

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM
SAÚDE**

**PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO EM
SAÚDE**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Katiane Sefrin Speroni

Santa Maria, RS, Brasil

2014

PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO EM SAÚDE

Katiane Sefrin Speroni

Artigo apresentado ao Curso de Pós-graduação em Organização Pública em Saúde pela Universidade Aberta do Brasil como requisito parcial de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

Prof^ª Orientadora: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, RS, Brasil

2014

**Universidade Federal de Santa Maria
Núcleo de Tecnologia Educacional
Universidade Aberta do Brasil
Curso de Pós-Graduação em Organização Pública em Saúde**

**A comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso**

**PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES
PARA A GESTÃO EM SAÚDE**

elaborado por
Katiane Sefrin Speroni

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Prof^ª Dr^a em Enfermagem
Orientador (a)

Fernanda Sarturi, Prof^ª Dr^a Ms^a (UFSM)

Neida Luiza Kaspary Pellenz, Prof^ª Ms^a (UFSM)

Santa Maria, 30 de junho de 2014.

PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO EM SAÚDE

Katiane SefrinSperoni¹

Suzinara Beatriz Soares de Lima²

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador cuja suas ações são fundamentais para que o Sistema Único de Saúde funcione de forma a fortalecer as ações das Estratégias de Saúde da Família. Ao desenvolverem seu trabalho podem se confrontar com determinadas situações frustrantes ou que despertem desmotivação. O presente estudo objetivou compreender as percepções e motivações dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas ações no processo de trabalho no município de Santa Maria/RS. O estudo foi desenvolvido no período de agosto a novembro de 2011. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de caráter qualitativo. Participaram do estudo trinta e três Agentes Comunitários de Saúde das equipes de Estratégia de Saúde da Família. Utilizou-se a entrevista semiestruturada e os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Dos resultados emergiram três categorias: Perspectiva do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Estratégia de Saúde da Família e sua relação com a comunidade, Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o trabalho interdisciplinar e a relação com a gestão em saúde e As motivações e desmotivações no processo de trabalho. Desta forma, percebeu-se que os Agentes Comunitários de Saúde compreendem a relevância do seu trabalho, porém se sentem desmotivados e pouco reconhecidos pelas ações que realizam. Portanto, tem-se a falta de apoio da gestão municipal, dos outros membros da equipe de saúde e da própria comunidade como alguns fatores geradores destes sentimentos.

Descritores: Agente Comunitário de Saúde; Saúde da Família; Trabalho; Gestão em Saúde;

ABSTRACT

The Community Health Agent is a worker where their actions are fundamental to the Health System to work in order to strengthen the actions of the Family Health Strategy. In developing their work may confront certain frustrating situations that arouse or demotivation. The present study aimed to understand the perceptions and motivations of community health workers about their actions in the work process in the municipality of Santa Maria / RS. The study was conducted from August to November 2011. This is an exploratory and descriptive qualitative study. Participated in the study and thirty three Community Health teams of the

¹Enfermeira. Aluna do Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde. Autora do Estudo.

²Orientadora. Enfermeira Profª Drª. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM.

Family Health Strategy. We used a semistructured interview and the data were subjected to thematic content analysis. The results three categories: Perspective of the work of community health workers on the staff of the Family Health Strategy and its relationship with the community, perceptions of community health workers on interdisciplinary work and the relationship with health management and Motivations and disincentives in the labor process. Thus, it was realized that the community health workers understand the importance of their work, but feel unmotivated and poorly recognized by the actions they perform. Therefore, there is a lack of support from the local administration, the other members of the healthcare team and the community itself as some factors causing these feelings.

Descriptions: Community Health Workers; Family Health; Workers; Health Management.

INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira até 1970 se qualificava por ações implementadas para o combate a doenças endêmicas, o que caracterizava um modelo assistencial hegemônico e biomédico. A partir do movimento da Reforma Sanitária, as condições de saúde da população passaram a ser debatidas politicamente, onde surgem as primeiras propostas de reorganização do sistema de saúde no Brasil. Neste contexto, observa-se a construção e expansão de vários programas com intuito de estender as ações em saúde para a população como um todo.

Nesta perspectiva, a saúde foi estabelecida no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, como um direito de todos e dever do Estado de implementar ações para melhoria das condições de saúde da população. Desse modo, em 1990, passa a existir a Lei 8.080 e posteriormente complementada pela Lei 8.142, que consolidam o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema cuja governabilidade acontece de forma descentralizada, na qual cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal) tem sua responsabilidade instituída por Lei (BRASIL, 2007).

A década de 1990 trouxe para o setor da saúde grandes avanços no que tange a revalorização da temática da família. A exemplo disso tem-se a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde com a finalidade de promoção da saúde, bem como a reorientação do modelo assistencial a nível municipal e em questões relacionadas à atenção primária prestada a população (FERREIRA et al, 2009). Deste modo, este novo arranjo assistencial é adotado como modelo substitutivo da forma de trabalho tradicional na rede básica de saúde,

intitulado como Programa de Saúde da Família (PSF) e, atualmente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

A ESF é operacionalizada com a implantação de equipes multiprofissionais cuja responsabilidade é o acompanhamento de determinado número de famílias que residem em uma área geograficamente delimitada. São ações desenvolvidas por meio de práticas sanitárias, de forma democrática, e com a total participação da comunidade, rompendo com a dicotomia do cuidado centrado e focado no processo de saúde-doença (COSTA; FERREIRA, 2011).

Com a criação da ESF e PACS e com o intuito de participação da construção e cuidados das famílias, a equipe vinculada a Unidade Básica de Saúde (UBS) passa a desenvolver ações mais abrangentes e acessar maior compreensão sobre as questões referentes ao processo saúde-doença (BRASIL, 2007). Neste sentido, com o trabalho interdisciplinar, as duas estratégias garantem novas oportunidades de trabalho, onde relaciona a saúde com a demografia, epidemiologia, sociologia, entre outras áreas (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

A equipe de saúde vinculada a UBS é composta por enfermeiros, médicos, auxiliares e/ou técnicos em enfermagem e ACS, atuando de forma substitutiva ao modelo hegemônico e biomédico, cuja lógica era na centralização das ações em saúde em um único profissional (BRASIL, 2007). Entretanto, neste novo arranjo assistencial cujo enfoque é a descentralização das ações, o ACS pode ser destacado como um protagonista em suas ações e torna-se um trabalhador envolvido com as necessidades de sua comunidade, como também, torna-se um agente facilitador na busca por ações que derivem na resolutividade dos problemas (SPERONI, 2012).

Atualmente, trabalham mais de 204 mil ACS em todo o território brasileiro (BRASIL, 2011). Os ACS destacam-se como sendo o elo entre os profissionais da UBS e comunidade, por residirem na área onde atuam e por conhecerem e conviverem com a realidade do seu meio. Este trabalhador compartilha e interage com os valores da sua comunidade, conhece a linguagem utilizada para comunicação entre os moradores locais, percebe as satisfações e insatisfações da população sobre as ações que estão sendo desenvolvidas pelos profissionais e as mazelas existentes neste ambiente (MAIA et al, 2009). Com estes atributos instituídos no cotidiano de seu trabalho, os ACS assumem a responsabilidade levantar as necessidades de saúde do local onde residem e procurar medidas de intervenção junto à equipe multiprofissional para melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde da população de sua abrangência.

Para desenvolver suas atividades legalmente, como profissão o ACS tem suas ações legitimadas pela Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Desse modo, o ACS exerce sob a supervisão do enfermeiro, ações de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de visitas domiciliares ou comunitárias para monitoramento de situações de riscos das famílias, de forma individual ou em âmbito coletivo em concordância com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2006).

Neste contexto, suas ações vão além de seu fazer profissional, utilizando instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade, de promover ações educativas para a saúde individual e coletiva, registrar para fins de controle e planejamento as ações em saúde, bem como os nascimentos, os óbitos, os agravos à saúde e doenças que acometem a comunidade e estimular a população a participar das ações que envolvam as políticas públicas de saúde, também desenvolvem ações básicas tais como: incentivo ao aleitamento materno, pré-natal, prevenção de doenças transmissíveis e de contágio ambiental, notificação compulsória de doenças, contribuindo assim, para promover a saúde coletiva dos indivíduos da comunidade (BRASIL, 2006).

Para que o ACS desenvolva suas ações de forma eficaz, é necessária a obtenção de algumas habilidades e competências tais como: ter bom relacionamento e comunicação com a comunidade, suas ações devem ser pautadas na ética e sigilo profissional, bom relacionamento interpessoal com a equipe multiprofissional da UBS, ter conhecimento sobre os serviços que a rede dispõe e ser um vigilante em saúde na área onde atua. Desse modo, com tais atributos, o ACS tem condições de colaborar em ações que visam melhorar a qualidade da assistência na atenção básica, identificando os problemas, encaminhando e participando ativamente na resolutividade dos mesmos (COSTA; FERREIRA, 2011).

A construção da identidade do ACS é observada em situações vividas no seu trabalho como na construção do vínculo com os indivíduos da sua comunidade, nas relações de trabalho com os integrantes da equipe de saúde e demais agentes que compõem os serviços dispostos na rede. Ao desenvolver seu trabalho, o ACS convive com algumas situações como a responsabilidade pela transformação do modelo biomédico para um modelo onde o foco das atenções é própria comunidade, a incorporação de outros profissionais nas equipes de saúde, acarretando em um trabalho em equipe fragmentado. Tais ações provocam sofrimento e interferem diretamente nas suas práticas profissionais, acarretando em agravos à sua saúde, desmotivação e insatisfações com relação às ações desenvolvidas em seu ambiente laboral (LOPES, 2009).

Nesta perspectiva, surge a inquietação em relação ao que existe descrito na literatura sobre qual a percepção e ansiedades que os ACS têm sobre o impacto de suas ações na comunidade onde atuam, vinculado com suas relações no trabalho e com a equipe de saúde multiprofissional e os serviços dispostos na rede básica. Enfatiza-se que estes sujeitos convivem com condições que limitam às suas ações, e em muitas situações, vão além do seu fazer profissional. Tal estudo justifica-se pelo referido município sofrer um processo de reformulação e reestruturação das equipes atuantes na saúde da família, por conter equipes de ESF incompletas e microáreas descobertas pela figura profissional do ACS.

Para tanto, o desenvolvimento desta pesquisa objetivou compreender as percepções e motivações dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas ações no processo de trabalho no município de Santa Maria/RS. E como objetivos específicos: descrever como os ACS percebem o seu processo de trabalho nas ESF e identificar o que os motiva para desenvolver seu trabalho.

2 METODOLOGIA

Este estudo configura-se como descritivo-exploratório, de caráter qualitativo. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa está diretamente relacionada ao fenômeno das ciências sociais e ao universo da significação, da motivação, das crenças, dos valores e dos costumes. Compreende-se este processo como parte da realidade social, pois o ser humano diferencia-se não só em suas atitudes, mas em refletir e interpretar suas ações inseridas no contexto vivido, como também, compartilhar com seus pares as dimensões da produção humana, resumindo-se no universo das relações, das representações e da intencionalidade.

O estudo foi desenvolvido em seis Unidades de Estratégias de Saúde da Família vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria - RS: ESF Bela União (região norte), ESF Urlândia (região sul), ESF Maringá (região leste), ESF Roberto Binato (região oeste), ESF Alto da Boa Vista (região oeste) e ESF Vitor Hoffmam (região oeste). Foram participantes do estudo 33 ACS de Estratégias de Saúde da Família (ESF) que atuavam nesse município por, no mínimo, há seis meses na profissão. Elencou-se como critérios de exclusão, os ACS com tempo de trabalho inferior a 6 meses e aqueles que encontravam-se afastados por licença de qualquer natureza. O tempo de atuação na profissão entre os participantes variou de 8 meses a 11 anos. A pesquisa foi desenvolvida no período de agosto a novembro de 2011,

derivado do projeto de Trabalho Final de Graduação da autora pelo Centro Universitário Franciscano – UNIFRA.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, justifica-se o número de participantes sendo suficiente visto que, para Ghiglione e Matalon (2001), após a vigésima ou trigésima entrevista ocorre à confirmação do que foi obtido com análise nas primeiras. O estudo foi desenvolvido no período de agosto a dezembro de 2011. Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, sendo solicitado aos participantes que as entrevistas fossem gravadas em aparelho MP4, a fim de assegurar a integridade e fidedignidade dos dados. Foram abordadas questões sobre o perfil sociodemográfico (idade, grau de escolaridade, estado civil, quantidade de filhos, uso de álcool ou drogas).

E como questões pertinentes a temática proposta que intitula a presente pesquisa, foram feitos os seguintes questionamentos aos ACS: Em sua percepção, qual é o seu papel na Estratégia de Saúde da Família? Quais fatores você acredita que fariam com que seu trabalho fosse mais resolutivo e integral? Quais são as funções que você desempenha junto à comunidade? E na Unidade de Saúde da Família, como membro da equipe multiprofissional? Quais são as dificuldades que você encontra ao desempenhar suas atividades na Estratégia de Saúde da Família? Como você definiria o Agente Comunitário de Saúde? No intuito de preservar o anonimato dos participantes, foi adotada a terminologia ACS 1 a ACS 33.

Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo Temática de Minayo (2010). Esse método corresponde a um arranjo de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos ordenados e objetivos a definição do conteúdo das falas, dos indicadores, como também, permitir a intervenção de conhecimentos respectivos às condições de produção e recepção dos discursos. Esse tipo de análise constituiu-se de algumas etapas, pois inicialmente se processou a transcrição das entrevistas, com posterior organização, interpretação e categorização dos dados.

Em seguida, foram utilizados referenciais para que, a partir das articulações dos mesmos aos dados do estudo, pudessem emergir novas interpretações e, conseqüentemente, efetivar-se a produção do conhecimento. Este estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano – CEP/UNIFRA para análise e aprovação, estando registrado sob o número 248.2011.2. Foi ainda aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Município de Saúde (NEPES). Além disso, foi disponibilizado aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações pertinentes ao estudo, garantindo o anonimato e a autorização para divulgação

dos dados coletados, conforme previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 2012).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de análise dos dados permitiu que os mesmos fossem interpretados e classificados por meio das categorias: Perceptiva do trabalho dos ACS na equipe de ESF e sua relação com a comunidade, Percepções dos ACS sobre o trabalho interdisciplinar e a relação com a gestão em saúde e As motivações e desmotivações no processo de trabalho .

3.1 Perspectiva do trabalho dos ACS na equipe de ESF e sua relação com a comunidade

Para Dejours (2007), o trabalho não é considerado apenas uma atividade isolada de produção, uma vez que é através das relações no trabalho que o homem vive em sociedade, formando uma relação interdependente do outro, principalmente na área da saúde. Neste sentido, o trabalho conceitua-se de uma forma positiva para homem, sendo caracterizado como a valorização da aplicação das capacidades humanas para fazer uso dos recursos naturais, responsabilizando-o pela própria condição da humanidade.

O ato de trabalhar significa fazer com cuidado, produzir, dedicar-se na ação de uma tarefa, com determinado esforço, para alcançar o objetivo proposto. Desse modo, corroborando com Marx (1998), o processo de trabalho é uma relação entre o homem e a natureza, onde por meio da ação do homem intercede, ajusta e controla seu metabolismo com a natureza, de forma que se apodera das forças naturais, mantendo em constante movimento e em conjuntura a natureza com seu organismo, com intuito de apropriar-se da matéria natural numa forma benéfica para o seu próprio viver.

Para Alváres (2012), o trabalho e suas relações com o meio nunca foram objeto de estudo de Freud, porém o mesmo considerou o trabalho como algo que constitui a felicidade, principalmente, na disposição de amar e trabalhar. Na visão da psicologia, o trabalho é considerado como uma das bases fundamentais para a realização humana num contexto geral. Esta premissa fica evidente nas seguintes falas dos Agentes Comunitários de Saúde:

“[...] Isso é muito bom e eu me sinto muito feliz, de ser agente de saúde. Para mim é a melhor coisa que aconteceu na minha vida. É um trabalho que eu amo fazer, faço bem, graças a Deus” (ACS 10)

“Ser agente de saúde hoje é uma benção. Juntou duas coisas: eu gosto do que eu faço e sou remunerada por isso” (ACS 33)

Para Gobatto (2013), a satisfação no trabalho provém de uma série de influências exercidas sobre o trabalhador e que afetam diretamente sua saúde física e mental como: as ações em seu trabalho, comportamento profissional e social, repercutindo tais ações em sua vida pessoal e no convívio familiar de cada indivíduo. Nesta perspectiva, a satisfação no trabalho trata-se de um estado subjetivo em que a satisfação é uma situação ou evento que pode variar de indivíduo para indivíduo, pois se modificam de acordo com as influências do meio e no decorrer do tempo, podendo o mesmo trabalhador estar sujeito a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho.

De acordo com Camelo e Angerami (2008), a ESF é uma política do Ministério da Saúde na qual se ressalta que são atribuídos aos profissionais variadas tarefas com alto grau de exigências e responsabilidades. Deste modo, dependendo do ambiente e da organização do trabalho para a sua realização e do preparo para desempenhar suas atividades, podem levar o profissional a enfrentar diversas situações ao desenvolverem seu trabalho. Observa-se nas falas que apesar do referido município estar sofrendo um processo de estruturação das equipes e reformulação da política de Atenção Básica local, os ACS relatam satisfação pessoal em poderem contribuir para a melhoria de saúde da sua comunidade.

Para Ribeiro, Pires e Blank (2007), a colaboração do ACS permite que a equipe de saúde desenvolva ações diretas na comunidade, melhorando assim, a qualidade dos serviços dispostos na rede. O processo de cuidado vai além do tratamento de patologias na unidade de saúde, onde a equipe de saúde, com auxílio do ACS, desloca-se para as áreas residenciais da comunidade, promovendo saúde por meio de ações que envolvam a participação da própria comunidade. Surge tal premissa em algumas falas, onde os ACS compreendem e apontam a importância do seu trabalho na equipe de saúde, conforme a seguir:

“Eu cheguei com o enfermeiro para visitar uma casa e nós tínhamos um monte de pão, ai eles falaram, vamos entregar lá no teu beco (do ACS) e eu cheguei com ele numa casa e tinham duas pessoas. Uma gestante cheirando (drogas), o guri se

injetando e ai quando ele viu o enfermeiro ele não conhecia e ai ele já foi com a mão na cintura direto, ai eu disse “oi fulano, tudo bem? Só vim entregar um pão para vocês aqui”. Quando vai uma pessoa estranha eles já acham que é ameaça”(ACS 28)

“Dentro da nossa área de atuação sabemos da nossa importância, porque cada família que tu consegues resolver o problema tu sabes que és três, quatro consultas a menos no posto” (ACS 15)

Neste contexto, para o ACS desenvolver suas ações de forma eficaz, primeiramente, necessita estabelecer o vínculo com a comunidade onde irá atuar. Quando bem fortalecido, o vínculo torna-se uma ferramenta auxiliadora no processo de trabalho dos agentes. Algumas informações particulares que revelam às condições de saúde ou os agravos à saúde da comunidade são apontados por esses trabalhadores, já que tem acesso ao íntimo dos domicílios dos indivíduos cadastrados na ESF (SEOANE; FORTES, 2009). Nas falas a seguir, observa-se que os ACS percebem esta relação de confiança com as famílias:

“Somos o elo entre a comunidade e o SUS, fazendo uma função extremamente importante, levando o SUS pra comunidade, trazendo a comunidade até o SUS” (ACS 3)

“Tudo eles contam pra gente. Desde a parte pessoal, até a parte de saúde” (ACS 5)

“O agente é uma pessoa que tá ali, que é mais próximo da comunidade, para ter um vínculo maior com as pessoas. A maioria me conhece desde que eu nasci, eu nasci aqui e me criei aqui, então eles se sentem mais a vontade de falar comigo. É o vínculo de tu morar aqui, de tu saber, de tu conhecer a realidade deles, porque tu tá lá dentro da casa deles” (ACS 6)

Ao se analisar as atribuições dos ACS nas unidades de ESF, são identificadas várias atividades desenvolvidas que vão ao encontro do objetivo da inclusão desse profissional às equipes de saúde, tais como: visita domiciliar, participação em grupos educativos (hipertensos, diabéticos, gestantes, saúde da criança, da mulher, do homem, planejamento familiar e saúde mental), vigilância em saúde, busca ativa da população adscrita, trabalho comunitário e cadastramento das famílias. Por outro lado, em muitos casos, desempenham também atividades administrativas, sendo estas efetivadas em função da deficiência de recursos humanos ou pelo não reconhecimento da identidade desse profissional por parte do restante da equipe de saúde e gestores (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Corroborando com o exposto, alguns depoimentos dos ACS também evidenciaram que além de suas atribuições, em função de um processo de reestruturação da Atenção Básica do município, há o desvio de função específica:

“Aqui mesmo fica sem recepcionista também, e a gente às vezes dá uma mão” (ACS 26)

“O papel do agente é o último que estamos conseguindo desempenhar.” (ACS 1)

“Estamos perdendo a nossa identidade. Não sabemos nem qual é o nosso papel mais” (ACS 32)

O desvio da função de ACS modifica o modelo assistencial proposto pelas políticas de saúde. As práticas de atenção à saúde deste profissional, na incumbência de outras tarefas como as atividades burocráticas na unidade de saúde, podem repercutir de forma negativa em seu fazer profissional (BRONSTEIN, 2007). A permanência do ACS nas unidades de saúde pode acarretar a descaracterização de sua figura frente à comunidade, reduzindo ações para promover saúde da população e, conseqüentemente, diminuindo sua produtividade. Ao desenvolver ações que não lhe competem, por questões administrativas ou falhas na gestão de recursos humanos, ACS deixa de ser o elemento-chave das práticas sociais, pois suas ações quando tangenciadas do objetivo da criação de sua profissão, ocasionam sobrecarga de trabalho e prejuízo nas relações de vínculo e confiança com as famílias.

Quanto às perspectivas de sua relação com a comunidade, os ACS descrevem a comunidade onde atua e as pretensões desta relação, ACS e comunidade, com o trabalho dos profissionais de saúde da ESF. Desse modo, a convivência e a intervenção no processo de saúde-doença dos indivíduos de sua microárea possibilitam aos ACS o compartilhamento de valores, o que os aproxima mais ainda de sua comunidade. Esta interação entre os trabalhadores e a população propicia a construção de laços de confiança entre as partes, permitindo contribuir no planejamento de ações no processo de trabalho (JORGE et al, 2007). Estas afirmações emergiram das seguintes falas:

“Porque a confiança tu não adquire de uma hora pra outra. Quando tu vais trabalhando, tu vais vendo as pessoas, segredos que as mulheres contam, desabavam” (ACS 13)

“Eles têm aquela confiança em ti, então as vez tem pessoas da unidade que não dão aquele tratamento que eles esperam, até na visita domiciliar. Quando tu levas algum enfermeiro, eles (a

comunidade) esperam eles (os profissionais) saírem e na outra visita eles vão se abri contigo” (ACS 26)

Os ACS conseguem incorporar suas práticas ao domínio prático e cognitivo, desenvolvendo atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de auxiliarem no processo de formação dos sujeitos e fortalecimento da comunidade, aliando a educação popular em saúde, por meio das visitas domiciliares, acompanhando as famílias (COSTA; FERREIRA, 2012). Neste sentido, percebe-se em algumas falas que a disponibilidade para a escuta ativa e a troca de informações entre os agentes e a comunidade são fundamentais para o planejamento das ações de cuidado.

“A importância do serviço é que tem uma troca muito grande e as pessoas vão pegando confiança, e te tem como da família” (ACS 13)

“Ouvindo as pessoas, trazendo os problemas para o posto e tentando resolver com a equipe” (ACS 33).

“Ouvindo os problemas das pessoas, somos o conselheiro, o psicólogo, aquela pessoa (o ACS) que orienta quando tem um problema familiar. É aquela pessoa (o ACS) que gera a paz e a tranquilidade entre os profissionais” (ACS 4)

Entretanto, percebe-se que este trabalhador se depara com inúmeras dificuldades presentes no cotidiano do seu trabalho. O desconhecimento de suas ações por parte da população, o equívoco com as práticas de outros profissionais e as limitações quanto à resolutividade dos problemas que a comunidade enfrenta, são alguns obstáculos encontrados no decorrer do processo de trabalho deste profissional (COSTA; FERREIRA, 2012). Nesta direção, emergiram algumas falas que expõe a falta de compreensão da comunidade e as cobranças que os ACS enfrentam ao desenvolverem suas atividades:

“Com a comunidade, é a dificuldade deles vim pro posto, eles acham longe” (ACS 14)

“Eles (a comunidade) acabam te exigindo muito, por tu fazeres parte, por tu conheceres as pessoas e por fazer as visitas na casa, conhecendo a família” (ACS 22)

“Um senhor me reclamou: tu vais lá em casa e não faz nada, tu não vês pressão, tu não fazes HGT, tu vais fazer o que então?” (ACS 29)

Para que esses profissionais possam exercer as atribuições inerentes ao seu trabalho, estes devem residir em sua área de atuação, possuir ensino fundamental completo e participar do curso de formação básica de acordo com os conteúdos propostos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Por residirem na área onde atuam, percebe-se em algumas falas o surgimento de vários sentimentos, pois além promoverem o vínculo com a comunidade, ocorre uma invasão na vida pessoal deste trabalhador, fazendo com que este trabalhe horas além de seu turno, resultando em sofrimento psíquico e dificuldade em organizar sua vida particular (MAGNAGO et al, 2009). Esta premissa fica evidente em algumas falas a seguir:

“O ruim que eu acho é que tem que morar dentro da área, isso que eu acho que é o pior pra mim. Eu acho, porque eles não definem o horário” (ACS 28)

“Todo o resto da equipe trabalha e vai embora, tu não. Tu mora na área. Então na verdade tu não trabalha de segunda a sexta. Tu trabalha de segunda a segunda” (ACS 29)

Por este caminho, além de desenvolver todas as suas atribuições, o ACS necessita responsabilizar e estimular a participação da comunidade nas decisões referentes à sua localidade. Desse modo, a participação nos conselhos locais é a forma da comunidade exercer sua democracia (PRESOTO; WESTPHAL, 2005). Em alguns relatos pode-se perceber que o ACS desempenha um papel de auxiliador no processo de cidadania em sua comunidade.

“Informando, fazendo o chamamento, da participação da comunidade. É minha função lá na comunidade, estar informando de todas as atividades que acontecem no município, não só na unidade.” (ACS 25)

“O pessoal é muito acomodado, né? A gente tenta, alguns participam de grupos, dos conselhos, a gente leva para os grupos, tem alguns que participam, mas são muito acomodados” (ACS 32)

Neste sentido, é possível perceber que o agente comunitário de saúde incentiva a participação dos usuários na tomada de decisões locais e torna-se um informante da situação de sua comunidade para os demais profissionais da equipe de saúde e gestores. Por meio do “chamamento”, estimula a comunidade a envolver-se com os problemas coletivos e na elaboração de alternativas para solucioná-los. Portanto, pode-se afirmar que estes trabalhadores auxiliam os sujeitos para exercerem sua cidadania.

3.2 Percepções dos ACS sobre o trabalho interdisciplinar e a relação com a gestão em saúde

Nesta categoria, pode-se observar como o ACS percebe o trabalho coletivo, bem como sua concepção a respeito da equipe e as expectativas em relação à equipe de saúde, diante da atuação dos demais profissionais. O trabalho em equipe trata-se da interação entre os diferentes profissionais e também com os usuários, proporcionando a troca de experiências e saberes, tornando essencial no processo de planejamento e execução das práticas em saúde (BRASIL, 2008). Evidenciou-se nos relatos a seguir a valorização do trabalho em equipe na ESF:

“Algumas pessoas, eu acho que valorizam e outras nem tanto e a gente como é uma equipe precisa que todos sejam colegas, somos uma equipe somos profissionais de saúde, somos todos iguais com uma escala de graduação diferente, mas na hora do trabalho somos todos profissionais de saúde (ACS 22)

“Tentamos busca ajuda numa equipe multi. Sozinha ninguém consegue trabalhar” (ACS 23)

Por sua vez, os ACS experienciam relacionamentos distintos em seu processo de trabalho. Em certas situações, confronta-se com atitudes isoladas e sentimentos individualistas entre os profissionais da equipe, expondo a falta de responsabilidade coletiva e comprometendo o resultado final das ações voltadas à comunidade, acarretando na descontinuidade das ações desenvolvidas junto às famílias (BRASIL, 2009). Apesar do exposto, esta desarticulação no processo de trabalho em equipe dificulta a implementação de ações para melhor resolutividade dos problemas que a população enfrenta o que, fica evidente nas seguintes falas:

“Acho que necessita mais de união da equipe da Estratégia de Saúde da Família e o planejamento conjunto das atividades, falta planejamento das atividades” (ACS 25)

“O maior problema que a gente tem aqui é a equipe que não tá composta conforme tem que ser. Entra uma enfermeira, fica o contrato emergencial, cria o vínculo, sai e entra outra” (ACS 6)

“É complicado desenvolver alguma coisa. Qualquer coisa que tenha que fazer é muito complicado pela falta de continuidade das atividades” (ACS 20)

Neste estudo, observou-se ainda que as questões relacionadas à gestão em recursos humanos trazem prejuízos para o processo de trabalho. A atuação em equipes incompletas e a instabilidade dos profissionais são marcadas como dificuldades que os ACS evidenciam ao articular suas ações. Nas falas a seguir, os ACS apontam como problemática que implica em dificuldades para desempenhar suas funções, a instabilidade da equipe:

“Quando tu achas que a equipe está formada, a equipe está legal, vai andar, ocorre a mudança, né. Coisa muito triste, quando tu achas que todos, vão conhecer a comunidade e as pessoas, a equipe vai mudando isso é a pior coisa que tem.” (ACS 18)

“Precisamos de uma equipe completa e que ficasse fixa, não esta rotatividade que está tendo agora. Não tem como ter vínculo com a comunidade, não tem como ter um retorno do trabalho, desmobiliza tudo” (ACS 23)

Em vista disso, atrelado a questões financeiras e de seleção de pessoal, torna-se crescente o consenso entre os trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, diretamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (SANTOS; PIERANTONI; MATSUMOTO, 2010). Desta forma, compreende-se que o vínculo estabelecido entre a comunidade e os profissionais da saúde fica prejudicado quando se trata da grande rotatividade destes profissionais. A permanência na equipe por um curto período pode limitar a continuidade das ações e dificultar a organização do processo de trabalho, culminando em pouca resolutividade.

A percepção do ACS sobre as ações de gestão, supervisão realizada com as equipes de saúde da família, aspectos como a comunicação entre os sujeitos da equipe e da gestão e de que forma tais fatores interferem no processo de trabalho da equipe. Para Santos et al (2011), muitas ações desenvolvidas pelos ACS ainda são de cunho curativista, pois as orientações prestadas por eles são focadas em determinadas doenças, indo de encontro com a proposta do novo arranjo assistencial da saúde que contempla não somente a prevenção, mas a promoção da saúde dos indivíduos inseridos em seu contexto.

De acordo com Rosa e Labate (2005), as ações totalmente desenvolvidas com base nos programas preestabelecidos enfraquecem e sumarizam a ESF, pois ocorre uma priorização no

assistencialismo, onde as ações em saúde são pouco ampliadas para as reais necessidades da comunidade, causando pouco impacto na qualidade de vida dos sujeitos. Em algumas falas a seguir, pode ser evidenciado que a atenção à saúde é baseada nos programas instituídos, onde as ações são desenvolvidas e guiadas pela exigência dos programas:

“É o que mais a gente faz aqui. Capta as gestantes, vai atrás das gestantes pra ver como é que tá, se tão fazendo o pré-natal” (ACS 7)

“Com as mães, com a vacina das crianças. Algumas mães é muito difícil, eu tenho casos, que quase já liguei para o Conselho Tutelar. Só não liguei ainda porque a gente tem que continuar voltando aquela família” (ACS 10)

“A gente chama o pessoal do posto (profissionais de saúde) para ir fazer um curativo, para ir lá verificar uma PA (pressão arterial)” (ACS 11)

Para Pereira, Silva e Haikal (2009), a falta de apoio no trabalho das equipes de saúde da família e a descontinuidade das ações de gestão causam insatisfação nos trabalhadores das ESF. Os ACS sentem-se prejudicados por perceberem que não há incentivos por parte dos gestores (SANTANA et al, 2009). Sob esta ótica, corroborando com os autores supracitados, o apoio da gestão é de extrema importância para o desenvolvimento e a eficácia no trabalho da equipe de ESF. Estas dificuldades emergem nas falas dos ACS:

“Infelizmente cada vez que passa um prefeito, ele pensa de uma maneira diferente, a gestão é duma maneira diferente, as pessoas já não se conectam mais” (ACS 33)

“A gente faz o trabalho só que quando chega lá na ponta, lá em cima, tranca. Digamos assim, secretaria de saúde, os órgão públicos, seria bem melhor se tivesse maior parceira com eles” (ACS 11)

“A gente tenta resolver o problema, mas é que não depende só da gente, depende da prefeitura, do gestor também” (ACS 14)

Segundo o Ministério da Saúde, para que o profissional da ESF desempenhe seu papel necessita constantemente de qualificação através da educação permanente. Para Brasil (2008), quando ocorre a problematização do processo de trabalho, possibilita-se a troca de experiências, inovação das ideias e a compreensão do trabalho do outro, potencializando o crescimento da equipe. Pode-se observar em algumas falas dos ACS que a educação

permanente ainda é um obstáculo a ser vencido. Para que possa acontecer a problematização do processo de trabalho das equipes de ESF, é necessária a participação ativa dos trabalhadores que conhecem as particularidades dos territórios no qual estão inseridos, dos gestores e demais membros da equipe, conforme alguns agentes apontam a necessidade de qualificação, capacitação e inclusão dos agentes neste processo:

“Acho que mais capacitação, mais objetivas, ter mais visualização nas coisas com todos da equipe e da secretaria” (ACS 13)

“Eu acho que está faltando capacitação. Quando eu entrei, tive só capacitação de uma semana, eu estou aprendendo com as colegas. É ruim desse jeito”(ACS 28)

“Nós tivemos poucas capacitações e não é nada assim, pelo menos que eu visse, muito a fundo”(ACS 14)

A permanência na equipe por um curto período pode limitar a continuidade das ações e dificultar a organização do processo de trabalho, culminando em pouca resolutividade (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008). Na percepção dos ACS, um dos principais desafios relacionado ao seu fazer profissional diz respeito à baixa resolutividade das ações da equipe de saúde como argumento, elencado nas falas a seguir:

“Algumas famílias não queriam me atender. Eu tive duas que não quiseram porque elas argumentam: para que eu vou ir lá naquele posto se não tem nada, se não funciona, se tudo demora? Para que eu vou fazer cadastro?” (ACS 2)

“Aqui tu vens só para tentar resolver os problemas da comunidade, mas a gente fica só na tentativa muitas vezes.” (ACS 23)

“Quando vai para os especialistas demora. Também, a demanda cada vez mais aumentando. Eu acho que isso atrapalha também” (ACS 9)

A resolutividade dos serviços no modelo assistencial proposto pela política de saúde vigente remete-se aos níveis de atenção à saúde, sendo observados, dois aspectos: no primeiro a resolutividade inicia-se dentro do próprio serviço relacionada à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento especializado, ao passo que o segundo, faz menção às questões abrangentes sobre o sistema de saúde, compreendido desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde. Além disso, a resolutividade é compreendida

quando o indivíduo procura o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo e, como resposta, o serviço de saúde está seguramente habilitado, a partir do grau de sua complexidade e capacidade tecnológica, a fim de enfrentar e resolver as problemáticas dos sujeitos até o nível de competência desse serviço (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

3.3 As motivações e desmotivações no processo de trabalho

No cotidiano do seu trabalho, o ACS se depara com inúmeras situações que os motivam e os desmotivam em desenvolver suas atividades. Deste modo, as expectativas do reconhecimento e a valorização são observadas como fatores que interferem fortemente em seu trabalho. Por ser um trabalhador fundamental para que a ESF funcione, muitos convivem com a frustração de suas limitações por apresentarem dificuldades em resolver os problemas que a comunidade enfrenta, causando-lhes desmotivação e por vezes, pouco comprometimento com suas ações na comunidade. Esta premissa fica evidente nos relatos a seguir:

“Vontade tem de fazer, mas a própria desmotivação dos colegas acaba te atingindo e infelizmente tu acaba se desmotivando também” (ACS 22)

“O problema da equipe que faz a gente ter mais desmotivação. Acho que no momento que mandarem pra nós enfermeira, técnica e ter aquelas pessoas e saber que vão ficar, tudo melhora” (ACS 6)

“São condições de trabalho, sabe? Falta EPIs (Equipamento de Proteção Individual), os acessórios pra nós. Isso que desmotiva um pouco o trabalho” (ACS 4)

Para Pereira, Silva e Haikal (2009), quando as ações dos trabalhadores das ESF não são reconhecidas pela equipe ou pela própria comunidade, tais ações sofrem a interferência do estresse e o esgotamento mental e físico. Conforme o relato a seguir, pode-se identificar claramente o que foi mencionado pelos autores supracitados.

“Eu até parei de visitar algumas casas. Nós estamos aí, somos ser humano. Aí eu disse pra eles, não, a senhora não quer mais a minha visita, tudo bem, mas não me trata desse jeito, né? Eu

acho que tu deve respeitar, a minha profissão. Até eu fiz uma visita muito porca, mal feita porque eu me estressei. Daquele momento ali eu peguei e larguei o serviço de mão porque eu não tinha mais condições de trabalhar. Aquilo ali me afetou de uma forma que eu tive que ir pra casa” (ACS 4)

A falta de reconhecimento profissional pelo restante da equipe e da gestão em saúde permite que sentimentos como a desmotivação, a desvalorização e a diminuição do comprometimento com o trabalho sejam despertados nos ACS. Desse modo, isso pode ser refletido na responsabilidade do indivíduo e na maneira como ele enfrenta os conflitos e se determina para desenvolver as ações cotidianas do seu trabalho (NAKAGAWA, 2007).

No que tange ao exposto, observa-se o desejo dos agentes de saúde pelo reconhecimento de sua identidade profissional, pois o reconhecimento do seu trabalho é algo de grande importância para esta categoria de trabalhadores. Diante disso, observa-se em algumas falas que os ACS, de acordo com sua percepção sentem-se pouco valorizado pela equipe de saúde e pela gestão:

“Algumas pessoas da equipe eu acho que valorizam e outras nem tanto e a gente é uma equipe e precisa que todos sejam colegas, somos uma equipe somos profissionais de saúde” (ACS 22)

“Quinze anos que eu to trabalhando, eu acho que o trabalho do agente comunitário tinha que ser mais valorizado, a gente não é reconhecido. A gente sabe tudo o que acontece na comunidade, eu acho que o agente não é valorizado” (ACS 27)

“A gente se sente bem desvalorizado, frente a prefeitura e aos outros setores que tem... no posto também” (ACS 15)

Em detrimento do acima mencionado, de como as relações cotidianas do trabalho podem ser geradoras de sofrimento, elas também podem oportunizar crescimento pessoal e desenvolvimento do sujeito (JARDIM; LANCMAN, 2009). Desse modo, torna-se de grande importância que o valor do trabalho dos ACS seja reconhecido e estes trabalhadores sejam estimulados a desenvolver a responsabilidade em ser um agente transformador em sua comunidade, pois somente com o trabalho do ACS existem reais condições de mudanças no modelo de atenção básica vigente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu descrever como os ACS percebem seu trabalho como membros da equipe de saúde da família e identificar os fatores que os motivam em desenvolver suas atividades junto à comunidade. Desta forma, o ACS possui caráter fundamental na organização do modelo assistencial, onde sua atuação transcende suas atribuições específicas. O desenvolvimento de suas atividades engloba ainda a capacidade de diagnosticar as necessidades que surgem na comunidade. Seu fazer como agente transformador do meio onde atua e motivador da participação social nas questões de saúde, permitem compreender que o ACS é um protagonista e um empreendedor em suas ações.

Neste sentido, a presente pesquisa apontou que, para os ACS, a valorização do seu trabalho é de extrema importância, para que se sintam motivados para desenvolver suas ações. Desse modo, percebeu-se que a valorização e o reconhecimento apontados por estes trabalhadores podem revelar-se em inúmeras ações, tais como: definição de suas atribuições, pelas mudanças necessárias no processo de trabalho visando a resolutividade e seu bom relacionamento com a comunidade e a equipe de saúde, por meio de capacitações e treinamentos e pelo apoio dos outros membros da equipe de saúde e da gestão em suas ações.

Observou-se a necessidade de colocar em prática a educação permanente como ferramenta auxiliadora no processo de trabalho. Diante disso, problematizar o serviço com outros profissionais permite observar de forma diferenciada as várias faces do processo de trabalho, proporcionando a troca de experiências profissionais pelos diferentes membros da equipe e buscando soluções de forma conjunta para problemas encontrados na comunidade e no processo de cuidado.

Os resultados apresentados nesta pesquisa têm o intuito de colaborar para que medidas sejam implementadas, a fim de aprimorar as políticas de saúde e as condições de trabalho dos ACS como também, abrir caminhos para que novas pesquisas sejam realizadas sobre esta temática. Desse modo, contribuir positivamente no processo de trabalho dos ACS, bem como contribuir no aprimoramento das ações de gestão e nos aspectos que envolvem as relações de trabalho nas equipes de ESF, visto que, o referido município sofre um processo de reformulação e reestruturação das equipes atuantes na saúde da família, onde algumas delas encontram-se incompletas, sobrecarregando o trabalho do ACS.

Portanto, conclui-se com este estudo, que o ACS é elemento fundamental para a consolidação do SUS. Suas ações permeiam um protagonismo incomum em outros profissionais da rede de serviços, o que o difere dos demais integrantes da equipe multiprofissional, onde suas atitudes repercutem em toda a população. Porém, suas ações serão bem sucedidas se os outros setores que compõe a rede de serviços estiverem correlacionados entre si e estruturados adequadamente para suportar as demandas do serviço. Ponderado isso, vale dizer que tal dinamicidade do ACS junto ao serviço de saúde será possível quando os gestores, trabalhadores do SUS e a própria comunidade atuarem em conjunto, objetivando a melhoria dos fatores condicionantes à saúde.

REFERÊNCIAS

ALVÁRES, J.C. **Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as práticas de saúde mental na Unidade Básica de Saúde da Família do Paranoá no Distrito Federal.** 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos (BR). **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.** Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 31 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. Ed. Brasília/DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Brasília, 2008.

BRASIL. Resolução nº. 466/12. **Resolução nº 466, de 01 de dezembro de 2012.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso: 16 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php#acs>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

BORNSTEIN, V. J. **O Agente comunitário de saúde na mediação de saberes.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.259-268, 2008.

BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **CogitareEnferm**, v. 15, n. 1 Jan/Mar, p.40-47, 2010 Jan/Mar.

CAMELO, Silvia Helena Henriques, ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, p. 915-923. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a04.htm>>. Acesso em: 07 dez. 2013.

COSTA, E. M.; FERREIRA, D. L. A. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 461-478, nov.2011/fev.2012.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2007.

FERREIRA, V. S. C; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 898-906, Rio de Janeiro, 2009.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito: teoria e prática**. Portugal: Celta Editora, 2001.

GOBATTO, M. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro na atenção básica à saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, 2013.

JARDIM, T. A; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, jan./mar.2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a11.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2014.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no Programa de Saúde da Família. **Revista APS**, Juiz de Fora/MG, v. 10,n. 2, p. 128-

136, out.2007. Disponível em:<<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/05concepcao.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2014.

LOPES, Denise Maria Quatrin. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, 2009.

MAIA, Evanira Rodrigues et al. Competências do agente comunitário de saúde junto à pessoa com deficiência: análise documental. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 485-90, out/dez 2009.

MARX, K. **O capital: crítica, economia política**. Livro primeiro: o processo de produção do capital. São Paulo: Nova Cultura, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 27ª Ed. Petrópolis: RJ, Vozes, 2010.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev. enferm.UERJ**, v. 17, n. 1, p. 118-123, 2009.

NAKAGAWA, P. Y. Reflexão: o sofrimento do trabalhador. **Palavra Escuta**, 2007. Disponível em: < <http://www.palavraescuta.com.br/node/140> >. Acesso: 10 fev. 2014.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; CORREA, Carlos Roberto da Silveira. Agente Comunitário de Saúde: Formação, Inserção e Práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun 2008.

PEREIRA, Cláudia Borges Borges; SILVA, ErivâniaCardoso; HAIKAL, Desirée Sant'Ana. Qualidade de vida de agentes comunitáriosde saúde: uma abordagem qualitativa. In: **Fórum Gestão, Pesquisa, Ensino, Extensão**, 3., 2009, Montes Claros. Anais eletrônicos Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros (MG) UNIMONTES, 2009. Disponível em: <www.fepeg.unimontes.br/evento2009/index.php/fepeg/fepeg2009/paper/viewFile/165/310>. Acesso em: 9 jan. 2014.

PRESOTO, Lúcia Helena; WESTPHAL, Márcia Faria. A Participação Social na Atuação dos Conselhos Municipais de Bertioga – SP. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14 n. 1, p. 68-77, Jan/Apr., 2005. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script=sci acesso em: 14 fev. 2014.

RIBEIRO, E. M; PIRES, D. E; BLANK, V. L. G. **A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família.** In: Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 2007.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE; Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez.2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SANTANA, J. C. B.; VASCONCELOS, A. L.; MARTINS, C. V.; BARROS, J. V.; SOARES, J. M.; DUTRA, B. S. Agente comunitário de saúde: Percepções na Estratégia de Saúde da Família. **Cogitare Enferm.** V. 14, n. 4, p. 645-652, out./dez., 2009.

SANTOS, Maria Ruth dos; PIERANTONI, Célia Regina; MATSUMOTO, Karen dos Santos. Agentes Comunitários de Saúde: A visão dos usuários do PSF da região de saúde de Juiz de Fora. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 258-265, jul./set., 2010.

SANTOS, Karina Tonini dos et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva, online*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1023-1028, 2011. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csc/v16s1/a35v16s1.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2013.

SEOANE, A.F; FORTES, P.A. C. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas Informações. **Saúde Social**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 42-49, 2009.

SPERONI, K. S. Protagonismo social do Agente Comunitário de Saúde: Repensando práticas, redefinido papéis. **Portal Educação.** Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/18997/protagonismo-social-dos-acs-repensando-praticas-redefinindo-papeis>>. Acesso: 06 fev. 2014 às 18:38 hs.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa, LEBRÃO, Maria Lúcia Lebrão; CESAR, Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-74, mar 2008.



MINISTÉRIO DA SAÚDE – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
 COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP/MS
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UNIFRA
 REGISTRO NA CONEP Nº 1246
 REGISTRO CEP/UNIFRA: 248.2011.2

I IDENTIFICAÇÃO

Título do Protocolo de Pesquisa: **Protagonismo social dos agentes comunitários de saúde: repensando práticas, redefinindo papéis**

Pesquisador Responsável: Juliana Silveira Colomé

Instituição: Centro Universitário Franciscano - UNIFRA

Área Temática: III

Data de entrada no CEP: 05.07. 2011

II OBJETIVOS

Geral: Discutir o protagonismo social dos agentes comunitários de saúde do município de Santa Maria – RS.

Específicos: não definidos.

III JUSTIFICATIVA

Dentre uma diversidade de atores sociais diretamente envolvidos nos processos de promoção da saúde da ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) destaca-se como sendo um profissional protagonista no que se refere à busca pelos determinantes de saúde, bem como ao alcance das necessidades dos usuários. Desse modo, torna-se essencial o desenvolvimento de estudos que dêem visibilidade ao papel ocupado por esta categoria profissional nos cenários dos serviços de saúde, tanto na visão da equipe, dos usuários e da gestai em saúde, como do próprio agente comunitário.

IV SUMÁRIO

Amostra: Os participantes da pesquisa serão 30 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sorteados aleatoriamente, entre os 86 ACS da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, RS.

Critérios de inclusão: ser Agente Comunitário de Saúde (ACS) das Estratégias de Saúde da Família (ESF) deste município

Metodologia: O estudo configura-se como uma pesquisa descritiva-exploratória, de caráter qualitativo. Para a coleta de dados será utilizada a entrevista semi-estruturada, com a combinação de questões abertas e fechadas. As entrevistas serão gravadas em aparelho MP4, a fim de assegurar a integridade e fidedignidade dos dados. Os dados serão analisados segundo a Análise de Conteúdo Temática, de Minayo (2008).

Orçamento detalhado: O orçamento está especificado com custo previsto de R\$ 451,00 (quatrocentos e cinquenta e um reais), de responsabilidade da própria pesquisadora.

Cronograma: prevê a coleta de dados no período de agosto e setembro de 2011.


Currículo do pesquisador: disponível no CNPq, base Lattes.

V PARECER-3

O projeto analisado apresenta fundamentação teórica coerente ao tema da investigação. A metodologia está claramente descrita e adequada aos objetivos do estudo. Quanto aos aspectos éticos, o TCLE, encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 CNS. Apresenta o Termo de Confidencialidade assinado pelo pesquisador responsável bem como a Autorização do local para a realização da pesquisa. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. **O pesquisador deve apresentar, impreterivelmente, ao CEP/UNIFRA, em dezembro de 2011, conforme determinação do CONEP, relatório final da pesquisa** (ver modelo na página do CEP/UNIFRA).

SITUAÇÃO: Aprovado

Santa Maria, 23 de agosto de 2011.


Paula Luce Bohrer
 COORD. DO COMITÊ DE ÉTICA
 EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
 CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO

Rua dos Andradas, 1614 CEP 97.010-032 – Santa Maria/RS
 Fone: 55 3220 1200 cep@unifra.br