir a reforma sanitária, os princípios definidos nesse grande encontro foram garantidos em lei, pela Constituição Federal de 1988 e a criação de um novo sistema de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS)⁹.

O SUS integra até hoje atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma única, em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas governamentais: federal, estadual e municipal. Todos os direitos a saúde são garantidos em forma de lei pela Constituição Federal de 1988. Após o surgimento de seus princípios, o Ministério da Saúde (MS) passou a reconhecer a importância e a concentrar esforços nesta nova concepção de saúde no Brasil. Assim, a consolidação do SUS estabeleceu três princípios éticos/doutrinários: a *universalização* do acesso a todo e qualquer cidadão, a *integralidade* do atendimento ao homem por um sistema igualmente integral, além da *equidade* na assistência. Foi instituída também a modalidade de princípios denominados organizacionais/operativos, promovendo a *descentralização*, a *regionalização*, a *hierarquização*, a *participação social*, a *resolutibilidade* e a *complementariedade do setor privado*. Para cumprimento de todos estes princípios a saúde passa a ser integrada com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais¹⁰. O SUS foi concebido considerando a saúde como direito do cidadão e como resultado de políticas públicas de Estado e não de Governo¹¹.

Somente após dois anos de promulgada a Constituição é que a regulamentação do SUS ocorreu de fato por meio das Leis Orgânicas 8.080 e 8.142, ambas aprovadas pelo Congresso Nacional em 1990. A lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Vigora em todo o território nacional, para qualquer ação ou serviço de saúde realizado por

peessoas ou empresas e determina que todos os seres humanos têm direito à prestação aos serviços de saúde básica e de especialidades, sendo esse fornecido pelo Estado¹².

Através da lei 8.142 garantiu-se sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde além de outras providências. Criou-se os Conselhos e as Conferências Municipais de Saúde¹³.

Antes deste marco histórico do SUS, a saúde era entendida como “o estado de não doença”, portanto, remediavam-se os efeitos, com pouca ênfase às causas, determinando uma lógica de atendimento em torno dos agravos à saúde. Este período foi substituído por outra lógica diametralmente oposta, que é a da prevenção e da promoção à saúde, de tal modo que a qualidade de vida da população passa a ter maior significado e a ser encarada como o conjunto de bens que incluem, entre outros, a alimentação, as relações familiares, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a moradia e o lazer. Configurou-se, a partir de então, uma gestão descentralizadora, de forma a viabilizar e a garantir uma maior participação popular na formulação e na implantação dos serviços e nas ações de saúde locais. Neste modelo, o município, enquanto ente federado mais próximo da realidade da população recebe a atribuição fundamental de gerir os recursos e aplicá-los de acordo com esta reorientação do modelo assistencial, o Programa Saúde da Família (PSF)¹⁴.

1.2 – AS DUAS ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO SUS: O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)

A história do PSF está ligada à implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pela estratégia prioritária para organização da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS já elencados anteriormente.

Para o MS a implantação do PSF tem como objetivo geral “melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e

dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade”. Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros¹⁵.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o primeiro nível das ações e serviços do sistema local de saúde, denominado Atenção Básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações problemáticas identificadas na atenção básica¹⁶.

Nesse sentido surge a necessidade de delimitar um território de abrangência, definindo a população que será atendida, reconhecendo barreiras e acessibilidade, além de identificar o perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e ambiental, sendo este conjunto definido com os termos territorialização e adstrição da clientela. Nesta lógica, o serviço local de saúde é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população constricta a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de no mínimo 4.500 pessoas¹⁷

Participam destas equipes, no mínimo, um médico da família, um dentista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Estes profissionais atuam naquilo que se constitui a porta de entrada para o sistema, atentando para a continuidade e organização do cuidado de forma integral, valorizando a cultura local e obtendo os adequados registros de suas ações¹⁸.

Por volta de 1993, o MS iniciou a implementação do PSF no Brasil, através da Portaria n.º 692. A referida portaria veio como resposta e normas pelo documento elaborado pelo MS, do qual se extrai¹⁷⁻¹⁸:

“O PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do SUS e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. Atende prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde”.

O PSF em 1994 tem sua distinção em relação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) configura-se pela incorporação à equipe pelas profissões de enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e médico¹⁹.

Vale afirmar que no mesmo ano da criação do PSF este passa a ter outra visão empreendida pelo MS, que deixa progressivamente de reconhecê-lo como um programa focalizado na doença e não no ser doente e, verticalizado, ou seja, deixa de encará-lo como uma pirâmide com base formada pela atenção básica e topo pelos serviços de alta densidade tecnológica.

De acordo com esta concepção, os serviços terciários seriam mais valorizados por sua resolutividade e complexidade técnica, enquanto a atenção básica, embora tenha um papel crítico, multiprofissional e articulador de várias dimensões do ser humano, não seria reconhecida como tal. Assim surge o conceito de PSF como uma “Estratégia” que significa o conjunto de objetivos, finalidades, metas, diretrizes fundamentais e os planos para atingir os objetivos para uma reorientação do modelo de ações às necessidades provindas da saúde²⁰, de modo amplo e estratégico para o SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. O PSF passa a ser conceituado então como Estratégia Saúde da Família (ESF).

A partir destas duas estratégias de saúde (ESF e PACS) e com a finalidade de participar da construção do cuidado às famílias, a equipe de saúde passa a ter um entendimento mais abrangente do cuidado no processo saúde-doença, o que garante novas oportunidades para o trabalho interdisciplinar relacionando saúde, demografia, sociologia e epidemiologia, entre outras²¹.

Para o MS, a ESF é uma estratégia que visa atender ao indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social²².

De acordo com o MS, dados de 2.003 apontam que, os resultados alcançados com a implantação da ESF foram de 19 mil equipes, que cobriam 4,4 mil municípios, atendendo 35,7% da população brasileira, o que correspondia a cerca de 62,3 milhões de pessoas. No ano de 2009 houve incremento significativo dos resultados, obtendo-se o número de 32 mil equipes de Saúde da Família, correspondente a uma cobertura de 5.251 municípios, ou seja, abrangendo 50,7%

da população brasileira, o que significa aproximadamente 96,1 milhões de pessoas²³.

Podemos afirmar que a proposta do MS com a criação da ESF e do PACS é de conceitos ampliados na atenção básica, avançando na direção de um sistema de saúde integrado que converge na qualidade de vida das pessoas e do ambiente. Dessa maneira os programas se apresentam como modelos assistenciais, tendo a família e não o doente como centro.

1.3 – OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – ACS

Com formulação em 1991 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS, começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde, privilegiando o ser humano em relação à doença e a comunidade em relação ao individual²⁴.

O PACS do MS foi criado a partir da experiência do Ceará, iniciado em 1987, como parte de um programa emergencial. Em 1991, a experiência cearense foi institucionalizada como política oficial do Governo Federal²⁵.

O ACS tem-se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos. É um ser humano que veicula as contradições e ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas²⁶. O ACS é uma pessoa que convive com a dualidade de duas realidades igualmente importantes, pois é corresponsável pelas práticas de saúde do bairro onde é também morador e trabalhador.

Estudo realizado em São Paulo sobre ACS na ESF teve como conclusão pelas autoras que o saber orientador da prática do ACS é um saber operante baseado no seu cotidiano e no senso comum, ou seja, é adquirido através de sua vivência na comunidade ou porque integra seu perfil pessoal de liderança e sua história de iniciativa de ajuda comunitária²⁷.

Nesse sentido, podemos afirmar que do ponto de vista do ACS, a entrada no mundo das pessoas é sinônimo de contato com a familiaridade, com o seu universo reservado, trazendo novas construções de relacionamento e novos sentidos para essas relações.

No Brasil existem atualmente mais de 250 mil ACS estão trabalhando, orientando famílias sobre cuidados com sua própria saúde e com a saúde da comunidade e, desta forma, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população assistida, com ações de promoção e vigilância em saúde²⁸.

O ACS é um integrante vital da equipe e utiliza-se do seu vínculo estreito com as famílias inscritas no serviço de saúde para que elas interajam com os demais membros da equipe. São responsáveis pelo cadastramento das famílias em seu território de atuação, conhecido também como microárea, pelas visitas domiciliares, pela busca ativa dos usuários faltosos e por atividades de educação em saúde *in loco*, entre outras ações de suporte na unidade de saúde.

O cadastro permite conhecer com propriedade e segurança as condições de vida das famílias residentes na área e a identificação de fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde dos moradores, contribuindo para que possam ser oferecidos serviços de atenção voltados para a família, de acordo com a real necessidade de cada comunidade. Os dados cadastrais devem ser acessíveis a toda a equipe de saúde e precisam estar sempre atualizados para serem utilizados como instrumento eficaz na identificação de situações que exijam atenção especial do serviço de saúde²⁹.

A visita domiciliar é a atividade mais importante desenvolvida pelo ACS. Entre as inúmeras ações descritas a seguir, compete ao ACS “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços e informar aos demais membros da equipe acerca da dinâmica social da comunidade que assiste, assim como suas disponibilidades e necessidades”¹⁶⁻³⁰. É preciso estabelecer uma relação de confiança entre o agente e a família, o que facilita a realização e o desenvolvimento das ações de promoção de saúde, prevenção e controle de doenças¹⁵⁻³⁰.

No total, são 33 (trinta e três) as atribuições básicas dos ACS estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997: aquelas que fazem parte do conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil socioeconômico, mapeamento e outras); atribuições que constam do acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo detalhados os grupos populacionais que deverão ser acompanhados (gestantes, puérperas, hipertensos e outros), os temas que deverão ser abordados (aleitamento materno, imunização, reidratação oral e outros) e as necessidades de monitoramento (diarréias, infecções respiratórias agudas, tuberculose, hanseníase e

outros). São mencionadas, ainda, ações educativas referentes à prevenção do câncer, métodos de planejamento familiar; saúde bucal, nutrição e atribuições que não são específicas da saúde, como ações educativas para preservação do meio ambiente; abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida³⁰.

Não é difícil concluir que, diante das atividades descritas, os ACS são profissionais que possuem a função precípua de intermediadores e facilitadores, que auxiliam na construção e participação popular nos serviços de saúde. São educadores de fato e de direito, pois conhecem a realidade da comunidade onde estão inseridos e vinculados, com contato corporal pleno de efetividade que possibilita a construção de processos de educação em saúde.

O MS exige para o exercício profissional do ACS que ele tenha cursado o ensino fundamental completo, resida na área de trabalho e, após sua admissão, frequente o curso obrigatório de qualificação básica. No entanto, tal curso não prevê qualquer abordagem dos aspectos éticos aos quais certamente serão expostos³¹.

O ACS por sua efetivação e configuração no trabalho com a comunidade e com os profissionais de saúde dentro da ESF e fora dela, lida com uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania.

Importante ressaltar que o ACS que trabalha na ESF tem maior proximidade com o usuário, por habitar o mesmo bairro e ainda, por adentrar frequentemente o domicílio do usuário e conseguir estabelecer novas relações no tocante às informações pessoais sobre a saúde individual e familiar, garantindo a privacidade daqueles com quem se relaciona na comunidade³².

Nesse sentido, os ACS são submetidos a situações em que são necessários conhecimentos de ética e bioética para o enfrentamento de tomada de decisões, no entanto não são capacitados formalmente e tampouco têm referencial teórico de um código de ética profissional que os respalde, a semelhança das demais profissões da área da saúde.

Estudos anteriores demonstraram que os ACS possuem dúvidas e preocupações em relação ao sigilo das informações dos usuários³². Muitas vezes tornam-se confidentes, onde o usuário do serviço de saúde abre mão da privacidade em relação a suas doenças e complicações de saúde para compartilhá-las com alguém de sua confiança. Isto pode gerar um dilema ético para os ACS, o que

poderia ser resolvido com o estabelecimento de novas relações na troca de informações sobre a saúde do indivíduo e da família baseada no conhecimento.

Na verdade, a reflexão sobre as ações realizadas no exercício de uma profissão deveria ocorrer ainda na fase de escolha e preceder a prática profissional. Isso porque o conjunto de deveres profissionais será sempre obrigatório. Caberia na fase de formação dos profissionais ACS o aprendizado de competências e habilidades, incluindo aí a reflexão crítica e ética de suas atividades e relações interpessoais.

1.4 – BIOÉTICA E O SEU DIALOGO COM O PROCESSO DA SAÚDE NO SERVIÇO DO ACS.

A bioética é definida como uma reflexão, um juízo crítico sobre valores frequentemente em conflito que implica em opções na tomada de decisões²⁵. O termo bioética, literalmente, significa ética da vida. O vocábulo é de raiz grega onde “bios” designa o desenvolvimento observado nas ciências da vida, como a ecologia, a biologia e a medicina, dentre outras e “ethos” busca trazer à consideração os valores implicados nos conflitos da vida³³.

Diferentemente de outras profissões, onde o indivíduo presta um juramento, cujo significado é sua adesão e comprometimento com aquela categoria, os ACS não têm esta adesão voluntária a um conjunto de regras estabelecidas ao seu exercício profissional, o que não o exime da responsabilidade assumida ao aprender na prática, antes mesmo de finalizar um treinamento teórico³⁴.

Os códigos de ética geralmente resumem doutrinas criadas pela visão moral das sociedades humanas, amadurecidas e consolidadas no confronto entre o bem e o mal. Propõem uma civilização compatível com a capacidade moral e intelectual das pessoas. O princípio será sempre o de estabelecer qual a forma de um profissional se conduzir no exercício profissional, de maneira a não prejudicar terceiros e a garantir uma qualidade eficaz de trabalho, ou seja, orientam para o equilíbrio e harmonia no desenvolvimento de uma atividade fundamental na área do conhecimento biológico e de saúde, como é o ACS³⁵.

As atitudes que estão consignadas nos diferentes códigos profissionais são semelhantes porque requerem respostas positivas a questões como: Estou sendo um bom profissional? Estou agindo adequadamente, com generosidade e

espírito de cooperação? Realizo minhas funções corretamente? Estou aberto a continuar aprendendo e melhorando profissionalmente e pessoalmente?

Ressalte-se que um estudo realizado no município de Sorocaba (SP), no ano de 2011, teve como resultado que, apesar do PACS ter sido implantado no Brasil em 1991 e a profissão de ACS criada e regulamentada somente em 2002 pela Lei nº 10.507, algumas informações ficaram sem esclarecimentos precisos, como, por exemplo, a qual Conselho de Classe esse profissional estaria vinculado³⁶.

Nesse mesmo estudo a pesquisadora cita nos resultados que tais instâncias profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.) possuem códigos de ética que regulam os direitos e deveres dos profissionais, já os ACS estão destituídos de uma legislação nessa direção. Dado curioso foi que 88,5 % dos ACS investigados na pesquisa afirmaram que “Todo o profissional de saúde conta com um código de ética” não se atentando que justamente sua categoria profissional não o possui³⁶. A ética foi considerada um elemento com alto grau de importância para a atuação profissional dos ACS, mas quando não identificada pode por em risco a relação vincular que está no cerne da equipe de saúde e comunidade³⁷.

A ética profissional é a evidência, perante terceiros, das capacidades e virtudes de um ser no exercício de um trabalho habitual de qualidade superior. Uma classe profissional caracteriza-se pela homogeneidade de um trabalho executado, pela natureza do conhecimento exigido preferencialmente para tal execução e pela identidade de habilitação para o exercício da mesma³⁵⁻³⁷.

Embora o conceito de ética profissional seja mais conciso, devemos observar que podemos nos deparar com situações em que a mesma conduta pode ser permitida no âmbito de uma determinada profissão e condenado no âmbito de outra. Então, por que um código de ética para o profissional ACS, por que estabelecer normas para a respectiva profissão? Qual a relação disso com os usuários?

O código de ética profissional tem como objetivo dirigir e fiscalizar o exercício da respectiva profissão, estabelecendo normas de conduta que o profissional deva observar no desempenho de suas atividades e suas relações com seus clientes e todas as demais pessoas que venha ter contato.

Segundo a Associação Brasileira de Comunicação (ABRACOM) “a maior parte dos Códigos de Ética que conhecemos é o de moral, onde a moral é

exatamente o conjunto de normas, regras, leis que orienta a vida dos indivíduos e grupos na sociedade, configurando o que se chama de “ethos”, que é a marca da sociedade, o jeito de viver e relacionar-se, baseado em determinados valores”. É no espaço da ética que se encontram os princípios que devem sustentar as normas e as leis. Daí o significado de se construir um Código de Ética, no qual se apresentam os princípios norteadores das ações da organização, que se fazem válidos, não apenas no seu interior, mas no contexto global da sociedade³⁸.

Pode-se dizer ainda que a profissão do ACS e demais categorias profissionais, além de sua utilidade para o usuário, também têm uma rara expressão social e moral³⁵⁻³⁹. Neste sentido, é pela profissão que a pessoa do “ACS” se destaca e se realiza plenamente, provando sua capacidade, habilidade, sabedoria e inteligência, comprovando sua personalidade para vencer. Através do exercício profissional, consegue o homem elevar seu nível moral. É na profissão que o homem pode ser útil na sua comunidade e nela se eleva e se destaca, na prática dessa solidariedade orgânica³⁵⁻³⁹.

Nesse sentido no município de Rolândia, situado no norte do estado do Paraná, trabalha-se na área da saúde com doze equipes da ESF distribuídas em sete UBS. Na qualidade de gestor de uma das UBS de Rolândia, testemunho a diversidade de cada um desses serviços de saúde, os sujeitos éticos, isto é, os ACS, os usuários, os familiares e profissionais de saúde das ESF são totalmente diferentes entre si.

Por esses motivos perguntamo-nos se os ACS são capazes de identificar situações éticas em sua prática profissional cotidiana. Do mesmo modo, se ao identificá-las conseguem desenvolver estratégias para solucioná-las? Acreditamos que a realização de uma pesquisa visando à dissertação do mestrado profissional em educação nas profissões de saúde se constituísse em oportunidade ímpar de desenvolver um estudo capaz de responder a indagações emergidas da prática profissional do pesquisador, auxiliando-o na busca de soluções em seu local de trabalho, já que é membro de uma equipe de ESF.

Adicionalmente, também servirá de instrumento para a gestão municipal, pois ambos poderão conhecer profundamente o cotidiano da prática profissional de um ACS frente às questões éticas, na ausência de um código profissional de classe.

2- OBJETIVOS

O objetivo principal foi:

Identificar a percepção dos aspectos éticos inerentes ao processo de trabalho dos ACS que atuam na ESF do município de Rolândia, localizado no norte do estado do Paraná.

Os objetivos específicos foram:

- 1- Traçar o perfil sociodemográfico e de atividades desempenhadas por estes profissionais;
- 2- Revelar, por meio de depoimentos, o agir reflexivo e ético destes profissionais frente a situações éticas concretas;
- 3- Apontar estratégias educativas que potencializem o atuar ético dos ACS de Rolândia.

3 - MATERIAL E MÉTODOS

3.1 - DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo, qualitativo e quantitativo, de ética descritiva, portanto, de cunho não normativo. Por ética descritiva entende-se a investigação factual da conduta moral por meio de procedimentos e metodologias de natureza científica com vistas a conhecer como as pessoas equacionam e agem, constituindo-se, portanto, tarefa científica e não filosófica³⁷. Neste sentido, identificaremos a forma como os ACS agem na prática profissional, entendendo a percepção de como estes profissionais raciocinam e agem.

O estudo é descritivo pode ser definido como estudo da descrição das características, propriedades e relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada. Estaremos observando, registrando, analisando e correlacionando fatos ou fenômenos e procurando descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. Nesse sentido, sendo descritivo, especificaremos o perfil dos ACS que serão submetidos à análise pelos depoimentos éticos⁴⁰.

Sendo qualitativo primeiramente, o interesse do pesquisador volta-se para a busca do *significado* das coisas, porque este tem um *papel organizador* nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam⁴¹, e isso dá molde à vida, em particular o ACS sujeito dessa pesquisa. Vale ressaltar que sendo qualitativo estaremos partindo de questões amplas, porém se esclarecendo no decorrer da investigação.

A pesquisa qualitativa é aquela que trabalha predominantemente com dados qualitativos, isto é, a informação coletada pelo pesquisador não é expressa em números, ou então os números e as conclusões neles baseadas representam um papel menor na análise⁴².

O estudo quantitativo se caracteriza pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas. Este estudo possui como diferencial a intenção de garantir a precisão dos trabalhos realizados, conduzindo a um resultando com poucas chances de distorções⁴².

A coleta de dados enfatizará números (ou informações conversíveis em números) que permitam verificar a ocorrência ou não das consequências, e daí então a aceitação (ainda que provisória) ou não das hipóteses. Os dados são analisados com apoio da Estatística (inclusive multivariada) ou outras técnicas matemáticas.

Nesse sentido estaremos descrevendo as variáveis no capítulo resultados e explicaremos as complexas características de cada variável, sendo apresentado em tabelas.

3.2 - LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Rolândia (figuras 1 e 2) situado no terceiro planalto do Norte do Paraná. Ocupa uma área de 460 km², que corresponde a aproximadamente 0.23% do Estado. É constituído pela sede e dois distritos, São Martinho e Nossa Senhora Aparecida, distantes respectivamente, 14 e 15 km da sede.

Rolândia está a 348 km da capital do estado (Curitiba) e possui os seguintes limites e distâncias rodoviárias: ao Norte Jaguapitã (30 km); ao Sul Arapongas (11 km); ao Leste Cambé (10 km) e a Oeste com Sabáudia e Pitangueiras. Seu clima é temperado mesotérmico e seco, com temperaturas médias entre 12° e 38° graus centígrados⁴³.

O município integra a Região Metropolitana de Londrina, e está sob a jurisdição da 17ª Regional da Secretaria de Estado da Saúde, Macro Região Norte do Paraná. Sua população estimada no ano de 2009 é de 55.750 habitantes⁴³.

Figura 1 – Mapa do Paraná destacando o município de Rolândia.



Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre, 2012.

Figura 2 – Foto do município de Rolândia - Paraná.



Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre, 2012.

A pesquisa foi realizada nas seguintes UBS: Orlando Melin (Distrito de São Martinho), Nossa Senhora Aparecida (Distrito de Bartira), Dr. Júlio Braz Schettin Damasceno, Álvaro Eugênio Cabral, Rudolph Kempf, Dr. Ciro Bolívar Araújo Moreira e Odete Elisa Godoy. Todas as UBS representam uma cobertura de acompanhamento da população de ESF de 70% e o município possui 12 Equipes de Estratégia Saúde da Família⁴⁴.

3.3 - POPULAÇÃO DE ESTUDO

Atualmente Rolândia conta com 72 (setenta e dois) ACS e a população de estudo foi constituída por 52 (cinquenta e dois). Essa amostragem foi definida, pois queríamos inicialmente obter o perfil ético de todos os ACS do município. Os critérios de exclusão foram os profissionais que não quiseram participar da pesquisa, ou por algum motivo, estavam ausentes no período estabelecido para coleta dos dados (licença médica, gestante e férias).

3.4 - FONTE DE DADOS

As fontes de dados foram primárias, obtidas por entrevistas semi-estruturadas com os ACS utilizando-se questionários aplicados por alunas devidamente treinadas, matriculadas na última série de um curso de enfermagem e devidamente treinadas. Entende-se por fonte primária a gravação ou um documento que se relaciona com as informações originalmente apresentadas nesse estudo

3.5 - ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, *campus* Sorocaba, sendo aprovado em 12 de Junho de 2012 e somente após sua aprovação foi iniciada a coleta de dados (Anexo 1).

As alunas entrevistadoras foram orientadas a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que consta no (Apêndice A), a fim de padronizar as informações necessárias à elucidação de eventuais dúvidas dos ACS.

Todos os ACS assinaram o TCLE antes de qualquer procedimento relacionado à pesquisa.

3.6 - COLETA DE DADOS E SEUS INSTRUMENTOS

As entrevistas dos ACS foram realizadas por três alunas matriculadas no 4º ano do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Filadélfia, situado no município de Londrina, estado do Paraná. Esta estratégia visava à eliminação de vieses nas respostas por parte dos agentes comunitários de saúde, posto que o pesquisador principal atue como gerente de uma das UBS envolvidas e é muito familiar aos sujeitos da pesquisa.

As alunas foram recrutadas pelo próprio pesquisador, que é docente do Centro Universitário supra referido. Uma vez escolhidas, foram capacitadas em sessões de treinamento por simulação da situação de fato e aplicação dos problemas escolhidos a outros alunos de enfermagem que se prontificaram a ser voluntários. O treinamento realizado no dia 28 de junho de 2012 foi gravado e teve duração de 40 minutos, mediante observação do pesquisador visando eventuais correções no curso das entrevistas. Três sessões foram necessárias ao bom desempenho individual na aplicação das situações dilemáticas escolhidas.

As entrevistas semi-estruturadas ocorreram durante a semana de 02 a 05 de Julho de 2012, em horário alternativo compreendido entre 08h00min. às 10h00min., ou seja, sem interferir nas atividades da equipe da ESF.

Primeiramente, um questionário foi aplicado aos ACS para coleta dos dados sociodemográficos (Apêndice B). Entende-se por demografia o estudo de populações humanas em um determinado momento com relação ao tamanho, a distribuição e a estrutura da população. A demografia também analisa as mudanças que ocorrem na população ao longo do tempo, principalmente o crescimento populacional. A análise demográfica é definida como características de toda uma sociedade ou um grupo específico, definido por critérios como educação, nacionalidade, religião e etnia. Esses dados são importantes visto que são variáveis que descrevem características dos ACS, ou seja, de interesse para o estudo⁴⁵.

Em um segundo momento, as alunas devidamente treinadas solicitaram que os entrevistados listassem problemas éticos a partir de uma narrativa

de três casos hipotéticos, construídos pelo pesquisador e pela orientadora, constantes do (Apêndice C). Os alunos utilizaram um gravador e caneta para assinatura dos impressos. A validação ocorreu no momento da entrevista, ou seja, foi solicitado pela aluna que o entrevistado repetisse o depoimento, com registro do dia e horário.

As situações éticas descritas foram baseadas em um estudo já realizado com profissionais da atenção básica (médicos e enfermeiros)³⁷, porém modificado conforme a realidade da prática profissional do ACS, em especial aqueles que trabalham no município de Rolândia.

O (Apêndice C) apresenta 03 (três) situações éticas, sendo uma com paciente hipertenso, uma com portador de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e uma com adolescente. Obviamente, tratam-se situações já estabelecidas nas atribuições básicas dos ACS fundadas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997 e descritas na Introdução.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia, Paraná (Apêndice D) e o pesquisador declarou a sigilo de informações conforme (Apêndice E).

3.7 - ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos foram analisados por meio do número absoluto de cada parâmetro, bem como de sua respectiva porcentagem em relação ao total dos ACS. Estão compilados na Tabela 1 no capítulo resultados, para melhor visualização do perfil dos ACS. O conjunto das atividades que desenvolvem também foi motivo de análise e está apontado na Tabela 2.

No segundo momento os ACS após serem convidados a responder sobre as situações apresentadas no (Apêndice C). As entrevistas éticas propriamente ditas foram gravadas pelas alunas e depois analisadas pelo pesquisador através da metodologia da análise de conteúdo, mas descritas também por número absoluto nas Tabelas, 3, 4 e 5. A “Análise de conteúdo” é definida como um instrumento científico de pesquisa de múltiplas aplicações, tendo sido bastante explorado no campo da Crítica Literária, da Comunicação, da Psicologia, da Sociologia e nas Ciências Políticas. É um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do

conteúdo das mensagens⁴⁶. O trabalho de análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido presentes no texto, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto estudado⁴⁷. Cada situação dilemática foi avaliada *per se*, de acordo com as respostas obtidas, pois são de naturezas diversas, não permitindo comparações inter situações.

Os discursos foram lidos para identificação dos depoimentos éticos apontados e o conjunto dessas informações formou uma grade temática para análise de uma leitura transversal de todos os depoimentos, ou seja, cada relato foi relido visando recortá-lo em torno de cada tema – objeto listado. Por se tratar de estudo descritivo, os depoimentos dos ACS gravados foram transcritos literalmente para que fosse dado tratamento descritivo, ou seja, foi feita a análise de seu conteúdo, por meio da organização do material obtido, seguida de codificação, classificação e categorização, sendo que esta última possibilitará a simplificação dos dados, facilitando sua interpretação.

Os principais elementos que buscávamos eram a presença daqueles contidos nas situações dilemáticas. Outros enfoques podem ser analisados na medida em que os depoimentos permitam. Ressaltamos que uma das facetas que habitualmente é analisada em pesquisas desta natureza é o da ética profissional, que neste caso específico, não poderá ser utilizado porque os ACS sequer têm um Código que os oriente na prática deontológica.

Esta a análise será despontada a seguir no capítulo dos resultados.

4 - RESULTADOS

Os resultados serão apresentados nesse capítulo, porém a apreciação dos conteúdos das entrevistas gravadas será analisada no item 5 – Discussão.

A aplicação do questionário sociodemográfico foi realizada e participaram da pesquisa 52 (cinquenta e dois) ACS, de um total de 72 (setenta e dois), correspondendo a (73%). No período de coleta de dados 10 (dez) ACS não quiseram participar e outros 10 (dez) não puderam pelos seguintes motivos: 5 (cinco) ACS estavam de licença maternidade ou saúde e os outros 5 (cinco) estavam em gozo de férias. O perfil sociodemográfico dos sujeitos pode ser encontrado na Tabela 1 e demonstrou eminentemente que os ACS no município de Rolândia/Paraná são mulheres (100%), na faixa etária entre 20 e 40 anos (52%), a maioria cursou ensino médio completo (87%) e pratica a religião católica (62%), são da raça branca (67%), casadas (73%) e com filhos (73%), 80% atuam na ESF acima de 3 anos e apenas 18% trabalham há menos de dois anos. Todas residem na comunidade onde atuam sendo que 86% lá habitam há mais de 5 (cinco) anos.

Todos os ACS desenvolvem várias atividades na ESF de Rolândia (Tabela 2), onde notadamente destacam-se a visita domiciliar (VD), assim como a execução de funções de apoio às equipes de saúde dentro da UBS (100%). Com relação a principal atividade, 70% dos ACS visitam 10 (dez) a 15 (quinze) domicílios por dia, ou seja, acima do preconizado pelo MS que recomenda no mínimo 8 (oito) VD. Todos realizam os cadastros das famílias que acompanham (100%). Dados relevantes adicionais foram: 92% dos ACS cuidam de 150 famílias ou mais (92%), todos participam de programa de saúde no nível de educação permanente (100%), interagem com a equipe na formação de grupos, como os de risco (100%), hipertensão (100%), diabetes (100%), tabagismo (77%), gestantes (90%), crianças de 0 a 2 anos (86%), HIV (8%), tuberculose (17%) e hanseníase (19%).

TABELA 1. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo suas características sócio-demográficas e profissionais, Rolândia, PR, 2012.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	52	100 %
Masculino	0	0 %
Idade		
Até 19 anos	1	2 %
De 20 a 40 anos	27	52 %
Acima de 40 anos	24	46 %
Escolaridade		
Fundamental Completo	1	1%
Médio incompleto	2	4%
Médio Completo	45	87%
Superior Incompleto	4	8%
Religião		
Católico	32	62%
Evangélico	15	28%
Romano	1	2%
Espírita	1	2%
Crê em Deus	3	6%
Etnia		
Branco	35	67%
Negro	7	13%
Pardo	10	20%
Casado (a)		
Sim	38	73%
Não	14	27%
Filhos (Número de filhos)		
Nenhum filho	14	27%
1 a 2 filhos	29	56%
3 a 5 filhos	9	17%
TOTAL	52	100%

TABELA 2. Atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, Rolândia, PR, 2012.

Variáveis	Nº	%
Tempo que trabalha na Estratégia Saúde da Família?		
1 a 5 meses	7	14%
6 a 10 meses	1	2%
1 a 2 anos	1	2%
3 a 5 anos	23	44%
Acima de 5 anos	20	38%
Tempo de moradia na comunidade		
Não mora na comunidade	3	6%
Mora de 1 a 2 anos	2	4%
Mora de 2 a 5 anos	3	6%
Acima de 5 anos	44	86%
Você realiza Visitas Domiciliares?		
Sim	52	100%
Não	0	0%
Quantas Visitas você realiza por dia?		
Até 10	12	22%
10 a 15	36	70%
Acima de 15	4	8%
Você realiza Cadastramento de Famílias?		
Sim	52	100%
Não	0	0%
Quantas Famílias você tem cadastrada?		
100 a 150	4	8%
Acima de 150	48	92%
Você participa de programas de saúde?		
Sim	52	100%
Não	0	0%
TOTAL	52	100%

TABELA 2. (cont.) Atividades Desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, Rolândia, PR, 2012.

Variáveis	Nº	%
Você realiza atividades burocráticas dentro da UBS?		
Sim	52	100%
Não	0	0%
Você realiza acompanhamento de grupos de risco?		
Sim	52	100%
Não	0	0%
Número de ACS que trabalham Com grupos de educação em saúde?		
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	52	100%
DIABETES MELLITUS	100	0%
TABAGISMO	40	77%
GESTANTE	47	90%
CRANÇAS DE 0 A 2 ANOS	45	86%
HIV	4	8%
TUBERCULOSE	9	17%
HANSENÍASE	10	19%
TOTAL	52	100%

Em relação às questões arguidas na entrevista estruturada que expuseram conflitos éticos quanto ao sigilo, no caso 1 nas duas perguntas os resultados demonstraram uma média de acertos naquilo considerado eticamente certo, sendo que no Caso 1 – A foram 80% de acertos e no Caso 1 – B 58% de acertos (Tabela 3). No caso 2 todos os ACS tiveram 100% de acerto quanto ao sigilo de informações (Tabela 3). Já no caso 3 tivemos como resultados discordâncias, sendo que no Caso 3 – A foram apenas (40%) de acertos e no caso 3 – B (100%) de acertos. Um resumo destes achados está disponível na Tabela 3.

TABELA 3. Posicionamento dos ACS em relação às situações hipotéticas envolvendo conflitos éticos vivenciados na prática profissional, Rolândia, PR, 2012.

Questões	Resposta Certa	Resposta Incorreta
	Nº %	Nº %
No caso 1 – A – Se o ACS revela a outros ACS da equipe que a paciente é hipertensa e grosseira, e relata que não quer acompanhá-la. Você acredita que o ACS agiu certo ou errado?	42 80%	10 20%
Ainda no Caso 1 – B – Caso acredite que o ACS agiu errado Ele deve ser punido?	30 58%	22 42%
No caso 2, se o ACS revelar o diagnóstico da doença ao marido da paciente, ele cometeu uma falta de ética?	52 100%	0 0%
No caso 3 – A - Se o ACS não concordar com a adolescente por ela estar tendo relações sexuais muito cedo, ele está cometendo falta de ética?	21 40%	31 60%
Ainda no Caso 3 – B – Você ACS orientaria sobre o uso de Preservativos?	52 100%	0 0%
TOTAL	52	100%

TABELA 4. Posicionamento dos ACS em relação aos conflitos éticos, depoimentos éticos vivenciados, Rolândia, PR, 2012.

Questões	Sim Vivenciou		Não Vivenciou	
	N	%	N	%
No caso 1 você ACS já se deparou com uma situação parecida?	29	56%	23	47%
No caso 2 você ACS já se deparou com uma situação parecida?	25	48%	27	52%
No caso 3 você ACS já se deparou com uma situação parecida?	25	48%	27	52%
TOTAL	52	100%	52	100%

A Tabela 4 mostra que no Caso 1, (56%) dos ACS já tiveram uma experiência na prática profissional, ou seja, mais da metade dos ACS vivenciaram o conflito ético expresso na questão. Importante afirmar que todos os ACS relataram trabalhar com pacientes do grupo de risco “hipertensos”, ou seja, teoricamente deveriam saber lidar com as situações provenientes deste atendimento, além de terem a ficha B (Anexo 2) como instrumento de acompanhamento. No caso 2, (52%) dos ACS não vivenciaram ainda a situação com pacientes portadores do vírus HIV, destacando-se que estes eram os que têm menos tempo de carreira de trabalho no município, ou seja, ACS que trabalham entre um mês a dois anos. Já no caso 3, apesar de frequente na prática de um ACS, tivemos como resultado que apenas (48%) dos ACS reconheceram essa experiência no cotidiano.

TABELA 5. Posicionamento dos ACS em relação ao Código de Ética, Rolândia, PR, 2012.

Questões	ACERTOS	ERROS
	N %	N %
Você ACS sabe se existe um Código de Ética para o ACS?	44 85%	8 15%
Você ACS acha importante os ACS terem um Código de Ética?	52 100%	0 0%
TOTAL	52	100%

Na Tabela 5 tivemos como resultado que 85% dos ACS sabiam da inexistência de um Código de Ética Profissional específico para o ACS e apenas 15% não tinham este conhecimento. Os ACS que afirmaram não saber se existe ou não um Código de Conduta (15%) têm curiosamente como experiência profissional entre um mês a dois anos de trabalho. Na realidade, chama a atenção o resultado que 100% dos ACS acham importante a elaboração de um Código norteador de suas ações, visto que outros profissionais da área da saúde como médico, enfermeiro, nutricionista e odontologista já o têm.

Os depoimentos referentes a todas as situações serão discutidos na sua íntegra no capítulo de “Discussão”, a seguir.

5 - DISCUSSÃO

Podemos afirmar que o ACS é um personagem muito importante na implementação do SUS, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da atenção primária à saúde e à comunidade. No Brasil, atualmente, mais de 250 mil ACS estão atuando, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com ações de promoção e vigilância em saúde²⁸⁻⁴⁸.

Na pesquisa tivemos a participação de 52 (cinquenta e dois) ACS, correspondentes a (73%) dos existentes no município de Rolândia e, com isso foi possível conhecer o cotidiano do trabalho dos ACS e os conflitos éticos da sua prática profissional.

Podemos destacar no perfil dos ACS do Município de Rolândia – Paraná, o fato de serem todos os profissionais do sexo feminino. Esta tendência sociohistórica aparece desde os primórdios do PSF, que teve origem no Estado do Ceará. Naquela ocasião houve um direcionamento destes empregos para as mulheres que estavam ociosas e passando fome nas regiões de seca⁴⁸. Observa-se esta mesma tendência de feminização em outras categorias profissionais, como é tradicionalmente o enfermeiro, onde uma minoria masculina faz esta opção, ainda nos dias de hoje, tanto na qualificação universitária quanto nos níveis médio e técnico⁴⁹.

Já no quesito idade, o MS coloca como condição que o ACS tenha idade mínima de 18 anos. Nesse sentido, tivemos como resultado que (52%) das ACS do município de Rolândia estão entre 20 e 40 anos de idade. Nossos dados estão em acordo com outros estudos realizados no Brasil que demonstraram a mesma tendência de predomínio desta faixa etária nesta categoria profissional⁵⁰.

Quanto à escolaridade, 87% das ACS cursaram ensino médio completo e 8% estão cursando ensino superior, lembrando que o mínimo exigido pelo MS para exercer a profissão de ACS é o ensino fundamental. Ou seja, apenas 13% das ACS não possuem qualificação escolar superior à exigida, o que está em consonância ao perfil nacional destes profissionais. Segundo previsão do art. 3º (incisos I a III) da Lei nº 10.507/2002, para o exercício da profissão de ACS se faz necessário o atendimento dos seguintes requisitos: residir na área em que atuar e haver concluído o ensino fundamental e o curso de qualificação básica para a formação de agente comunitário de saúde⁵¹.

No quesito etnia tivemos como resultado que 62% das ACS são brancas e nesta mesma proporção, católicas (62%). Embora não tenhamos nos aprofundado nesta última questão visto que a literatura é escassa quanto ao assunto, mas é fato conhecido que a espiritualidade/religiosidade pode ser um consolo nas horas difíceis, porque ter uma experiência religiosa possibilita libertar-se de algum sofrimento⁵².

A porcentagem de ACS casadas é de 73%. Ao considerarmos que a totalidade é mulher, em sua maioria casada, e com um a dois filhos (56%) pressupõe-se uma segunda jornada de trabalho, que é o doméstico, o que pode ser um dificultador, pois acrescenta mais esforço físico a um trabalho que já demanda elevada atividade física⁵³.

Constatamos também que 82% dos ACS trabalham a mais de três anos nessa profissão, dos quais, 38% o fazem a mais de cinco anos na ESF. A análise do tempo de atuação do ACS expressa sua relevância para a prática do cuidar humanizado no âmbito da comunidade, uma vez que a troca de experiências com a equipe e o usuário viabiliza que o ACS adquira conhecimento e habilidade para desenvolver suas funções, além de fortalecer o vínculo com as famílias, através do estabelecimento de uma relação de confiança, adquirida com o tempo⁵⁴.

Outro marcador importante é o tempo que o ACS reside na comunidade, visto que 86% das ACS residem a mais de cinco anos no local onde atuam. Importante afirmar que o ACS tem papel fundamental, senão prioritário na comunidade onde reside desenvolvendo ações que estimulam esta comunidade à promoção à saúde e prevenção de doenças⁵⁵.

Sendo um integrante da comunidade, o ACS vive situações semelhantes às dos usuários do serviço e uma relação de identificação com as condições de vida e saúde da população. Sem dúvida, esta aproximação identitária de classe social possibilita compreender as condições e os valores socioculturais da comunidade, bem como as suas necessidades⁵⁶.

A prática de VD e cadastro da família são as principais atribuições do profissional ACS e nossos resultados são convergentes com a literatura, ou seja, 100% dos ACS executam estas tarefas. Aliás, é durante a VD e o cadastro que os ACS percebem as necessidades de cada uma das famílias. Em um estudo com as ACS sobre VD, foi constatado que a visita domiciliar é o momento de levar a

informação necessária a cada família, de participação no processo do cuidar e de resolutividade dos problemas que estejam presentes na ocasião⁵⁵⁻⁵⁶.

No município de Rolândia, 92% dos ACS entrevistados têm cadastradas mais de 150 famílias e os demais 8% entre 100 e 150, sendo que 78% realizam dez ou mais visitas diárias.

Segundo a lei que regulamenta o exercício profissional dos profissionais da ESF, a equipe multiprofissional tem carga populacional máxima de 4.000 (quatro mil) habitantes por ESF e média recomendada de 3.000 (três mil) habitantes, além disso, o inciso III definiu que nas micro-áreas sob a responsabilidade de cada ACS a população deva ser de até 750 (setecentos e cinquenta) habitantes por área⁵⁷.

Outro destaque é que 100% dos ACS realizam ainda atividades burocráticas nas UBS, o que diminui seu tempo para realização de VD e atividades na comunidade. Embora não tenha sido escopo de nossa investigação, a literatura mostra que os ACS preferem realizar VD, mas o tempo fica restrito devido às funções burocráticas⁵⁸.

Ao questionar a participação do ACS em programas de saúde tivemos como resultado que (100%) têm este compromisso, que é entendido como Educação Permanente em Serviço, que por sua vez, é fundamental para todos os integrantes da equipe⁵⁹.

Infelizmente, a capacitação dos profissionais é um dos entraves do PSF, pois os pólos de capacitação permanente dos profissionais, em diversos centros urbanos, nem sempre conseguem cumprir sua atribuição básica, que seria a de oferecer os treinamentos introdutórios⁶⁰.

A formação de grupos de risco é um resultado importante desta pesquisa, pois todas as ACS referem que participam de grupos de educação em saúde (100%), considerando os grupos já existentes de gestantes, idosos, crianças, portadores de tuberculose, hanseníase, HIV e tabagismo. No entanto, os resultados mais eficazes foram obtidos com a formação de grupos de risco para pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*. O Decreto Federal Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999, já citado anteriormente, fixa diretrizes para o exercício da atividade do ACS. Em seu artigo 2º uma delas é a prática de ações coletivas e intersetoriais (educação, cidadania/direitos humanos)⁶¹.

Uma vez cumpridas as análises das Tabelas 1 e 2, apresentaremos e discutiremos a partir de agora, o posicionamento dos ACS quanto às situações hipotéticas (Tabela 3) e (Apêndice B). Para confidencialidade da transcrição dos depoimentos éticos, com objetivo de subsidiar a discussão, foi utilizada a palavra ACS (Agente Comunitário de Saúde) seguida números sequenciais para referenciar as falas dos diferentes sujeitos (ACS 1, ACS 2, ACS 3, e assim por diante). Os depoimentos foram escolhidos com base no conteúdo lido através de "análise de conteúdo" e "eixo temático" elaborado, pois foram ouvidos 52 ACS durante a entrevista.

Apesar do PACS ter mais de 20 (vinte) anos de implantação, praticamente na mesma época do início do SUS, a profissão de ACS só foi criada e regulamentada há 10 anos, pela Lei nº 10.507. No entanto, esta regulamentação não previu uma vinculação dos ACS a um Conselho de Classe e, portanto, a um código de ética que regulasse seus direitos e deveres²⁵⁻⁶¹.

Esta lacuna de legislação não permite que comparemos as respostas obtidas nas entrevistas com aquelas que deveriam estar consignadas no código de ética próprio da categoria.

As respostas dos ACS foram analisadas de forma individual dentro da entrevista através de uma primeira leitura inicial, denominada leitura flutuante. Após essa etapa inicial as questões dentro do seu grupo foram categorizadas correlacionando ideias e opiniões apresentadas, dando assim características de homogeneidade, fidelidade, objetividade e pertinência às categorias desenvolvidas, assim por fim, foi possível elaborar explicações pertinentes ao tema.

Caso 1 - PERTURBANDO A ROTINA: a Senhora J, hipertensa e diabética, frequentemente faz demandas que dificultam as atividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. O agente de saúde da equipe na qual ela é cadastrada tenta acompanhá-la através da ficha de visita (ficha B) da melhor maneira possível, mas a cada dia sente-se mais tentado a deixar de investir seus esforços visto que a paciente não quer a visita de nenhum agente comunitário de saúde.

No caso 1 o ACS revela a outros ACS e outros profissionais da equipe que a paciente hipertensa é grosseira, e relata que não quer acompanhá-la, você acredita que o ACS agiu certo ou errado e caso acredite que ele agiu errado deve ser punido nessa situação?

Após leitura exaustiva das respostas referentes a esta questão do (Caso 1), notamos algumas impressões descritas pelos pesquisados que emergiram e foram classificadas nos seguintes grupos temáticos: Eixo temático: Julgamento do ACS em relação ao atendimento prestado; Eixo temático: Revelação de casos de pacientes aos membros da equipe e Eixo temático: Julgamento do ACS sobre penalidades.

A hipertensão arterial (HA) é uma síndrome de origem multifatorial, sendo um dos maiores problemas na área de saúde pública e tem sido reconhecida como grave fator de risco para as doenças cardiovasculares.

A presença da HAS duplica o risco cardiovascular e, além disso, é o primeiro fator de risco para o acidente vascular cerebral. Cerca de 90% de pessoas em estágio final de doença renal tem história de HAS. Ressalta-se, ainda, o alto custo social em nosso meio, pois a HAS é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho⁶².

O tratamento no Brasil é fornecido atualmente pela atenção básica, totalmente gratuita, ou seja, o programa de controle da HAS está inserido no plano de atenção básica de assistência a Saúde do Adulto, desenvolvido pela ESF. Por ser a HAS uma doença com sinais e sintomas obscuros e, muitas vezes ausentes, a informação da equipe de saúde passa a ser fundamental. Neste sentido, o profissional ACS, como já citado no desenvolver dessa pesquisa, faz a ligação das famílias com a unidade e realiza VD, e para isso utiliza a ficha B de acompanhamento (Anexo 2).

5.1 - Eixo Temático: Julgamento do ACS em relação ao atendimento prestado ao paciente

Este eixo foi muito valorizado pelos ACS, visto que a atribuição de acompanhamento e VD são extremamente importantes e já foram citadas como as principais ações dessa categoria profissional. Percebemos por este estudo que o processo de trabalho faz uma via de mão dupla, onde o ACS desloca para si parte da responsabilidade de acompanhamento do hipertenso, ao passo que a comunidade assume o compromisso com o ACS de seguir as orientações fornecidas.

Os ACS relataram por meio de seus depoimentos a realidade de acompanhamento do paciente crônico, qual seja a dificuldade de adesão às recomendações efetuadas. Os depoimentos descritos nesse eixo são somente os referentes aos ACS que relataram este fato durante a entrevista, já aqueles que não se ativeram a este aspecto ou responderam laconicamente “**sim (40% dos ACS) já tive um caso**” e não relatou o depoimento, ou “**não (38% ACS) tive um caso assim**”, não foram descritos. É importante afirmar que **(21% dos ACS)** relataram o depoimento durante a entrevista que serviram de fundamento do eixo deste estudo de caso que foram exemplificados durante a discussão geral, conforme classificação:

Depoimento da ACS 1

“(...) há pessoa que queria que eu visitasse, mas não acompanhasse (...).”

Depoimento da ACS 9

“(...) a gente orienta, fala, se conselho fosse bom, vendia, é difícil, mas a gente tem que entender que a pessoa tá doente né, então a gente tem que relevar e continuar fazendo a visita normal”.

Depoimento da ACS 10

“(...) eu tinha um paciente na minha área que, além de hipertenso e diabético, ele era cego, hiperglicêmico, aí ele foi grosseiro comigo, foi grosseiro com a médica que vinha pra cá, que ia à casa fazer visita, mas eu não tirei ele da minha ficha não, ele só se mudou de área, mas aqui todo mundo conhecia ele, porque ele vinha aqui perturbando a unidade”.

Depoimento da ACS 17

“Um paciente que fui visitá-lo e ia cadastrar para acompanhar e ele foi grosseiro comigo, eu fui embora e ele não quis assinar a ficha de visita (...).”

Depoimento da ACS 21

“Varias vezes já me deparei com muitos casos, mas o que devemos fazer é nunca desistir do paciente”.

Depoimento da ACS 22

“Se a paciente não quer mais a vista e é grosseira e fica tratando mal, então não adianta a ACS bater na porta dela, porque ela nem vai atender, nem sair para fora (...).”

Depoimento da ACS 38

“(...) ACS nunca deve desistir do paciente, mesmo o paciente não querendo, ela. É uma situação de risco, tem que tá investindo nessa visita sim”.

Depoimento da ACS 40

“Eu tinha uma paciente que era bem grossa sabe, na minha frente ela tratava bem, mas quando eu saía ela falava um monte de coisa, só que eu procurei tratar ela profissionalmente e deixei de lado, assim, vou visito ela, vejo como ela tá, vejo a situação dela e ficou por isso, nunca deixei de visitar né, não deixei de acompanhar ela, mas ela é bem grosseira, depende do dia, ela grita de lá pra frente que não quer te atender, passa pra lá porque agora eu não posso”.

Depoimento da ACS 43

“(...) E ainda fala mal do paciente, se não quer visitar fala com a enfermeira, mas não fala mal dele”.

Depoimento da ACS 45

“(...) A gente não pode deixar de acompanhar ela, mesmo que ela não queira, aí a gente vai e tenta novamente”.

Depoimento da ACS 48

“Eu tenho um paciente que não toma medicação, ela é alcoólatra e eu não consigo entrar na casa dela. Ela não abre o portão, ela me atende no portão, ela não me mostra a receita dela, eu sei o medicamento que ela toma através do prontuário, mas ela não me apresenta a receita, ela não vem fazer o controle de pressão, a receita dela no caso já tá bem defasada a data, ela não vem trocar, ela fala pra mim que não precisa de ninguém lá, e ela fala bem assim eu não preciso de ninguém no meu portão, é bem assim que ela fala. E a enfermeira tem conhecimento disso”.

Mesmo sentindo-se impotentes e frustradas com a gravidade desses problemas, algumas das ACS manifestaram o desejo de promover a saúde dos moradores com hipertensão, visto ser este um de seus principais papéis. Os relatos

das ACS neste estudo corroboram a questão de que os ACS lidam com pacientes que necessitam de cuidados da equipe de saúde, mas que nem sempre esta interferência é desejável pelo usuário.

Os ACS percebem-se como trabalhadores pouco reconhecidos e valorizados, apesar dos enaltecimentos ao papel mediador que lhes foi destinado nos documentos oficiais. O reconhecimento da importância do ACS ainda está muito aquém do esperado conceitualmente, no contexto da mudança das práticas de saúde que se pretende concretizar, por meio da estratégia de saúde da família, e alimentado no referencial curricular previsto no Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde⁶³.

Outro aspecto que identificamos subliminarmente é que há os princípios da beneficência/não maleficência implícitos nas ações das ACS, pois não abandonam o paciente, a despeito dos obstáculos. Para além do profissionalismo, há o sentido da solidariedade e humanismo com o seu igual: o usuário do sistema que habita sua realidade de vida e não só de profissão, mesmo não sendo capacitado continuamente.

O ACS tem como função identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, à promoção, a recuperação e a reabilitação da saúde dos moradores de cada casa, sob sua responsabilidade²⁵⁻⁶⁴.

Para tanto, o ACS deve estar plenamente capacitado a informar e esclarecer medidas ou procedimentos dentro do rol de suas atribuições. Este padrão de informação enseja que se estabeleça uma abordagem informativa apropriada a cada pessoa, uma informação personalizada, passando a contemplar as expectativas, os interesses e os valores de cada usuário, observados em sua individualidade⁶⁴.

Certamente este é um ponto a ser atacado pelos gestores de saúde para que haja maior efetividade do sistema e melhora da adesão ao tratamento, desta doença de alta prevalência e grande impacto na morbidade e mortalidade cardiovasculares. Os ACS podem e devem ser agentes de transformação.

5.2 - Eixo temático: Revelação de casos de pacientes aos membros da equipe, como fator facilitador em reuniões de equipe.

Observando as impressões dos profissionais entende-se que há uma lacuna na habilidade para este tipo de situação. A questão do sigilo deveria ser trabalhada enquanto conteúdo obrigatório na capacitação, pois alguns ACS identificam pelo nome os pacientes e comentam sobre suas dificuldades e impressões com outros colegas de profissão e até fora da UBS.

É perceptível que a revelação surge como estratégia de superação e resolução dos casos. Os ACS justificaram a quebra de sigilo alegando que o enfermeiro é o coordenador de equipe e deve estar a par de toda a situação que um ACS não consiga suplantar. Assim, utilizam o espaço das reuniões multiprofissionais com esta finalidade.

Em estudo realizado com uma equipe de PSF de um município baiano, a reunião de equipe foi também valorizada pelos ACS, sendo considerado local para alívio de angústias e para que dúvidas sejam sanadas, constituindo um momento para transmissão de informações técnicas⁶⁵.

Os depoimentos descritos nesse eixo são somente os referentes aos ACS que relataram este fato durante a entrevista, já aqueles que não se ativeram a este aspecto **e não relatou o depoimento ou opinião (81% dos ACS)** e não foram descritos. É importante afirmar que **(19% dos ACS)** relataram o depoimento durante a entrevista que serviram de fundamento para este eixo deste estudo do caso conforme classificação a seguir.

Segundo as ACS, em nosso estudo, os casos não resolvidos ou que levarem dúvidas são tratados em reuniões de equipe ou diretamente com a enfermeira coordenadora. Entendem que esta prática é facilitadora e os auxilia no desenvolvimento de suas funções. Verifica-se que não compreendem a quebra do sigilo como uma falha ética.

Depoimento ACS 2

“(...) a gente tem que tá passando para equipe sim, em reuniões, que são realizadas uma vez no mês ou quando há necessidade”.

Depoimento ACS 5

“Eu acho que tudo é questão de conversar, tentar ver, se tem uma situação que ele não tá resolvendo, tem que passar para equipe e assim não desistir, tentar resolver. (...) Eu acho que o maior desafio aqui é assim convencer o paciente a aceitar o tratamento, investir, até mesmo conquistar a pessoas”.

Depoimento ACS 7

(...) “A gente acaba comentando com quem a gente conhece, mas até mesmo dentro da equipe, mas quando isso acontece a gente tem que passar primeiro para enfermeira”.

Depoimento ACS 9

(...) “Eu vou falar para enfermeira (...)”.

Depoimento ACS 10

(...) “São muitas coisas que ficam na nossa cabeça, a gente tem que dividir com alguém, fora a nossa enfermeira”.

Depoimento ACS 15

“Eu acho que ele tem que pega um aconselhamento da enfermeira (...)”.

Depoimento ACS 16

“É, depende, se for uma reunião de equipe, na reunião de equipe a gente trata os casos mesmo, então, de repente, a gente tá buscando uma nova ideia”;

Depoimento ACS 26

(...) “Me deparei com uma paciente que não queria acompanhamento, é cheguei para visitá-lo, bati palma e ele me atendeu, daí como ele percebeu que era agente ele não queria atendimento, nesse momento eu deixei de atendê-lo na UBS e passei o caso para enfermeira chefe, e ela me relatou que eu poderia estar fazendo o acompanhamento conversando com a esposa do paciente, então foi o que fiz. A esposa sempre me atende bem, relata o que passa com ele, se ele tá bem ou não, se toma os remédios ou não”.

Depoimento ACS 32

“Eu acredito que ela agiu certo, ela tem direito, eu tipo passaria o caso principalmente para a enfermeira, para eles estarem por dentro, porque aí para ter uma ressalva, aí que ela tenta visitar e a paciente não quer mais, e a responsável pela UBS tem que saber, né? Desde que seja assim dentro do ambiente de trabalho, né, falando com as colegas de trabalho, não vejo mal nenhum, mal é falar fora do ambiente da UBS”. “A gente procura ser o mais discreto possível e alguns comentários que a gente chega a fazer com as colegas e com a enfermeira do posto”.

Depoimento ACS 38

“Pelo fato dele ter relatado à equipe eu acho que ele agiu certo sim, só que a ACS nunca deve desistir do paciente, mesmo a paciente não querendo, ela é uma situação de risco, tem que ser investido nessa visita sim”.

A troca de informações entre os elementos da equipe de saúde é entendida como necessária, mas devendo ser limitada àquelas informações que cada profissional precisa para realizar suas atividades em benefício, e para o cuidado do paciente. A revelação da identidade do indivíduo, pura e simples, sem sua autorização expressa pode se configurar, a depender das condições, em falha ética³²⁻⁶⁶.

Evidencia-se, ainda, que a construção das relações de trabalho nas reuniões de equipe é baseada na liberdade de falar, o que possibilita pensar novos caminhos em relação às situações levadas à discussão⁶⁶.

Conclui-se que as reuniões de equipe são necessárias e devem ser de fato espaço de discussão qualificada, onde todos pensem as situações problemáticas no sentido de solucioná-las da melhor forma possível e compartilhando a responsabilidade. Adversativamente, há que se identificar o paciente somente com sua autorização ou quando o benefício for vital para o seu cuidado. Neste caso, o profissional a ser consultado deve guardar o sigilo das informações posto que a solução do caso não passa obrigatoriamente pela nomeação do envolvido.

5.3 - Eixo Temático: Percepção do ACS quanto à punição.

Os ACS entendem que as falhas por revelar o diagnóstico do paciente ou assuntos sigilosos a colegas da equipe da ESF é algo que necessita de penalização, pois 58% das ACS responderam que o profissional deveria ser punido com advertência escrita ou verbal. Segundo seus relatos, a punição seria um instrumento educativo para a melhoria do trabalho. A maioria acredita que, se houve erro, ele foi involuntário e tentando o acerto.

Com relação a esta questão específica, os ACS responderam objetivamente, sem justificar as razões de suas opções neste momento, ou seja, afirmativamente foram: **o ACS deve ser punido, responderam negativamente a palavra não e não relatou o motivo (69%) o ACS não deve ser punido e não relatou o motivo (20%)**. Somente ACS (11%) que relataram os depoimentos e foram descrito, analisado conforme o eixo temático e classificação a seguir para melhor entendimento de suas concepções:

Depoimento ACS 1

“Pode ser punido, porque pode ocasionar uma enfermidade que trará dificuldade no tratamento pro paciente”.

Depoimento ACS 3

“Punido eu não sei, mas eu acho que orientar melhor o ACS é uma boa”.

Depoimento ACS 15

(...) “Eu acho que se ela errou, ela errou tentando acertar (...)”.

Depoimento ACS 16

“Sim. Eu acho que se ela errou, ela errou tentando acertar porque a gente tá buscando o melhor tratamento para o paciente. A gente não pode sozinha, tem que buscar dentro da equipe”.

Depoimento ACS 19

“Se ela agiu errado tem que ser chamada a atenção”.

Depoimento ACS 48

“Eu creio que sim. Porque se nós temos que acompanhar uma paciente, os problemas dela não interessam para toda equipe né, apenas para o profissional que está liderando a equipe, então pode ser punido sim”.

Códigos deontológicos poderiam ser balizadores de conflitos éticos como este apresentado aos ACS. Nesse caso vejamos então o que diz o código de Odontologia⁶⁷:

Os preceitos deste Código são de observância obrigatória e sua violação sujeitará o infrator e quem, de qualquer modo, com ele concorrer para a infração, ainda que de forma indireta ou omissa, às seguintes penas previstas no artigo 18 da Lei nº. 4.324, de 14 de abril de 1964⁶⁷:

- I - advertência confidencial, em aviso reservado;
- II - censura confidencial, em aviso reservado;
- III - censura pública, em publicação oficial;
- IV - suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias; e,
- V - cassação do exercício profissional *ad referendum* do Conselho Federal.

Já no Código de Ética de Enfermagem encontramos em seu artigo 116 que: “A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise dos fatos do dano e de suas consequências”. Art. 118 – “As penalidades a serem impostas pelos Conselhos Federal (COFEN) e Regional de Enfermagem (COREN), conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes”⁶⁸:

- I – Advertência verbal;
- II – Multa;
- III – Censura;
- IV – Suspensão do Exercício Profissional;
- V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

Os códigos de ética acima citados são apenas um indicativo das penalidades que se aplicam às categorias de odontologistas e enfermeiros, que também não diverge sobremaneira dos médicos. Para todos, há uma sequência de penalidades progressivas, caso o profissional não cumpra com seus deveres profissionais.

Nesse caso, as ACS em seus depoimentos afirmaram a importância da advertência no caso do dever profissional não cumprido, mas como um processo de trabalho a ser melhorado e não sob a ótica punitiva.

A necessária mediação entre as facilidades e dificuldades para a realização do trabalho em equipe demanda estratégias, destacando-se que já vem sendo implementada a Política de Educação Permanente estabelecida pelo Ministério da Saúde, a qual possibilita e incentiva a problematização da realidade e a busca de soluções conjuntas para as dificuldades e os problemas do cotidiano. Nesta perspectiva, o desenvolvimento da capacidade dialógica e a ampliação da percepção das relações nas dimensões individual e coletiva do mundo do trabalho

devem permear todo o processo de trabalho (artigo 21). Este é o caminho a ser seguido, em nosso entendimento.

Finalmente, notamos na análise das respostas sobre o Caso 1 que, na percepção das ACS há uma grande preocupação e compromisso quanto ao atendimento prestado aos pacientes, ainda que eles sejam problemáticos e que não demonstrem boa adesão às medidas propostas pela equipe de saúde. Entendem-se subordinadas à equipe e à enfermeira da UBS de referência e sentem-se na obrigação de compartilhar os problemas, identificando o paciente por provável desconhecimento das normas éticas. Compreendem a punição, se fosse aplicada à quebra de sigilo, como medida educativa.

Caso 2 - PRESERVANDO A CONFIDENCIALIDADE: A senhora M tem HIV, e ela não quer contar para o marido sobre doença. Pede para o agente de saúde sigilo sobre isso. A paciente relata ao agente de saúde que deseja que o marido faça o exame sem ele saber do que se trata.

No Caso 2, se o ACS revelar o diagnóstico da doença ao marido da paciente sem a autorização prévia, ele cometeu uma falta ética? Você já se deparou com uma situação parecida? Pode detalhar?

A resposta a essa pergunta é que (100%) das ACS não revelariam o caso da paciente portadora de HIV ao marido da mesma, conforme Tabela 3.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) trouxe à tona questões éticas imprescindíveis para preservar o ser humano. Vale ressaltar que, inicialmente, adotaram-se Proposta e Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica envolvendo seres humanos (CIOM/MS, 1982 e 1983), incorporando a Declaração de Helsinque, que foi adotada, em muitos países, inclusive no Brasil, como referencial ético⁶⁹. A partir dessa iniciativa, foram se institucionalizando normas éticas de pesquisa com seres humanos, contidas na resolução 196/962.

Existem cursos de capacitação para os ACS abordarem pacientes com AIDS e portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), mas não compete a elas a declaração do diagnóstico. Em outras categorias profissionais, essencialmente médicos e enfermeiros, se estabelece o dilema ético posto pela entrega de resultados reagentes, e nesse panorama surge a oportunidade de balancear os direitos e as necessidades do indivíduo e de seus familiares.

No caso 2, após análise das respostas desse quesito notamos a recorrência de alguns pontos levantados pelos pesquisados, a saber:

5.4 - Eixo Temático: Percepção do ACS quanto ao sigilo de informações à equipe

Um resultado bastante significativo foi sobre o sigilo de informações, conteúdo primordial do caso 2. Houve a impressão recorrente dos ACS que devam guardar para si as informações de pacientes reveladas em segredo no exercício profissional, conforme resultado da Tabela 3.

A reflexão sobre o teor e o grau de informação que ocorre nas relações entre os ACS e os usuários é de grande importância devido ao fato do Agente ser, muitas vezes, o primeiro elo de contato (durante a fase de cadastramento da clientela) e/ou aquele que mais terá proximidade com os usuários.

Apesar do ACS não possuir um código de ética, aparentemente tem o conhecimento de que não possa declinar do sigilo no caso específico.

Vale afirmar que esta questão está bem estabelecida para os demais profissionais que possuem um código normativo, onde se pode verificar que é proibido faltar com o sigilo, divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma que os envolvidos possam ser identificados.

Existem alguns códigos de ética, como o da enfermagem, que orientam ao profissional que é seu dever manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal⁶⁸.

O estabelecimento do vínculo é conquistado pela confiança da população, que surge com o reconhecimento do ACS como participante de seu tratamento, passando o paciente a tê-lo como referência, relatando fatos sigilosos depois de compreender o seu trabalho, especialmente quando possa confiar em sua discrição.

Chamou-nos atenção à forma direta como os depoimentos foram dados, ou seja, não se nota um aprofundamento da temática, talvez por desconhecimento de legislação ou por delicadeza da situação exposta. As respostas foram do tipo “já tive um caso parecido” e não relatou depoimento, “não tive caso parecido”, e não relatou depoimento ou “não deve relatar o fato ao marido” e não relatou o porquê da opinião.

Nesse caso descremos os depoimentos da maioria das repostas destacando que as ACS relatam que o sigilo de informações é importante e que o diagnóstico do paciente deve ser relatado pela própria pessoa doente ao seu cônjuge relato de onze ACS, ou seja, (21%).

Depoimento ACS 1

“Eu acho que se ela pediu sigilo, eu acho que é ideal a gente manter o sigilo, pelo menor que ela possa, ela queria contar, mas acho que isso não cabe à gente”.

Depoimento ACS 5

(...) “Eu acho que tem que resolver por outros caminhos, envolver outros profissionais, mas tentar convencer a própria esposa a contar ao marido”.

Depoimento ACS 6

“A paciente não era casada e não queria que os familiares soubessem, então ela me chamou de cantinho e tudo que ela precisava, agendar TEC essas coisas, eu trouxe para a minha enfermeira, até que a situação dela agravou, que ela era solteira e morava com a irmã, aí foi preciso falar com a família, mas daí ela tomou essa atitude, entendeu? A gente jamais tomou a frente, acho que não se deve, a pessoa que tem que decidir”.

Depoimento ACS 9

“Se ela não quer, a gente não pode revelar”.

Depoimento ACS 11

“Eu acho que se ela pediu sigilo, eu acho que o ideal é manter sigilo. Não cabe ao agente se intrometer”.

Depoimento ACS 22

“Eu tenho um caso de HIV na minha área e o marido não sabia, só que até hoje ele assim com o passar do tempo depois de uns três a quatro anos, a própria esposa contou pra ele. Mas eu não, a mim não. Eu acho que é um sigilo eu e a paciente, ele só ficou sabendo através da esposa dele”.

Depoimento ACS 24

“A paciente tem que contar para o marido, se ela pediu para o ACS não contar (...)”.

Depoimento ACS 40

(...) “Uma coisa que tem que ter é sigilo, eu acho que a gente tem que saber até onde ele pode ir, se tem a ética ela jamais deve se quebrar, essa ética de comentar, jamais”.

Depoimento ACS 46

(...) “A ACS tem o sigilo, quem deve falar é a mulher dele pra ele e pedir pra fazer o exame”.

Depoimento ACS 47

(...) “O ACS não deve contar pra ninguém”.

Depoimento ACS 48

“Eu tenho um paciente que ele é portador do vírus há 14 anos e eu sei disso através de uma sobrinha dele, ela chegou e falou, pois era campanha de vacina que a criança não poderia tá tomando lá, só que ele nunca mesmo me falou então por causa disso eu não posso chega em outra pessoa e falar, a não ser para minha enfermeira da equipe que tem conhecimento do caso”.

A pesquisa mostra que é frequente o contato do ACS com pacientes portadores de HIV e que, para eles, a questão do sigilo é fundamental. Outros estudos evidenciaram o mesmo resultado, inclusive com situações em que o ACS possa vir a ser a primeira pessoa da equipe de saúde a tomar conhecimento do caso, gerando um dilema ético de como deva proceder em relação às dúvidas que possam ser levantadas pelo indivíduo recém – diagnosticado³²⁻⁷⁰.

Cabe questionar aqui o papel de cada um na equipe de saúde e se deveriam existir limites para o ACS em relação a determinadas informações pessoais dos usuários, como as que se referem ao diagnóstico de doenças, principalmente aquelas que podem trazer algum grau de estigmatização e/ou discriminação negativa, como HIV/AIDS. Outro aspecto de relevância é até onde o ACS tem obrigação de transmitir as informações que recebe em confiança, e se deve fazê-lo, quem deveria ser o portador hierárquico dentro da equipe.

Não nos cabe discutir aqui o dever médico de informar o cônjuge quando estiver sob risco de adquirir a doença, por se tratar de condição peculiar e de exceção.

No caso do ACS, o contato com a família acaba por gerar uma relação de confiança, propiciando que façam confidências e este sigilo não pode ser desrespeitado. Estas dificuldades devem ser trabalhadas por meio de capacitação permanente, preferencialmente contextualizadas e reflexivas, qualificando o cuidado dos ACS.

Caso 3 - ATENDENDO ADOLESCENTES: B, 12 anos de idade, procura o agente comunitário de saúde na qual está cadastrada e conta que esta apaixonada por um rapaz. Seus pais acham que ela é muito jovem e a proíbem de namorar. A jovem diz que quer ter relações sexuais com o namorado, e pede para o agente de saúde orientá-la sobre preservativos. “Pede ainda, ao agente de saúde, para não contar nada aos seus pais.”

No caso 3, (a) Se o ACS não concordar com a adolescente por ela ter relações sexuais muito cedo, este está cometendo falta de ética e você orientaria a adolescente sobre o uso de preservativos, você já se deparou com uma situação parecida? Pode detalhar?

No caso 3, as ACS já tinham experimentado esta vivência quanto ao acompanhamento de adolescentes. Colocamos um ponto importante nesse caso: “A adolescente tem 12 anos”. Optamos por dividir a análise dos depoimentos em dois eixos temáticos: *Percepção dos ACS no atendimento a adolescentes no item sexualidade* e *A percepção do ACS quanto a família do adolescente*.

5.5 - Eixo Temático: Percepção dos ACS no atendimento a adolescentes no item sexualidade.

A adolescência é uma etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento físico, moral e psicológico. Os adolescentes geralmente apresentam resistência a procurar os serviços de saúde, pois não há assistência hebiátrica específica a eles destinada, além de frequentemente sentirem dificuldades de acesso, especialmente quando não são acompanhados de seus pais ou responsáveis⁷¹.

Os ACS atendem usuários de todas as faixas etárias e o adolescente é sempre um desafio para os profissionais da saúde, sendo que um dos principais pilares de um bom relacionamento é o estabelecimento de vínculo e confiança.

Durante a análise do caso 3 percebemos que os ACS pesquisados do município de Rolândia – estado do Paraná – manifestaram-se pouco ao

descrever o que fariam nessa situação e a maioria das respostas foi aproveitada nas justificativas do segundo eixo.

Percebemos pelos relatos que as ACS estão preocupadas com o atendimento de adolescentes. Se por um lado procuram respeitar as suas autonomias decisórias, por outro se sentem compromissadas com as orientações na utilização de métodos contraceptivos para que gestações indesejadas sejam evitadas, desejam transmitir conhecimentos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e sabem a importância de suas ações no estímulo à realização de consulta com médico e com a enfermeira da UBS e apenas quatro (7%) depoimentos das ACS serviram de análise para este eixo, os demais depoimentos foram classificados em outros eixos temáticos a serem discutidos brevemente.

Depoimento ACS 3

(...) *“Foi um pouco diferente, porque eu fui orientar a menina poderia tá fazendo o preventivo com a enfermeira”.*

Depoimento ACS 4

(...) *“Uma menina que teve relação sexual, não com um menino, mas com vários e ela tem treze aninhos, então eu cheguei nela e conversei, mesmo que seu pai ou sua mãe não saiba, você tem que procurar um ginecologista, e me propus até a marcar consulta pra ela”.*

Depoimento ACS 6

“É uma situação complicada. É, eu não vou opinar na opinião dela, ela que decide, a vida é dela, mas o meu trabalho é orientar quanto à DST, quanto ao uso de camisinha, quanto é importante gravidez na adolescência, então esse é o meu papel, decidir alguma coisa ou estimular jamais”.

Ao questionar se teve um caso parecido responde:

“Já com uma adolescente, uma era cunhada da outra, elas tinham na época treze anos e queriam engravidar, aí já era uma situação diferente, porque daí elas já tinham relações sexuais e ela queria engravidar, então você imagina uma menina de 13 a 14 anos que quer engravidar, então vem até a gente para conversar para ver como que faz entendeu, aí eu encaminhei para a minha chefe, conversei com as duas, daí engravidaram, tiveram filhos, hoje elas estão com 20 anos, mas só tem um bebê cada uma, então tem N situações. Como tem quem quer perder a virgindade, como tem adolescente querendo engravidar. Então a gente tenta amenizar, conversar, mas não opina não, deixa elas mesmas decidem se elas querem ou não”.

Depoimento ACS 36

“Eu me deparei com um caso, mas não assim, mas a mãe sabia, eu até marquei consulta pra amanhã pra ela, vai passar pelo ginecologista, vai tomar o comprimido para não engravidar, então passei sim, mas não tinha segredo entre os pais.”

Quando questionado se as ACS orientariam a adolescente sobre a utilização de preservativo, 100% responderam que sim, entendendo esta situação como de sua responsabilidade. Seguem alguns depoimentos, mas não todos, visto que a reposta era a mesma em seu conteúdo.

Depoimento ACS 2

“(...) oriento sobre preservativos, e todos os métodos contraceptivos”.

Depoimento ACS 16

“Com certeza”.

Depoimento ACS 18

“Sim. Já fiz isso muitas vezes”.

Depoimento ACS 20 e 31

“Sim”.

Depoimento ACS 26

“Sim, porque realmente a minha função é a orientação.”

Ou seja, todas as ACS de Rolândia afirmaram que orientam sobre o uso de preservativo para adolescentes, mesmo que ela esteja mantendo relacionamento sexual sem o conhecimento dos pais. Esta atitude é correta do ponto de vista ético e está consignada no guia prático do ACS.

Na atenção à saúde deve-se preservar o direito do cidadão, mesmo menor de idade, de ter privacidade na consulta, atendimento em espaço apropriado e de ter assegurada a garantia de que as questões discutidas durante uma consulta ou uma entrevista não serão informadas aos seus pais ou responsáveis, sem o consentimento dele, o que chamamos de consentimento informado, segundo o guia pratico do agente comunitário de saúde.

Deve ser destacado que consta no guia prático do ACS, campos prioritários na abordagem do adolescente⁷²:

- Conversar sobre sexualidade, convidando o adolescente a refletir sobre afeto, carinho, respeito, autoestima, valores e crenças implicados para uma vivência responsável de sua sexualidade;
- Conversar com o adolescente sobre a importância de fazer sexo seguro – uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais e orientar onde e como consegui-las;
- Orientar para não compartilhar seringas e agulhas; Identificar áreas de maior vulnerabilidade de acesso às drogas, entre elas, bares, pontos de prostituição, casas ou locais de uso de drogas. Nelas podem ser desenvolvidas ações preventivas importantes, facilitando o acesso aos materiais de prevenção e o encaminhamento aos serviços de saúde;
- Identificar pessoas e famílias em situação de maior vulnerabilidade, respeitando o direito de privacidade e facilitando o vínculo com o serviço de saúde. Nem todas as pessoas se sentem à vontade para falar de assuntos íntimos, como sexo e uso de drogas, devendo, portanto, ser respeitado o limite que é dado pela pessoa;
- Orientar para que o adolescente procure atendimento na UBS se houver algum sinal ou sintoma [...]

Assim, podemos assegurar que o ACS segue diretrizes e normas que não estão consignadas em um código de ética, mas que são aquelas preconizadas pelo MS na questão sexualidade.

5.6 – Eixo Temático: A percepção do ACS quanto à família do adolescente.

Os itens aqui abordados são da análise de conteúdo dos depoimentos analisados sobre o caso 2. Os ACS que não descreveram experiência no assunto, não foram descritos, somente computados para fins quantitativos na Tabela 3. Os ACS que tiveram respostas simples, **“eu orientaria a adolescente sobre métodos anticoncepcionais”** foram comentados no eixo anterior. O princípio a ser abordado nesse eixo é a família e questão ética envolvida no contato do ACS com adolescente.

A família é a primeira e mais importante influência na vida das pessoas. É na família que adquirimos os valores, os usos e os costumes que irão formar nossa personalidade e bagagem emocional. Podemos chamar de família um grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consanguinidade e de convivência⁷².

Percebemos pelos relatos que a família é ponto de partida do trabalho do ACS. Quando o ACS é questionado a não revelar para os pais sobre a sexualidade de sua filha, surge o dilema “contar ou não contar”, que na verdade coloca na balança o respeito à autonomia do menor e a família como potencial fator na prevenção de danos.

Apesar de o sigilo ser importante peça neste conflito, nota-se que o ACS exibe uma apreensão significativa com os problemas da sexualidade dos adolescentes e orientam a participação da família no assunto.

Algumas têm a visão das mudanças socioculturais por que o mundo passa e que determinaram o início precoce de atividade sexual expondo o adolescente a doenças e ao risco de engravidar, com todas as consequências advindas desta realidade. Destacamos somente os depoimentos que foram dados pelos ACS durante a entrevista (13%), visto que os outros depoimentos foram analisados nos outros eixos mas da mesma temática.

Depoimento ACS 5

“Na realidade a gente faz isso constantemente eu acho que é um caso meio difícil, envolve uma realidade cultural, que vem de vários estilos né, mas hoje as pessoas começam muito cedo a ter relações, então assim é obrigação a gente tá sempre falando né, mas tenta fala com os pais”.

Depoimento ACS 9

“Não”. “Na verdade, se fosse um adolescente da minha área eu ia conversar com o pai e a mãe, porque aí seriam responsáveis pelo adolescente...”

Depoimento ACS 11

“Eu acho que isso deveria ser informado aos pais. Eu falaria pelo menos com a mãe da criança”.

Depoimento ACS 13

“A gente se depara com esse tipo de situação e a gente faz a orientação, o certo, o correto é contar para os pais, que são assim como vou te dizer um apoio que ela precisaria ter com eles” (...)

Depoimento ACS 14

“Sim, mais uma vez batendo, mas aqui entra educação sociocultural quanto à religiosa, às vezes a gente não sabe se os pais tem educação, dá educação sexual, é meio complexo, nós não devemos falar, vai muito da relação interpessoal do pai para o filho, do filho para o pai, então a gente não pode intervir”.

Depoimento ACS 18

“Uma adolescente de 14 anos que tinha tido relação sexual e a menstruação tava atrasada e ela escondeu do namorado e da mãe. Eu agendei consulta para ela com GO e pedi para ela contar para a mãe dela, tipo sua mãe é sua amiga, vai te entender” (...)

Depoimento ACS 55

“(...) Eu acho assim, que de uma forma tem que tentar envolver a família e todos, chegando num acordo para tentar resolver em conjunto”. “Na realidade, a gente faz isso constantemente né, e assim eu acho que é um caso meio difícil, envolve uma realidade cultural, que vem de vários estilos, mas hoje as pessoas começam muito cedo a ter relações, coisas assim, então assim é obrigação da gente, tá sempre falando né, mas tentar falar com os pais”.

No caso das ACS desse estudo, a confidencialidade e o sigilo são assuntos cristalinos e incorporados, estando descritos e garantidos no guia prático do ACS utilizado para sua capacitação.

Quanto à abordagem ao adolescente, são direitos fundamentais do mesmo: a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado⁷².

Nesse sentido, se a adolescente tem relações sexuais deve ser declarado à família por ela e não pelo ACS. É claro, por outro lado, que a o ACS e as famílias sob sua responsabilidade devam compartilhar as questões de saúde. Isso é particularmente importante na adequação das ações de saúde às necessidades da população e é uma forma de controle social e participação popular, reservado o princípio ético da autonomia⁷³.

Questão 4 - Você sabe se existe um Código de Ética próprio dos ACS e você acha importante os ACS terem um Código de Ética? SIM ou NÃO?

Com base nessa pergunta dois eixos temáticos foram definidos: Eixo Temático a percepção do ACS quanto à existência de um código de ética e a percepção do ACS quanto ao respaldo de um código de ética na categoria profissional.

5.7 – Eixo Temático: A percepção do ACS quanto à existência de um código de ética

O conceito de código de ética, já foi destacado na introdução, mas podemos afirmar que é um documento que traz diversas diretrizes e que orientam as pessoas quanto à postura e atitudes ideais.

Para alguns autores o código de ética é conceituado como⁷⁴:

“Enquadrando os participantes a uma conduta politicamente correta e em linha com a boa imagem que a entidade ou a profissão quer ocupar, inclusive incentivando à voluntariedade e à humanização destas pessoas e que, em vista da criação de algumas atividades profissionais, é redigido, analisado e aprovado pela sua entidade de classe, organização ou governo competente, de acordo com as atribuições da atividade desempenhada, de forma que ela venha a se adequar aos interesses, lutas ou anseios da comunidade beneficiada pelos serviços que serão oferecidos pelo profissional sobre o qual o código tem efeito.

A percepção dos ACS pesquisados sobre a existência de um código de ética que os respalde foi unânime, ou seja, todos ACS acreditam ou sabem que não existe tal código para a profissão. Descrevemos alguns relatos, porém tivemos pouca complementação nas respostas, ou seja, a maioria se limitou a respostas simples.

Depoimento ACS 2, 7, 9,

“Não existe”.

Depoimentos ACS 10, 15, 18, 28, 32, 34, 36, 38, 43, 47, 46,

“Não”.

Destaca-se aqui que apenas uma ACS pontuou que a normas e regras são aprendidas no dia a dia, e busca esse conhecimento na experiência da equipe. Todas as demais se ressentem de um documento que balizasse suas

condutas e onde pudessem recorrer em caso de dúvida. Apresentam a consciência de que têm lacunas no aprendizado contextualizado da ética nas relações com os usuários.

Depoimento ACS 5

“Não existe, mas a gente aprendeu a ter ética, a gente busca isso na equipe”.

Podemos afirmar que a ética está presente no cotidiano do ACS, mesmo que não tenha um código que o respalde e que há um desejo das ACS de Rolândia que estas normas existam.

5.8 – Eixo Temático: Percepção do ACS quanto às categorias profissionais da ESF que possuem código de deontologia.

As ACS relataram que o código de ética é uma proteção quanto às normas e regras a serem cumpridas. Relataram que categorias profissionais como médicos, enfermeiros, e auxiliares de enfermagem o possuem e quais atribuições são definidas para os mesmos.

Em um estudo sobre ACS e ética, esse dado foi muito curioso, visto que a profissão de ACS foi regulamentada em 2002 pela lei 10.507, e ainda não estão vinculados a um conselho de classe profissional. Nesta pesquisa realizada na cidade de Sorocaba – São Paulo, os ACS relataram que todo profissional tem em sua categoria um código de ética, não se atentando que, justamente a sua, não o possui²⁷⁻⁷³.

Em nosso estudo tivemos vários depoimentos semelhantes de ACS que enxergam que a ética permeia seus cotidianos e que a existência de um código seja fundamental e um instrumento de amparo e valorização do trabalho, indicativo dos procedimentos a serem cumpridos de acordo com a ética para o bom nome de sua classe e o melhor para os usuários. Algumas ainda ressaltam que outras categorias têm e que, embora possam ser utilizados, não são específicos para orientar suas ações.

Depoimento ACS 2

“Eu acho muito importante”.

Depoimento ACS 5

“Como todos tem, daí não vejo problema não”.

Depoimento ACS 6

(...) “A gente se baseia no código que tem do auxiliar, os que os profissionais passam pra gente, a gente se baseia nisso”.

Depoimento ACS 10

“Sim com certeza, demais até, a gente lida com muita gente, aí é difícil”.

Depoimento ACS 12

(...) “Seria interessante porque trabalha com muita gente, muitas vidas e realmente são muitos tipos de problemas difíceis”.

Depoimento ACS 13

(...) “Nós temos entre nós os ACS, nós usamos sigilo para não estar comentando determinados tipos de doenças”.

Depoimento ACS 14

“Olha, assim pelo que a gente sabe, não. Mas como a gente trabalha na área da saúde, devemos ajudar a auxiliar e orientar. Medicação, por exemplo, nós não podemos fazer”.

Depoimento ACS 15

“Sim. É tipo um, acho que um tipo de amparo dos ACS, porque todo profissional de saúde, desde a enfermeira, o médico têm um código né, então se fica mais fácil de se trabalhar também e eu acho que é mais reconhecida a profissão de ACS, porque ele também tá diretamente com a comunidade. Muitas coisas a gente tem que levar pra enfermeira e a enfermeira leva pro médico, então tipo assim, se a enfermeira e o médico têm um código de ética, porque que o ACS não pode ter?”.

Depoimento ACS 19

“Sim, porque nosso trabalho é 100% ética, né? Você tem que ter muita ética de tudo que você fala, não abrindo a boca e falando. O paciente coloca muita confiança no ACS. A ética é o principal no nosso trabalho”.

Depoimento ACS 26

“Eu acredito que sim”.

Todas as ACS acreditam ser de suma importância ter um código que as guie em suas decisões.

A ética é considerada um elemento de alto grau no nosso estudo, nesse sentido a criação de um código de ética a esses profissionais é vital quanto ao amparo de atribuições, responsabilidades, princípios, deveres e direitos, relacionamento com outros profissionais entre outros. Finalizando, identificamos que o ACS é de fato, um ator importante para a ESF e que situações éticas fazem parte do dia-a-dia deste profissional. Por meio desse estudo revelamos sentidos que esses agentes estão produzindo na prática de suas ações.

Após apresentação desses resultados para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia – Paraná, pretendemos organizar um curso de capacitação sobre ética para os ACS, organizado por alunos e professores do Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL) de Londrina – Paraná. Utilizaremos metodologias ativas, com o preparo de casos problematizadores da prática dos ACS, contextualizando os dilemas éticos e solucionando-os em parceria. Ao final do curso os ACS receberão certificado de participação e, desta forma conseguiremos articular ensino e pesquisa, promovendo integração e educação, visando melhorar a eficácia do serviço público por meio de soluções de problemas.

6 – CONCLUSÃO

Com base na trajetória observada na análise das falas dos entrevistados e descrita até aqui, podemos afirmar que os ACS no seu cotidiano de trabalho assumem a responsabilidade de fazer o intercâmbio entre a população e a UBS como citado por vários autores. Além disso, conseguimos visualizar que as atividades estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997 são cumpridas, conforme demonstra o perfil sócio demográfico e as atividades da prática profissional dos ACS que foram identificadas nesse estudo.

No que se refere aos ACS do município de Rolândia, percebemos que os mesmos lidam com conflitos éticos e as manifestações pelos participantes desse estudo demonstraram que, apesar de não possuírem um código de ética, em sua maioria, tem uma percepção eticamente correta.

Os aspectos éticos que permeiam circunstâncias comuns da prática diária do ACS foram identificados pelas situações dilemáticas hipotetizadas, que são amplas em sua complexidade, mas propiciaram a análise proposta pelo estudo, ou seja, revelou-se uma estratégia positiva para obtenção dos resultados e poderá ser reproduzida com ACS de outros municípios e estados, corroborando nossos achados no futuro.

Entendemos que a não identificação correta dos conflitos éticos habituais possa colocar em risco a relação vincular entre ACS e comunidade, por isso, ressaltamos que as falas aqui referenciadas mostram a necessidade de um processo de mudança e transformação. Existe a urgência de apoio das políticas públicas para construção de um código de ética para os ACS, como balizador para o enfrentamento dos complexos problemas que se apresentam nas relações de trabalho com os usuários e equipe.

Com base nessa constatação, apontamos como estratégia educativa sugerida à gestão do município de Rolândia – Paraná - oficinas de trabalho com as ACS, para discussão de casos, além de novos estudos acerca da temática que levem a novas estratégias da prática profissional e, em última análise, da própria política da ESF.

O gestor municipal mostrou-se muito sensível a nossa proposta e, assim que receba o produto deste mestrado, apoiará integralmente a capacitação sugerida, que é inovadora por ser dirigida a ACS, em pequenos grupos, e ainda utilizar metodologias ativas de aprendizagem, inclusive, treinando alunas do curso

de enfermagem do último ano para a viabilização desta ação, numa via de mão dupla.

Atuar na ESF não requer somente um redirecionamento na prática profissional de um ACS, mas sim do equacionamento ético em um conjunto de situações do cotidiano do ACS. Temos a expectativa ainda que nosso trabalho possa contribuir para a cristalização deste código, como forma de contribuição e integração dos serviços com o ensino.

REFERÊNCIAS

- 1 - NÉBIA, Maria Almeida Figueiredo. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yends Editora, 2005.
- 2-COHN A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1999.
- 3 - BRASIL. Políticas e Legislação. Editora.:W.Educacional. Brasília – DF.
- 4-BARROS C; SILVA, J. **Programas e políticas de Saúde**. 47. ed. São Paulo: Ática, 1999.
- 5 - COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1999.
- 6 - LUZ, M.T. **Políticas de Saúde no Brasil**. n. 1, p. 77-96, Rio de Janeiro: 1994.
- 7- MERHY, E. E ; QUEIROZ, M. S. **Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr/jun, 1993.
- 8 - SARAIVA, E. Introdução à Teoria da Política Pública. In: **Políticas públicas; coletânea/ Organizações: Enrique e Elisabete Ferrarezi**. Brasília: ENAP, v. 2. 2006.
- 9 - NORONHA, J.C; LEVCOVITZ, E. **Políticas Públicas de Saúde**. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 1994
- 10 - SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6): 2753-2762, 2011.
- 11- BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 1997. p. 104-105.
- 12-BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e outras providências**. Brasília - DF, 19 de setembro de 1990.
- 13 - BRASIL. Diário Oficial da União. Lei 8142/90. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília - DF, 28 de dezembro de 1990.

- 14-PASSOS, O. C. **Saúde merecida, devida e recebida no Brasil com métricas inferidas e determinantes**. 1. edição. São Paulo: Edição do Autor, 2011. (3)
- 15-BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.
- 16-FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Programa saúde da família, PSF. Contradições de um programa destinado a mudança do modelo técnico assistencial**, 1998.
- 17-SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. **Programa saúde da família no brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens**. *Saúde soc.* [online]. 2001, vol.10, n.1, pp. 33-53. ISSN 0104-1290.
- 18-VASCONCELLOS, M. P. C. **Reflexões sobre a saúde da família**. In: **Mendes, E. V. org. A organização da saúde no nível local**. São Paulo, Editora HUCITEC, 1998. p.155-172.
- 19-ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Rev. ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 455-464. ISSN 1413-8123.
- 20-http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_justificativa_detalhada_unas_us.pdf.
- 21-BASTOS, T. L. **ACS. O impacto sociocultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação**. Cad Saúde Pública. 1998;14(2):429-35.
- 22-ROSA, W. A. G ; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34.
- 23- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde**. 2. ed. Brasília, 2008. 200 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21). ISBN 978-85-334-1471-6.
- 24-VIANA, A . L. D.; DAL POZ. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 8(2):11-48, 1998.
- 25-BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas de agentes comunitários de saúde**. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde, 1994.

- 26-NUNES, M. O et AL. O agente comunitário de Saúde: construção da identidade deste personagem. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6) 1639 – 1646, nov-dez, 2002.**
- 27-SILVA, J.; DALMACENO, A. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.
- 28-BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasil, Ministério da Saúde, 2009.
- 29-BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para Organização da Atenção Básica.** Brasília, 1999.
- 30-Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. **Normas e Diretrizes do Programa dos Agentes Comunitários e Programa de Saúde da Família.** *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov. 1997.
- 31-BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006.
- 32-FORTES, P, A, C. SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Caderno de Saúde Pública vol.20 nº5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2004.**
- 33-PISSINO, L, C. P. **Problemas atuais de Bioética.** 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2000. Rotania, A. *A linguagem como veículo da ética.* Cadernos de Ética em Pesquisa. Publicação da CONEP - *Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.* Ano 4, v. 13, p. 23, 2004.
- 34-LAMA, D. **Uma Ética para o novo milênio.** Ed. Sextante. Rio de Janeiro/RJ, 2006.
- 35-SÁ, A. L. **Ética profissional.** São Paulo: atlas, 2004.
- 36-GARBIN A. J. I, MOIMAZ S. A. S, DINIZ D. G. **Ética e atuação profissional: percepção de Agentes Comunitários de Saúde.** *Saúde, Ética & Justiça.* 2011;00(2):65-71.
- 37-ZOBOLI, E, L, C, P. FORTES, P, A, C. **Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, vol.20 nº 6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2004.
- 38-ABRACOM. Código de Ética. http://www.abracom.org.br/down/codigo_etica.pdf. Acesso em 31/10/2012.

- 39-BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Avaliação qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 1994.
- 40-SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2000.
- 41-TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, 2005; **39 (3): 507 – 14**.
- 42- DALFOVO, M. S; LANA, R. A ; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008. ISSN 1980-7031**.
- 43-SCHWENGBER, Cláudia Portellinha. **Aspectos Históricos de Rolândia**. Rolândia: Wa Ricieri- Gráfica, 2003,p. 33-47.
- 44-BRASIL. **Informações de saúde** [acessado durante o ano de 2011, para informações de 2011] [Monografia na internet] Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.
- 45-MATUDA, N. S. **Introdução à demografia, notas de aula**. Departamento de Estatística – Universidade Federal do Paraná, 2009.
- 46-BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.
- 47-MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1996. 269 p.
- 48-TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser “um super herói”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-94, fev 2002**.
- 49-LOPES, M. J. M ; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **cadernos pagu (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125**.
- 50-BEZERRA, A. F. B; ESPIRITO, S. A. C. G; BATISTA, F. M. Concepções e práticas do agente comunitário de saúde na atenção a saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública, v39, n5, p809-15, 2005**.
- 51-LEI 10.507/2002. Art. 3º (incisos I a III). **O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde**.
- 52-KOVACKS, M. J. Espiritualidade e psicologia – cuidados compartilhados. **O mundo da saúde, São Paulo: 2007: abr/jun 31(2):246-255**.
- 53-ARAUJO, M. R. N ; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 jan/fev;57(1):19-25**.
- 54-SOUZA, A. et al. O cuidar humanizado na estratégia saúde da família. **Rev.Saúde.Com 2010; 6(2): 139-147**.

- 55-ARAUJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2004, vol.57, n.1, pp. 19-25. ISSN 0034-7167.
- 56-SOUZA, L, J, R ; FREITAS, M, C, S. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Rev. Baiana de saúde pública**, v.35, n.1, p.96-109 jan./mar. 2011.
- 57- **PORTARIA Nº 2.027, de 25 de agosto de 2011.** Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável).
- 58-FERRAZ, L ; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 347-355. ISSN 1413-8123.
- 59-BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes.**/ Tese de doutorado. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: s.n., 2007. 231p.
- 60-BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de implementação do programa saúde da família em dez grandes centro urbanos: síntese dos principais resultados.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 228p.:il 2002.
- 61-BRASIL. **Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade do ACS.** Brasília; 1999. Extraído de [portal.saude.gov.br/ portal/arquivos/ pdf/Decreton3.189.pdf], acesso em [24 de setembro de 2012].
- 62-SMELTZER, S. C, BARE, B. G. **Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão.** In: _____. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.690-700.
- 63-BRASIL. **Referencial curricular para curso técnico de ACS: área profissional saúde.** Brasília (DF): MS; 2004.

- 64-FORTES, P.A.C. **Ética e Saúde**. São Paulo, Pedagógica Universitária, 1998.
- 65-SILVA, I. Z. Q. J; TRAD, L. A. B. **O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais**. Interface Comun Saúde Educ. 2004/2005;9(16):25-38.
- 66-PERES. C. R. F. B et al., O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(4):905-11.
- 67-CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO-42, de 20 de maio de 2003. **Código de ética odontológica**. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2012.
- 68-CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências**. Resolução COFEN 240/2000. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>. Acesso em: 22 de outubro de 2012.
- 69-OSELKA, G. **Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética, 2008, 266 p.
- 70-SEFFNER, F. **O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório** [texto na Internet]. Canoas: UNILASALLE; 2005. [citado 2005 abr. 12]. Disponível em: <http://www.unilasalle.edu.br/seffner/artigo4.htm>.
- 71- CARVACHO, I. E. Fatores associados à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev Saúde Pública** 2008;42(5):886-94, disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n5/6062.pdf>. Acesso em 20 fev 2013.
- 72- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

- 73- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- 74-MEUCCI, A; MEGIOLARO, L. S. O Código de Ética das organizações bancárias: uma análise do discurso ético dos bancos comerciais. Fólio: **Revista Científica Digital (Metodista/IPA), V. 1, ps. 16, 2008.**
- 75-WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre, 2012. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Parana_Municip_Rolandia.svg. Acesso em 24/10/2012. (figura 1 e 2).
- 76-BRASIL. **Manual de atenção básica**. 1º Edição atualizada, Brasília – Distrito Federal, 2003. (anexo A).

APÊNDICE

APÊNDICE (A) - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Marcelo Marques Ferreira, mestrando do curso de mestrado em Educação nas Profissões de Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC – SP) venho convidá-lo a participar de uma pesquisa de tese de mestrado com o tema **“REVELANDO A DIMENSÃO DA ÉTICA NO COTIDIANO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ”**.

Esta pesquisa tem como objetivo Identificar, a partir de depoimentos de agentes comunitários de saúde que atuam na ESF de Rolândia – Paraná, como você, os problemas éticos que vivenciam e como pensam e agem para tomar as decisões nestas situações.

Você será convidado a responder um questionário com os seus dados (apêndice A) e, em seguida, você será entrevistado por mim. Nesta entrevista apresentarei três situações éticas (apêndice B) contendo problemas éticos. Após a leitura dos casos, pedirei que dê sua opinião para solucionar o caso e justifique sua escolha. Seu depoimento será gravado através de um gravador do pesquisador para que possa depois analisar suas respostas com todo o cuidado. O tempo para cada entrevista será de aproximadamente 30 (trinta) minutos.

Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum dano moral ou econômico. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador e com a Secretaria Municipal de Saúde.

Sua participação é voluntária, basta apenas concordar. Informo que poderão participar todos os agentes comunitários de Rolândia, que trabalham na ESF, não importando a raça, idade (exceto os menores de 18 anos), estado civil, ou qualquer preferência religiosa. Você e todos os participantes deverão declarar que entenderam o que foi explicado e estão de pleno acordo quanto a informar seus dados e participar da entrevista. Para mostrar que está de acordo assinará esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que autoriza o pesquisador Marcelo a utilizar seus dados para a sua tese de mestrado.

Você, ao participar desta pesquisa, não terá nenhum tipo de despesa em qualquer fase da pesquisa, nem receberá benefício direto e imediato, assim como nenhuma bonificação pela participação voluntária nesse projeto.

Este estudo mostrará o perfil ético dos agentes comunitários de saúde e será possível criar estratégias para apoiá-los na condução de problemas do dia a dia, além da possibilitar oportunidades para estes profissionais se engajem em situações éticas, com vistas a tornar o ambiente de trabalho mais sadio.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O contato pode ser feito com a mestrando/pesquisador, **Marcelo Marques Ferreira** que pode ser encontrado no endereço: Rua: Alfred Benhard Nobel, nº 616, Jardim, Industrial Londrina-PR. Telefone para contato é (43) 9979-7179 e-mail: marcelo.ferreira@unifil.br ou ainda pela professora/orientadora, **Profª Drª Cibele Saad Rodrigues**, que pode ser encontrada no endereço: Rua Cláudio Manoel da Costa, 57. Sorocaba – São Paulo. Telefone para contato é (15), 32129900, e-mail: cisaad@pucsp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC – SP, *campus* Sorocaba. Telefone: 15: 32129900.

Quanto aos resultados parciais e finais desta pesquisa, você terá direito de manter-se informado quando estes forem apresentados ou divulgados.

Todos os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em total sigilo profissional, podendo ser utilizados somente para a tese de mestrado, para apresentação em simpósio de iniciação científica, congressos e para publicação, porém as identidades serão preservadas.

Entrevistado:

Assinatura: _____

Pesquisador que realizará a entrevista.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE (B) – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

REVELANDO A DIMENSÃO DA ÉTICA NO COTIDIANO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ.

- 1 – IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL _____
- 2 – SEXO _____
- 3 – IDADE (ANOS COMPLETOS) _____
- 4 – ESCOLARIDADE _____
- 6 – RELIGIÃO _____
- 7 – ETNIA _____
- 8 – CASADA SIM () NÃO ()
- 9 – FILHOS (NÚMERO DE FILHOS) _____
- 10 – TEMPO QUE TRABALHA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ANOS) _____
- 11 – TEMPO DE MORADIA NA COMUNIDADE (ANOS) _____

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:

- 1 – VOCÊ REALIZA VISITAS DOMICILIARES? SIM () NÃO ()
SE SIM, QUANTAS VISITAS VOCÊ REALIZA POR DIA? _____
- 2 – VOCÊ REALIZA CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS? SIM () NÃO ()
SE SIM, QUANTAS FAMÍLIAS VOCÊ TEM CADASTRADAS? _____
- 3 – VOCÊ PARTICIPA DE PROGRAMAS DE SAÚDE? SIM () NÃO ()
- 4 – VOCÊ REALIZA ATIVIDADES BUROCRÁTICAS DENTRO DA UBS? SIM () NÃO ()
- 5 – VOCÊ REALIZA ACOMPANHAMENTO DE GRUPOS DE RISCO? SIM () NÃO ()
SE SIM, QUAIS GRUPOS? _____

APÊNDICE (C) DEPOIMENTOS ÉTICOS

REVELANDO A DIMENSÃO DA ÉTICA NO COTIDIANO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ.

Serão apresentadas aos entrevistados situações hipotéticas contendo problemas éticos. Após a leitura dos casos, solicita-se que cada ACS dê sua opinião para solucionar o caso e justificar. Os casos propostos foram três:

- a) **PERTURBANDO A ROTINA:** a Senhora J, hipertensa e diabética, frequentemente faz demandas que dificultam as atividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. O agente de saúde da equipe na qual ela é cadastrada tenta acompanhá-la através da ficha de visita (ficha B) da melhor maneira possível, mas a cada dia o agente de saúde sente-se mais tentado a deixar de investir seus esforços visto que a paciente não quer a visita de nenhum agente comunitário de saúde.
- b) **PRESERVANDO A CONFIDENCIALIDADE:** A senhora M tem HIV, e ela não quer contar para o marido sobre doença. Pede para o agente de saúde sigilo sobre isso. A paciente relata ao agente de saúde que deseja que o marido faça o exame sem ele saber do que se trata.
- c) **ATENDENDO ADOLESCENTES:** B, 12 anos de idade, procura o agente comunitário de saúde na qual está cadastrada e conta que esta apaixonada por um rapaz. Seus pais acham que ela é muito jovem e a proíbem de namorar. A jovem diz que quer ter relações sexuais com o namorado, e pede para o agente de saúde orientá-la sobre preservativos. “Pede ainda, ao agente de saúde, para não contar nada aos seus pais.”

Questões norteadoras:

- 1- No caso 1 o ACS revela a outros ACS e outros profissionais da equipe que a paciente hipertensa é grosseira, e relata que não quer acompanhá-la. Você acredita que o ACS agiu certo ou errado? Caso acredite que ele tenha agido errado, pode ser punido nesta situação? SIM ou NÃO? Você já se deparou com uma situação parecida? Pode detalhar?
- 2- No Caso 2, se o ACS revelar o diagnóstico da doença ao marido da paciente sem a autorização prévia, ele cometeu uma falta ética? SIM ou NÃO? Você já se deparou com uma situação parecida? Pode detalhar?
- 3- No caso 3, se o ACS não concordar com a adolescente por ela ter relações sexuais muito cedo, este está cometendo falta de ética? SIM ou NÃO? Você orientaria a adolescente sobre o uso de preservativos? SIM ou NÃO? Você já se deparou com uma situação parecida? Pode detalhar?
- 4- Você sabe se existe um Código de Ética próprio dos ACS? SIM ou NÃO? Você acha importante os ACS terem um código de ética? SIM ou NÃO?

APÊNDICE (D)

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ROLÂNDIA

Ofício N° 325/2012

Rolândia, 20 de Março de 2012.

Informamos que autorizamos a realização da pesquisa intitulada: **REVELANDO A DIMENSÃO DA ÉTICA NO COTIDIANO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ**, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia, de autoria do mestrando Marcelo Marques Ferreira e sob orientação da professora orientadora Prof^a Dr^a Cibele Saad Rodrigues, do Departamento de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), *campus* Sorocaba. Por tratar-se de pesquisa sem seres humanos deverá seguir as orientações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, devendo ser previamente apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da FCMS, *campus* Sorocaba, da PUC-SP.

Eloísa Roberta Ruffo Mazzei

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ROLÂNDIA

A/C Marcelo Marques Ferreira – Mestrando da PUC – SP

APÊNDICE (E) DECLARAÇÃO DE SIGILO

Eu, Marcelo Marques Ferreira, solteiro, mestrando, portador da célula de RG nº 130990770-9 e do CPF nº 046781219-51, residente e domiciliado em Londrina – PR., na rua Alfred Benhard Nobel nº 6161. declaro, para os devidos fins, que estou regularmente matriculado no curso de mestrado profissional em Educação nas Profissões de Saúde junto a PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO: , tendo como projeto de trabalho de tese de mestrado o tema: **“REVELANDO A DIMENSÃO DA ÉTICA NO COTIDIANO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ”**. Declaro, ainda, que é condição essencial para a realização do projeto de estudo, a participação de agentes comunitários de saúde do município de Rolândia – Paraná. Declaro, também, que estou ciente das seguintes condições, impostas pela PUC - SP (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO):

1. que não poderei, sem autorização expressa do agente comunitário de saúde, citar nome, juntar fotos ou resultados de exames, ou qualquer outro documento, citação ou fato que permita a identificação do sujeito da pesquisa;
2. que as informações que me forem apresentadas são estritamente sigilosas, responsabilizando-me em consequência pelas anotações que fizer e a eventualidade de extravio das mesmas;
3. que estou ciente que a PUC - SP (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO) somente está permitindo o contato com os agentes comunitários de saúde e aplicação do questionário pelo fato de se destinar ao aprimoramento dos conhecimentos técnicos na área da saúde.

E por ser a expressão da verdade, estando de acordo com as declarações acima, assinamos a presente declaração para que surta os efeitos legais, responsabilizando-me integralmente pelos danos que a PUC - SP (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO) vier a sofrer em decorrência dos fatos acima expostos, principalmente no tocante à divulgação de dados confidenciais dos agentes comunitários de saúde, sem a devida orientação.

Sorocaba, 21 de Março de 2012.

MARCELO MARQUES FERREIRA

MESTRANDO PUC – SP

ANEXO

ANEXO (A) – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Fundação São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

FCMS
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Praça Dr. José Ermilo de Moraes, 290
CEP: 18030-095 – Sorocaba – SP
Fone: (015) 3212-9900
Telefax: (015) 3212-9879
Caixa Postal 1570



Hospital
Santa Lucinda

Hospital Santa Lucinda
Rua Cláudio Manoel da Costa, 57
CEP – 18030-210 – Sorocaba – SP
Fone/Fax: (015) 3212-6900/9837/9935
Caixa Postal 1570
www.sorocaba.pucsp.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Sorocaba, 12 de junho de 2012.

Ilmo. Sr.
Marcelo Marques Ferreira
Pesquisador responsável

Ref: APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E EMENDAS

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC/SP informa que **aprovou** em reunião ordinária realizada em **12.06.12**.

Projeto de pesquisa: “Bioética e agentes comunitários de saúde: depoimentos éticos vividos por agentes comunitários de saúde de um município da região norte do estado do Paraná”, “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e o parecer do relator.

Profª Dr. José Augusto Costa
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC/SP

ANEXO (B) FICHA B DE ACOMPANHAMENTO DO ACS

HIPERTENSÃO ARTERIAL

FICHA B - HA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA												ANO				
MUNICÍPIO		SEGMENTO		UNIDADE		ÁREA		MICROÁREA		NOME DO ACS:								
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS																		
Identificação		Sexo	Idade	Fumante		Meses												Observações
				sim	não	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:						data da visita do ACS												
						faz dieta												
						toma a medicação												
						faz exercícios físicos												
Endereço:						Pressão Arterial												
						data da última consulta												
Nome:						data da visita do ACS												

Fonte: Brasil, 2003.