

A VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Cássia Aparecida Fogaça¹
Renata Campos²

RESUMO: O agente comunitário de saúde (ACS) está inserido dentro das Unidades Básicas de Saúde, como integrante das equipes de ESF, devendo desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção à saúde, e demais atividades descritas pelo Ministério da Saúde. Este trabalho teve por objetivo conhecer o perfil e os aspectos de valorização profissional destes sujeitos, no sentido de contribuir para a consolidação do SUS. Trata-se de uma pesquisa básica, descritiva, qualitativa, transversal, onde foi utilizado como instrumento de pesquisa um questionário semi-estruturado. Os dados coletados nas questões abertas foram avaliados com a utilização da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos sob a forma de um ou mais discursos. Os resultados apontam para uma modificação do perfil do ACS, especialmente naquele relacionado à elevação do grau de escolaridade e também o fato do ACS não residir na mesma microárea onde atua. O ACS reconhece a importância de seu papel dentro da comunidade, mas aponta problemas relacionados ao trabalho em equipe e ao apoio necessário na realização de seu trabalho, especialmente pelos gestores. O trabalho exercido sobre condições de risco compromete a qualidade de vida deste trabalhador, isto faz com que tenha sentimentos de insatisfação, desvalorização, despreparo refletindo na sua práxis profissional, ficando vulnerável ele também, a doenças e desmotivação.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Equipe de Saúde. Valorização Profissional. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: The community health agente (CHA) is inserted into the Basic Health Units, as a member of the FHS teams should develop actions of disease prevention and health promotion, and other activities described by Ministry of Health. This study aimed to know the profile and aspects of professional development of these individuals, to contribute to the consolidation of SUS. This is a basic, descriptive, qualitative, cross, which was used as a research instrument a questionnaire semistructured. Analysis of the questionnaires received quantitative and qualitative treatment. The data collected in the open issues were assessed using the collective subject discourse technique (DSC), which is a proposal for the organization and tabulation of qualitative data of verbal nature, obtained from depositions in the form of one or more speeches. The results point to an CHA profile modification, especially that related to raising the level of education and also the fact that CHA does not reside in the same micro area where it operates. The CHA recognizes the importance of their role within the community, but points out problems related to teamwork and the necessary support in carrying out their work, especially by managers. The work done on risk conditions compromises the quality of life of the worker, this means it has feelings of dissatisfaction, devaluation, unpreparedness reflecting in their professional practice, leaving it vulnerable too, diseases and demotivation.

Keywords: Community Health Agente . Health Strategy . Health Team . Professional Appreciation. Health Unic System

¹ Graduada em Administração (UnC), Graduada em Enfermagem (FACVEST), Especialista em Administração Hospitalar (FURB/INPG). Mestre em Educação. Trabalho de conclusão de curso para obtenção de título de especialista em Gestão da Saúde Pública (UnC). Agência financiadora: FUMDES. Email: cassiaafga@gmail.com.

² Professora orientadora, docente e pesquisadora da UnC Campus Mafra. Líder do Grupo de Pesquisa em saúde Coletiva e meio Ambiente (NUPESC).

1 INTRODUÇÃO

Em 1991 ocorreu a inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS), com a ideia essencial de ser um elo entre a comunidade e as equipes de saúde, através do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) que serviu para a inserção de uma outra estratégia dentro das políticas públicas de saúde mais abrangente – o Programa de Saúde da Família (PSF) implantado em 1994 e que atualmente é designada como Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelo fato de se entender que o conceito de estratégia é mais amplo. A legalização do ACS como profissão só foi homologada em 2002. (BRASIL, 2004).

Em fevereiro de 2006, a Emenda Constitucional nº 51, alterou o artigo 198 da Constituição Federal, acrescentando os parágrafos 4º, 5º e 6º, instituída então a medida provisória nº 297 que se tornou a Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, esta lei revogou a 10.507/2002, ou seja, quatro anos depois da regulamentação profissional, e veio confirmar sob muitos aspectos a lei anterior, não perfazendo alterações muito significativas para o exercício da profissão, inclusive o de ser um trabalhador exclusivo do SUS, devendo desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção à saúde, sendo consideradas atividades do ACS:

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

A nova Lei 11.350/2006 que definiu as atividades, é a mesma que regulamenta os requisitos para ser ACS. Quanto aos requisitos, esta Lei não alterou significativamente a anterior (10.507/2002), prevendo que o ACS deva residir no local onde atua no período do processo seletivo, e não há dois anos como anteriormente, e que possua ensino fundamental completo. O que realmente foi significativo para os ACS com a nova Lei (Lei 11.350/2006), refere-se à forma de contratação, vedando contratos temporários ou terceirizados, modalidade muito utilizada e que refletia na instabilidade dos ACS nos municípios. (SANTOS et al, 2011).

O programa no qual o ACS está inserido, conta com equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem, e a partir de 2000, cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário, proporcionando grande avanço para a população, gerando vínculos e melhorando o atendimento pelo reconhecimento e identificação entre comunidade e equipe.

Tendo em vista a relevância do papel que os ACS assumem na equipe de saúde, justifica-se este estudo, constituindo-se objeto deste estudo conhecer o perfil e os aspectos de valorização profissional destes sujeitos, no sentido de contribuir para a consolidação do SUS.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo utilizou abordagem qualitativa, e para a análise do perfil demográfico do ACS, abordagem quantitativa. Trata-se de uma pesquisa básica, descritiva, qualitativa, transversal, onde foi utilizado como instrumento de pesquisa um questionário semi-estruturado.

A pesquisa foi realizada em uma cidade de Santa Catarina. A população de ACS era de 58 indivíduos, destes, 30 participaram. Dois foram excluídos após a coleta por não preencher algum dos requisitos necessários (menos de seis meses de atuação na ESF) totalizando 28 sujeitos que atuam nas ESF e que aceitaram participar da pesquisa, preenchendo os critérios de inclusão de estar no exercício da profissão há pelo menos seis meses.

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da UnC aprovado sob parecer nº 573971. Os sujeitos da pesquisa foram orientados pelo pesquisador a respeito de todos os procedimentos e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com as normas da Resolução do CNS nº 466/2012.

A análise dos questionários recebeu análise quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos estão expressos por frequência e ou média. Os dados coletados nas questões abertas foram avaliados com a utilização da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos sob a forma de um ou mais discursos (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2000 *apud* DUARTE, 2009). Esta técnica tem como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos de um grupo representativo.

Enquanto estratégia metodológica, O DSC tem como finalidade visualizar com maior clareza uma dada representação que surge a partir de uma forma concreta do pensamento nos discursos dos sujeitos. Sua elaboração seguiu uma observação, estruturação e ordenação sendo caracterizado inicialmente, pela seleção das principais Ideias Centrais ou Ancoragens (AC) presentes nos discursos individuais, que serão constituídos, em um único discurso, na primeira, dando a ideia de que todos estão representados por uma única pessoa, sendo este tratamento realizado para cada uma das perguntas contidas no questionário semiestruturado.

Algumas ECH remetem não apenas a uma IC correspondente, mas também e explicitamente a uma afirmação que denominamos Ancoragem (AC) que é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer. (FIGUEIREDO, CHIARI E GOULART, 2013, p. 132).

O DSC, sendo uma reunião num só discurso-síntese, tem outra característica básica, que deve ser redigido na primeira pessoa do singular de ECH que têm ICs ou AC semelhantes ou complementares. Para Lefevre & Lefevre (2000, p.3) a IC é entendida como “a(s) afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos”.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Análise do perfil do ACS

A importância da análise do perfil se justifica para que se possa conhecer o sujeito pesquisado situando-o dentro do panorama atual, justamente por esta necessidade de se entender este sujeito simples, mas de atuação complexa dentro do SUS, foco de vários estudos com o intuito de buscar agrupar características que o definam. De acordo com Santos (2004), as atividades e o processo do seu trabalho são por natureza múltiplos, sendo o seu perfil “complexo, permeável, com fronteiras não bem definidas, fluidas, situado na interface entre as obrigações do Estado para com seus cidadãos e o protagonismo político da população” (p.2).

Neste estudo, a predominância de ACS quanto ao gênero são na maioria do sexo feminino, com idades entre 31 a 40 anos (39,29%), todos com ensino médio completo e ainda alguns cursando nível superior. A partir das respostas dos sujeitos, foi construído uma tabela para nos auxiliar no sentido de agregar informações que caracterizem quem são os agentes comunitários de saúde.

Tabela 1 – Perfil do ACS

VARIÁVEIS	n	%
FAIXA ETÁRIA		
21 a 30 anos	9	32,14%
31 a 40 anos	11	39,29%
41 a 50 anos	5	17,86%
Acima de 50 anos:	3	10,71%
ESTADO CIVIL		
Divorciado:	1	3,57%
Casado:	11	39,29%
Solteiro:	16	57,14%
SEXO		
Masculino:	2	7,14%
Feminino	26	92,86%
FILHOS		
Sim:	23	82,14%
Não	5	17,86%
MORADIA		
Própria	25	89,29%
Alugada	1	3,57%
Familiar	2	7,14%
RESIDÊNCIA NA MICROÁREA		
Sim	7	25,00%
Não	21	75,00%
ESCOLARIDADE		
Ensino Médio	16	57,14%
Técnico profissionalizante	7	25,00%
Superior cursando	4	14,29%
Superior completo	1	3,57%
TEMPO DE SERVIÇO ACS		
1 a 3 anos	11	39,29%
4 a 6 anos	7	25,00%
7 a 9 anos	4	14,29%
10 a 14 anos	6	21,43%

A Lei 11.350, em seu artigo 6º define os seguintes requisitos para o exercício da atividade de ACS:

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

Lima e Cockell (2008, p. 495-496) acredita que o perfil modifique-se, “tanto no que diz respeito ao grau de educação formal destes profissionais quanto à abrangência do capital social por ele acumulado”, a literatura já sinaliza a mudança de perfil do ACS, seja pela mudança no mercado de trabalho, baixa oferta de empregos e baixos salários de algumas regiões. Cabe ressaltar que a região pesquisada se utiliza de concursos para a contratação de ACS, portanto, descarta-se a precariedade de vínculo como fator de interferência para os dados encontrados.

Nas primeiras análises, já podemos observar um dado interessante, e este converge com o cenário nacional, refere-se à idade dos ACS, onde 71,43% estão com idades entre 21 a 40 anos. Quanto ao estado civil, a maioria se declarou solteiro (57,14%), o que chama a atenção, pois somente 5 ACS, (17, 86%) referiram não ter filhos. Este resultado pode estar vinculado à informação que demonstra que aqueles que vivem em união estável, podem ter se declarado solteiros.

Há um predomínio de pessoas do sexo feminino (92,86%), ou seja, dos 28 ACS, 26 são mulheres. Este dado é consenso em todos os estudos pesquisados sobre este sujeito, vindo de encontro com as primeiras experiências, onde cerca de 95% dos ACS eram mulheres, mesmo que não haja um pré-requisito que imponha a contratação de mulheres. (SILVA, 2002). Este fato é visto como positivo quando se sabe que é também a mulher, a principal usuária dos serviços de saúde, tanto para si, como também intermediando o acesso para a família, tendo consciência da necessidade de cuidados (SALIBA et al, 2011). No entanto, para Mota e David (2010, p. 239), “em todas as regiões do país, a maioria dos trabalhadores ACS é mulher, e as profissões, associadas ao papel feminino, geralmente apresentam questões de precarização e instabilidade”, mas já podemos ver que alguns homens estão adentrando neste papel de atuação predominantemente feminino, ocasionado pela carência de emprego em outras áreas.

Referente ao trabalho como ACS, entende-se que possa haver uma grande rotatividade de pessoal, visto que, 11 (39,29%) possuem menos de 3 anos de trabalho, de acordo com Santos et al (2011), este fato compromete o vínculo com a comunidade, pois

quando as pessoas da comunidade se acostumam com uma pessoa (ACS), logo esta é substituída por outra, estremecendo os laços de confiança.

O dado que mais chama a atenção se refere à área de atuação, pois entra em contradição com o que se pede no MS, que diz respeito residir na mesma área de atuação. Curiosamente, somente 7 (25%) dos ACS residem na mesma área e 21 (75%) dos ACS declararam não residir na mesma área onde trabalham, o que vai contra os requisitos definidos descritos na Lei. Residir na mesma área da comunidade de atuação deveria servir para aumentar o vínculo entre os profissionais e a comunidade, o que em certa medida contribui para a melhoria da atenção à saúde. (NASCIMENTO, 2008). O que se deveria procurar preservar é a característica de morador da comunidade respeitando o vínculo com as famílias, superando as exigências tradicionais do setor saúde. (LIMA, COCKELL, 2008). A situação do ACS é diferente da situação dos demais servidores públicos em um aspecto fundamental: seja como empregado público ou como ocupante de cargo efetivo.

O Agente Comunitário de Saúde tem obrigação de residir na área da comunidade em que atuar, e pode ser demitido ou exonerado se deixar de residir nesta. Assim estabelece o parágrafo 6º do artigo 198 da Constituição, incluído pela EC Nº 51, regulado posteriormente pelo Art. 5º da Lei 11.350 em seu Parágrafo único: “No caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do art. 6º, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.” (Lei 11.350, 05/11/ 2006). Residir dentro da comunidade é um requisito que permaneceu, mesmo com todas as alterações de Leis e Portarias que estabelecem o trabalho do ACS, devendo ser seguida, pois ao contrário, o papel de “tradutor” fica comprometido, pois trabalhar onde se reside proporciona o “compartilhamento dos mesmos problemas, a mesma cultura, enfim, a mesma realidade” (SANTOS et al, 2011, p. 1026). Esta informação deve ser vista como preocupante, pois além de todos os fatores citados, deixa o gestor na contramão da lei.

O grau de escolaridade está acima da média recomendada pelo MS (Lei 11.350/2006), no entanto, novamente vemos um cenário inédito, nunca referenciado em outro trabalho sobre o ACS, assim como o descrito acima na questão da residência, nesta pesquisa, 100% dos ACS tem ensino médio concluído, sendo que 7 (25%) possuem técnico profissionalizante na área de enfermagem ou saúde bucal, outros 4 estão cursando ensino superior (14,29%), apontando para a elevação da escolaridade deste profissional, dado este também confirmado em diversos trabalhos. (GOMES et al, 2010, BARROS, 2006; ÁVILA, 2007; LIMA e MOURA, 2005; MOTA e DAVID, 2010).

Para Santos et al, (2011), “encontrar estes dados de formação acima da recomendada em vários casos, pode ser explicada pela pequena oferta de empregos e

pequenos salários”. Neste caso, há ainda outros fatores determinantes, sendo um deles que nos processos de seleção e contratação de ACS, os gestores locais tem colocado nos editais, como requisito o ensino médio completo. Outro fator se refere ao itinerário de formação do ACS que prevê que ao cumprir os três módulos e concluir o ensino médio, a formação do ACS será em Habilitação Técnica de ACS, (BRASIL, 2006). Ou seja, para que possa elevar sua habilitação, necessariamente precisa concluir o ensino médio para que também seus salários sejam elevados. Pode-se inferir que neste caso os ACS estejam preparados para a melhoria de seu trabalho. Corroborando com Mota e David (2010), mesmo com a elevação da escolaridade, muitos permanecem na profissão.

3.2 Análise dos dados Qualitativos

Esta análise utilizou o procedimento de ordenação de dados do DSC, (LEFEVRE & LEFEVRE, 2006), que tem como forma de análise a extração das Ideias Centrais (IC) e respectivas Expressões Chaves (ECH) de cada depoimento para, com essas duas, compor um ou vários discursos-síntese, denominado Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Lefevre e Lefreve (2006, p. 522) apresentam a dupla representatividade – qualitativa e quantitativa, sendo então a qualitativa a síntese dos discursos “que recupera os distintos conteúdos e argumentos que conformam a dada opinião na escala social” e a quantitativa “porque tal discurso tem, ademais, uma expressão numérica (que indica quantos depoimentos, do total, foram necessários para compor cada DSC) e portanto, confiabilidade estatística”.

De acordo com o método proposto, passamos agora a apresentar e discutir os DSC obtidos das falas dos ACS, apresentando os dados quantitativos em quadros com a frequência e em seguida a análise discursiva de cada questão.

Primeira Pergunta: *Em sua experiência como ACS até hoje, o que você entende que sejam as suas atribuições? Descreva:*

Para esta questão, a síntese das ideias, juntamente com a proporção de respostas obtidas foi a seguinte:

1	Visita domiciliar, encaminhar, orientar, acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos entre outros.	32,14
2	Ligação, levar e trazer informações entre a comunidade e a secretaria de saúde.	25%
3	A promoção da saúde e prevenção de doenças.	21,42%
4	Cadastro das famílias.	21,42%

DSC: Visita domiciliar, encaminhar, orientar, acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos entre outros, foi a ideia que mais apareceu entre as falas dos entrevistados, resultando nos seguintes discursos:

Entendo como minhas atribuições a orientação, encaminhar e acompanhar as famílias da comunidade por meio da visita domiciliar, manter toda a microárea (MA) cadastrada e com cadastros atualizados. Realizar atividade de promoção da saúde e prevenção de doenças, individual ou coletivamente, sob orientação do gestor da unidade de saúde.

No meu entender, eu procuro levar à comunidade mais informações possíveis da unidade de saúde, sendo a função do ACS foi criada justamente para ser como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, através de nós (ACS) temos por completo o dia-a-dia na comunidade. Eu tenho uma ligação com as famílias que nenhum outro profissional tem, sendo também uma pessoa amiga das famílias, confiante, conselheiro, até um pouco psicólogo.

Orientar as pessoas sobre saúde, higiene e qualquer outra dúvida que tenha em relação à saúde, até mesmo educação, medicação, horários, alimentação, amamentação, preventivo, gestantes, diabéticos, hipertensos e informar, orientar sobre vacinas das crianças evitando que as mesmas atrasem. Também oriento sobre dentista, farmácia, exames, marcação de consultas a idosos. É interagir com os pacientes sobre uma vida mais saudável.

Nestes discursos, é visível a consciência que o ACS tem sobre o estabelecimento de vínculo forte entre a comunidade e a assistência por ele prestado, procurando “simplificar a linguagem de acordo com a realidade das pessoas, para facilitar seu entendimento. Tem a sensibilidade de entender que muitos problemas não se originam na doença, mas em necessidades de atenção.” (FOGAÇA, 2011, p. 81). De acordo com Santana et al:

O ACS é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios da comunidade; entre as necessidades de saúde e saber popular da comunidade e o saber científico da equipe de saúde, desempenhando o papel de mediador social. (2009, p. 648).

Diversos estudos tem procurado identificar as funções, ações e concepções sobre o trabalho do ACS, e os resultados comprovam que existem dificuldades na definição de atribuições, na realização de atividades, tanto pelo grande leque de exigências, quanto pelas limitações de seu trabalho e também pelas questões socioeconômicas das famílias. (GOMES et al, 2009).

O trabalho de orientação é bem reforçado nos discursos, mas corroborando com Gomes et al (2009), parece acontecer de forma individualizada, ou seja, é nas famílias que ocorre, ato presente também como confidencial, o que poderá prejudicar o encaminhamento de ações preventivas e corretivas de saúde, como o encaminhamento a outro profissional, já que carrega consigo o depósito de confiança e segredo. Ressaltou-se o acompanhamento dos grupos de riscos, diabéticos, hipertensos, gestantes crianças, com os quais trabalham também educação em saúde com vistas a uma vida mais saudável.

Segunda Pergunta: *Você se sente realizado profissionalmente? Justifique sua resposta.*

Para esta questão, resultou na síntese das IC juntamente com a proporção das respostas obtidas com os entrevistados:

1	Sim, me sinto realizada(o), gosto do que faço, mas falta estrutura e valorização profissional	46,42%
2	Não, porque poderia fazer mais do que eu faço.	42,85%
3	Às vezes, nem sempre.	10,71%

DSC 2: **Sim, me sinto realizada, gosto do que faço, mas falta estrutura e valorização profissional**, foi a fala que mais apareceu entre os entrevistados, resultando no seguinte discurso:

Me sinto realizado a partir do momento em que eu vejo que eu consigo realizar meu trabalho, gosto do que eu faço, acho bom poder ajudar as pessoas de alguma forma, principalmente pessoas menos esclarecidas. Gosto do que faço, eu me sinto um ótimo profissional, apesar que, poderiam dar mais valor, começando pelos superiores, pois tudo deve ser em espírito de equipe, sem isso não funciona.

Não, não é valorizado como deveria ser, nem pelos usuários e muito menos pelos gestores, não tenho vez e nem voz ativa dentro da profissão. Somos podados em relação a muita coisa em orientar, ajudar e até encaminhar. Falta o básico na

unidade, como remédios, união entre colegas, falar a mesma linguagem e comunicação sobre os serviços disponíveis no sistema. Mas gosto de ser ACS, por poder proporcionar um pouco de atenção às pessoas que estão carentes de diálogo.

Nesta questão não houve consenso nas respostas, sendo que 13 (46,42%) dos sujeitos disseram estar realizados profissionalmente, 12 deles (42,85%), afirmaram não estar realizados e 3 ACS relataram “às vezes”. No entanto, mesmo nos casos afirmativos, há ressalvas de que poderia ser melhor. O que se lê nos discursos referem-se à uma insatisfação maior com as relações de trabalho, que não colocam o ACS num patamar de igualdade de importância dentro da equipe. A contradição nas falas acima pode ser avaliada:

[...] em função da identidade em construção do agente, visto que esse profissional é incorporado a uma nova maneira de se pensar a saúde. Ao mesmo tempo em que pertencem a uma equipe, se sentem à margem do processo, o que é interpretado pelas agentes como deficiência na sua formação.[...] Se a noção de equipe revela-se bastante legitimada nas falas das agentes, por outro, essa constatação aponta para a necessidade de um próximo passo: construir possibilidades efetivas de uma prática na qual usuário e população sejam partícipes do trabalho em equipe e integrados no processo de construção de um projeto assistencial comum. Da mesma maneira, a equipe deixa-se alcançar pela comunidade, porque ela própria sente-se como comunidade, usuário, cidadão, na busca de condições de vida mais saudáveis e mais integradas. (MARZARI et al, 2011, p. 875).

Quando se relata a necessidade de “falar a mesma linguagem”, evidencia que o trabalho em equipe exige que cada profissional da equipe, que articule suas ações relacionando-se entre os distintos processos de trabalho, de forma que a intersecção de saberes aconteça de forma tranquila convergindo em benefício para todos. (GOMES et al, 2009)

Os problemas relacionados ao trabalho em equipe apontados nesta pesquisa, se referem ao apoio necessário na realização de seu trabalho, já que a equipe de saúde pode ser entendida com o um conjunto de pessoas que se encontram para produzir o cuidado de uma população: “Nessa equipe há sempre movimentos permanentes de articulação/desarticulação, ânimo/desânimo, invenção/resistência à mudança, crença/descrença no seu trabalho, pois a equipe é viva, está sempre em processo de mudança.” (BRASIL, 2009, p. 34).

Terceira pergunta: *Gostaria de exercer outra atividade profissional? Se sim, qual e porquê?*

Esta questão, teve como resultado da síntese das IC, juntamente com a proporção das respostas obtidas com os entrevistados:

1	Sim. Estou estudando para isso, outros cursos na área da saúde.	71,42%
2	No momento vou ficar como ACS até surgir outra oportunidade.	28,57%

DSC3: Sim. Estou estudando para isso, outros cursos na área da saúde, foi a ideia central que mais apareceu, resultando no discurso abaixo:

Estou em fase de conclusão de outro curso, em breve posso exercer uma atividade profissional mais valorizada, adquirir experiência na área em que me formei, porque ficarn na mesma a vida toda é chato, tem que procurar novos horizontes.

Gosto do que faço, tenho curso técnico em outra área, mas falta espaço pois são poucas as oportunidades e muita concorrência. Quando tiver concurso vou fazer.

Nesta questão a maioria dos ACS (n=20) responderam que sim e 8 responderam que não. As sentenças “no momento” e “por enquanto” marcam alguns depoimentos que remetem à ideia do temporário. Nessa lógica, “atuar como ACS, serve como possibilidade de ingresso ou reingresso no mercado de trabalho”. A busca por ampliação da escolaridade, cria no seu imaginário, “uma saída, uma possibilidade de mudança” (MOTA e DAVID, 2010, p. 235).

Contudo, se for considerada como uma profissão de passagem, pode não garantir efetivamente a realização de um vínculo com as famílias e a comunidade. A formação desse vínculo é a garantia de que o agente realmente terá acesso à população e, portanto, poderá desenvolver suas atribuições. (MOTA e DAVID, 2010, p. 241).

Nesse sentido, as falas desses ACS representam um “estar” provisório, esperando seu lugar ideal, que será conquistado com educação e trabalho. Por outro lado, tem-se respostas que convergem para uma acomodação, de acordo com Ciavatta, (2005, *apud* MOTA e DAVID, 2010) na medida em que “pode provocar alienação, desqualificação e desigualdades, se totalmente condicionado pela educação que conduz à subordinação do capital” (p. 235).

Para Paulo Freire (2005), o trabalhador pode se deparar com ‘situações-limites’, ou seja, obstáculos que precisam ser superados e que promoverão a sua emancipação, no entanto, a postura das pessoas, assim como a dos ACS frente a essas situações, nem sempre é a de transposição, mas pode ser a de acomodação diante de um obstáculo. A escolarização não é garantia de melhora, mas tem um valor social muito importante, e esse interesse em crescer, melhorar e ampliar seus conhecimentos é visível nos relatos.

Quarta Pergunta: *Quais são suas expectativas perante o seu trabalho?*

Para esta questão, o quadro com a síntese das ideias centrais, juntamente com a porcentagem das respostas obtidas, foi o seguinte:

1	Mais reconhecimento e valorização profissional.	54,14%
2	Poucas expectativas	17,85%
3	Mais voz ativa	17,85%
4	Menos cobrança em relação ao trabalho	7,14%

DSC 4: Mais reconhecimento e valorização profissional, foi a ideia mais compartilhada entre os sujeitos em relação a esta pergunta, resultando no seguinte discurso:

Quero que o meu trabalho seja mais reconhecido, mais reconhecimento para a classe, ao contrário do que parece, somos o portal e o elo entre o paciente e a UBS. Reconhecimento não só da população, e sim da parte gestora, nos mandam realizar atividades para a população e após não dão mais satisfação, que ainda deixa a impressão de que o ACS não faz nada.

Não tenho muitas expectativas porque o trabalho do ACS não me proporciona crescimento profissional. Também não há muito o que fazer pois há poucos recursos, tantas coisas erradas, e podemos fazer tão pouco, então não crio expectativas para não me deprimir.

A maior expectativa é que um dia “todos” sejam como colegas, que parem de falar e ajam com respeito. Espero que mude a maneira como o povo menos favorecido seja atendido com mais respeito e educação, melhorando o nível de informação para os pacientes.

O ACS tem um caráter singular e na atuação na ESF fica claro a necessidade de colaboração dos companheiros de equipe, sendo imprescindível para o andamento das orientações e cuidados prestados à população, de acordo com Santos et al (2011), ainda é muito 'incipiente' o envolvimento dessa equipe em relação aos problemas da comunidade. Nos estudos de Santana et al (2010) a falta de conhecimento da estrutura do ESF por parte da comunidade, levam a culpar os ACS pelos problemas diários como falta de profissionais, estrutura.

Para Mota e David (2010), o trabalho na ESF traz em si um sentido emancipatório, com exigências éticas e políticas de se trabalhar num sistema equânime e universal, com um modelo de atenção à saúde que exige um trabalhador participativo, crítico, ativo nas condições dessa mudança. As autoras, por outro lado, trazem a tona a discussão sobre o fato de que para o ACS não existe plano de carreira, o que serve como fator desmotivante, já que não há um horizonte profissional a percorrer, sempre será ACS.

Todavia, em suas narrativas, se constata que alguns ACS mostram-se satisfeitos, o entendimento sobre a ligação que existe entre este e a comunidade é consciente, porém, por melhores que sejam as estruturas dos serviços de saúde, serão um fracasso se não valorizarem o fator humano envolvido no processo do cuidar, do orientar:

Os guias e manuais para o ACS dão alusões ao fato do ACS ser um "membro da comunidade e possuir com ela um envolvimento pessoal," (BRASIL, 2009a, p. 24), sendo ele considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade. O que se quer passar neste discurso, é o papel social do ACS e sua penetração onde outros profissionais não conseguiriam entrar. Mas não será ambíguo este discurso? Podemos traduzir a citação acima da seguinte forma: o ACS é um sujeito disponível vinte e quatro horas por dia, os sete dias da semana, que ganha um salário ínfimo, realizando as mais variadas ações de saúde, de assistência social, um vigilante como já foi chamado, (ironia do MS?). É o discurso neoliberal em sua forma mais contundente e cruel, pois se aproveita da fragilidade e da carência deste profissional. (FOGAÇA, 2011, p. 125).

Para Silva e Santos (2005), a relação de trabalho entre o ACS e a comunidade encontra várias dificuldades, sendo as mais importantes aquelas referentes à falta de respaldo, comunicação e apoio com a equipe para a resolução dos problemas, a falta de insumos, medicamentos, número de vagas para consulta

médica, falta de profissionais no acompanhamento das visitas domiciliares, muitos formulários, distância, e a própria topografia da micro área.

Quinta Pergunta: *O que você vê de positivo na sua profissão de ACS?*

Nesta pergunta, a síntese das ideias centrais, resultou no quadro abaixo juntamente com a porcentagem das respostas obtidas:

1	Vínculo com a comunidade e reconhecimento pelo trabalho	35,71%
2	Poder ajudar as pessoas	28,57%
3	Conhecer a realidade e necessidades das famílias.	17,85%
4	Estabilidade	10,71%

DSC 5 : O vínculo com a comunidade podendo ajudar mais as pessoas, apareceu como ideia central convergindo na maioria das respostas e resultando no seguinte discurso:

Fico feliz quando através de minhas visitas, consigo de certa maneira ajudar as pessoas, nem que seja somente com palavras amigas, sentir a gratidão deles não tem preço. Nem sempre podemos fazer tudo, não depende só de nós ACS.

De positivo vejo o vínculo que como ACS, tenho com a comunidade, a amizade, a gratidão das pessoas, o otimismo que tem quando nos recebem, a atenção que eles tem comigo e eu com eles. A partir do momento que você vai para a rua e começa a conversar com as pessoas e ver e sentir que eles confiam em você, conhece muitas pessoas, suas histórias, suas dificuldades. A estabilidade que me traz e quando posso ajudar pessoas

Gomes et al (2009) ressalta o alto grau de intervencionismo na vida das pessoas reforçado pelo trabalho do ACS, relatado quando realiza orientações baseadas no modelo biomédico, quando conversa sobre problemas particulares, criando laços de amizade, conforme os discursos nos mostram, podendo significar uma excessiva intromissão na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade.

Esse sentimento de aproximação pessoal é evidenciado quando nos discursos fala de forma muito pessoal utilizando por vezes a palavra 'você', o que de forma positiva pode ser traduzido pelo sentimento de pertencimento da comunidade, pela entrega de si ao seu trabalho. O vínculo criado, a confiança adquirida pelas

famílias influencia em seu trabalho de acordo com Brasil, pois: “a rotina de trabalho das equipes inclui o conhecimento do território e da população, da dinâmica familiar e social, que são ferramentas valiosas para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações desenvolvidas.” (BRASIL, 2009, p, 20). Entende-se a necessidade imperiosa de se conhecer as famílias, a comunidade, não como algo casual, mas determinante para o sucesso do trabalho do ACS e este precisa entender a responsabilidade deste exercício diário.

Sexta Pergunta: *Tem algum ponto negativo no exercício de sua profissão como ACS? Qual?*

A síntese das IC para esta pergunta resultou no quadro abaixo, com suas respectivas proporções:

1	Desvalorização profissional associado a muita cobrança.	50%
2	Questões relacionadas à remuneração e atividade.	17,85%
3	Falta de recursos.	17,85%
4	Riscos da atividade.	14,28%

DSC 6: A desvalorização profissional associado a muita cobrança pelas chefias e pela equipe foi o ponto negativo mais compartilhado pelos respondentes, gerando o DSC abaixo:

A desvalorização profissional acontece, sou muito desvalorizado pelos companheiros de trabalho, subestimam minha inteligência e tratam como criança. Também pela chefia, ameaçam de advertência, cobrança, pressão psicológica e pagamos até pelos erros de outros profissionais. Cobranças excessivas e absurdas. Eu sei o nosso valor, ninguém precisa dizer, apenas precisam respeitar. Penso que para quem coordena, o ACS não faz nada e ainda é culpado pelo que não funciona, mas na frente, dizem que somos o elo, a parte principal, mas não podemos fazer nada, somente obedecer ordens e pronto.

Sou mal remunerado, não investem na profissão de ACS, falta de incentivo para crescimento profissional na área da saúde, falta de reconhecimentos de direitos e ainda fazer trabalhos que não são minhas atribuições, como limpeza, recepção.

Tento ajudar, mas vejo que no fim de tudo não há solução, falta equipamentos, desde canetas, uniformes. Quando as pessoas reclamam que precisam fazer um

exame, uma consulta e nem sempre são bem atendidos no posto, então ter mais opções para atender os pacientes.

As visitas domiciliares são de risco, com animais peçonhentos e doenças contagiosas, mordida de cães, fatores ambientais como sol escaldante ou o frio intenso, mas isso não tem como mudar. Corro o risco também com área como pontos de drogas, traficantes, atropelamentos e até mesmo pessoas que não gostam de ajudar.

Esta última questão trouxe mais de um aspecto que incomoda o ACS, mas salienta sobremaneira a questão da falta de valorização profissional, já abordada, mas o que impressiona é que a reclamação se refira mais à gestão dos serviços e menos pela comunidade. Isso faz com que se sintam impotentes diante dos determinantes sociais de saúde, percebendo-se impossibilitados de promover a saúde diante das medidas intersetoriais para a reversão da miséria e o alcance de melhor perspectiva de vida para a população (GOMES et al, 2009).

A identificação da realização de tarefas que não são preconizadas pelo MS como limpeza e recepção na unidade, descaracterizam o trabalho do ACS, sendo apontado também por Gomes et al (2010). Já não bastasse um rol de atribuições difícil de cumprir por seu caráter complexo, ainda soma-se o que não lhe é estabelecido servindo de 'tapa-buraco' preenchendo espaços alheios à sua função.

A precarização das relações de trabalho marcado pela desvalorização profissional baixos salários, falta de incentivos, de uniforme, materiais, reconhecimento pessoal e profissional, descontos em folha de pagamento, pressão por metas, podem levar a um ACS desmotivado e também ao abandono da profissão. (SANTANA et al, 2009) A insatisfação profissional traz conflitos e muda o ambiente de trabalho, levando o ACS a procurar mudar de profissão, já identificado na questão onde estão procurando outros cursos.

Aliado a estes fatores, juntam-se as condições de trabalho consideradas insalubres pelos ACS, por apresentarem riscos à sua saúde, corroborando com Santana et al (2009):

As condições de trabalho dos ACS são insalubres por apresentarem riscos à saúde como exposição ao sol, exposição à doenças as quais ele não tem um conhecimento adequado para se protegerem, exposição a pessoas de tantas personalidades diferentes e outras. (p. 650)

O trabalho exercido sobre condições de risco compromete a qualidade de vida deste trabalhador, que muitas vezes não recebe equipamentos de proteção individual (EPI) adequados e que trabalham em lugares perigosos podendo indiretamente colocar sua família em risco. Isto faz com que tenha sentimentos de insatisfação, desvalorização, despreparo refletindo na sua práxis profissional, ficando vulnerável ele também, a doenças e desmotivação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil do ACS mudou, e muito, e em muito pouco tempo. Este desafio está lançado para que o SUS e seus gestores para que possam acompanhar e preparar-se, buscando a garantia de fornecer um local adequado de crescimento e reconhecimento que valorize as mudanças com incremento nas políticas públicas para este trabalhador, que hoje apresenta-se como um profissional mais crítico, mais preparado e consciente de si e dos problemas que o cercam.

Este estudo buscou trazer dados para a reflexão sobre os motivos que levaram esse profissional a exercer a profissão de ACS e os motivos que os levam a dar respostas de insatisfação, especialmente aquelas relacionadas à valorização, à procura de novas alternativas de crescimento profissional e trazem questionamentos que abrem espaço a novas questões, que devem considerar uma nova reconfiguração nas relações de trabalho do ACS.

Permanecer como ACS, garantindo que cumpram com a proposta do SUS, depende principalmente da valorização profissional deste trabalhador aliada a um espaço respeitado dentro da equipe da qual faz parte, onde falta incentivo e reconhecimento de sua capacidade profissional.

AGRADECIMENTOS

A realização do estudo que conduziu a este artigo científico foi possível devido à colaboração de um conjunto de pessoas participantes, às quais aqui dirijo o

meu sincero agradecimento, que foram os ACS, que se dispuseram a colocar suas impressões e expressões sinceras, para que se traduzissem neste trabalho.

Não menos importante, agradeço ao Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior - FUMDES, pela concessão da bolsa de estudo em nível de especialização.

REFERÊNCIAS:

ÁVILA, Maria Marlene Marques. **O programa de agentes comunitário no Ceará: o caso de uruburetama**. Artigo, 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1318 acesso em 21 out. 2015.

BARROS, Daniela França de. **Avaliação da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil**. Brasília, 2006. Dissertação. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/2184>>. Acesso em: 10 out. 2015

BRASIL, Ministério da Saúde. **Proposta de Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde. Subsídios para discussão**. Brasília, DF, 2004. Disponível em <<http://www.bvseps.epsiv.fiocruz.br/html/pt/PropostaReg.ACS.pdf>>. Acesso em 30 out. 2015.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM 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). Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html>. Acesso em 05 out. 2015.

_____. 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 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; MAMEDE, Marli Villela; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. **Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo**. Saudeci., São Paulo , v. 18, n. 4, p. 620-626, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2902009000400006&lng=en&nrm=iso>.access on 14 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400006>.

FOGAÇA, Cássia Aparecida. **Educação Profissional em Saúde: A formação do agente comunitário de saúde de Santa Cecília e São Cristóvão do Sul - SC**. Dissertação de Mestrado. UNIPLAC, Lages SC, 2011.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 28 edição. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 2005.

FIGUEIREDO, MZA; CHIARI, BM; GOULART, BNG. **Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa**. Revista Comunicação. DistúrbComun, São Paulo, 25(1): 129-136, abril, 2013. Disponível em: <file:///F:/P%C3%93S%20GEST%C3%83O/MEU%20ARTIGO/14931-35965-1-PB.pdf>. Acesso em 3 dez. 2015.

GOMES, Karine de Oliveira et al . **O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas**. Physis, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1143-1164, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400005&lng=en&nrm=iso>.access on 12 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400005>.

GOMES, Karine de Oliveira et al . **A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas**. Saudesoc., São Paulo , v. 18, n. 4, p. 744-755, Dec. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=en&nrm=iso>.access on 12 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400017>.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/quali-saude/O%20DSC%20E%20OS%20DEPOIMENTOS%20OBTIDOS%20EM%20GRUPOS.htm>. Acesso em 02 out. 2015.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O sujeito coletivo que fala**. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 10, n. 20, p. 517-524, Dec. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200017&lng=en&nrm=iso>.access on 14 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>.

LIMA, Jacob Carlos; COCKELL, Fernanda Flávia. **As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde**. Trab. Educ. e Saúde, v.6n. 3.p. 481-502, Nov.2008/fev. 2009.

LIMA, Jacob Carlos; MOURA, Maria Carmo. **Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba**. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan.-abr. 2005.

MARZARI, Carla Kowalski; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. **Agentes comunitários de saúde: perfil e formação**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 873-880, 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=en&nrm=iso>. access on 13 jan.2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700019>.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho?**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 229-248, Oct. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000200004&lng=en&nrm=iso>.access on 14 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000200004>.

SALIBA, NA; SALIBA, CA; SILVA, FSJFB; PRADO, RL. **Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde**. Cad. Saúde Colet., 2011, Rio de Janeiro, 19 (3): 318-26. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_318-326.pdf. Acesso em: 05 jan. 2016.

SANTANA, Júlio César Batista et al . **Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia da saúde da família**. Cogitareenferm., Curitiba , v. 14, n. 4, dic. 2009 . Disponible en <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362009000400006&lng=es&nrm=iso>.accesos en 14 jan. 2016.

SANTOS, Maria Ruth. **Agente comunitário de saúde: perfil social x perfil profissional**. Revista APS, v.7, n.2, p.125, jul./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/TribunaACS.pdf>>. Acesso em 02 fev. 2016.

SANTOS, Karina Tonini dos et al . **Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700035&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700035>.

SILVA, Marcelo Henrique; SANTOS, Maria Ruth. **Perfil de atividades dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte de Juiz de Fora**. Revista APS, v.8, n.2, p. 109-117, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/perfil.pdf>. Acesso em 01 mar. 2016.

SILVA, Joana Azevedo da. DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.