

**GRACILENE MARIA ALMEIDA MUNIZ BRAGA**

**O PLANEJAMENTO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO  
DE SAÚDE E SUA INTERFACE COM O ACESSO DOS USUÁRIOS AOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE DE VIÇOSA, MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA  
MINAS GERAIS – BRASIL  
2014

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e  
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

B813p  
2014

Braga, Gracilene Maria Almeida Muniz, 1973-

O planejamento do trabalho do agente comunitário de saúde e sua interface com o acesso dos usuários aos serviços de saúde de Viçosa, Minas Gerais / Gracilene Maria Almeida Muniz Braga. – Viçosa, MG, 2014.

xiv, 96f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Simone Caldas Tavares Mafra.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Agente comunitário de saúde - Viçosa (MG). 2. Família - Saúde. 3. Unidade básica de saúde da família. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Economia Doméstica. Programa de Pós-graduação em Economia Doméstica. II. Título.

CDD 22. ed. 362.10425

GRACILENE MARIA ALMEIDA MUNIZ BRAGA

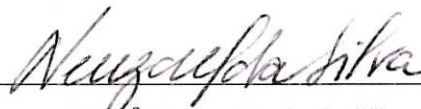
**O PLANEJAMENTO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO  
DE SAÚDE E SUA INTERFACE COM O ACESSO DOS USUÁRIOS AOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE DE VIÇOSA, MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à  
Universidade Federal de Viçosa, como  
parte das exigências do Programa de  
Pós-Graduação em Economia  
Doméstica, para obtenção do título de  
*Magister Scientiae*.

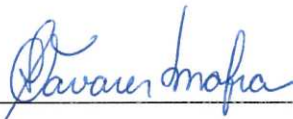
APROVADA: 13 de março de 2014.



Prof<sup>ª</sup> Lêda Maria Leal de Oliveira



Prof<sup>ª</sup> Neuza Maria da Silva



Prof<sup>ª</sup> Simone Caldas Tavares Mafra

Ao meu amado marido Fabio Ribeiro Braga, que desde o início me motivou a percorrer esse caminho, que ao seu lado, foi suave e agradável, dedicando-me muito amor e compreensão. Que passou muitas noites acordado com nosso filho ou me ajudando a estudar. Ao meu amado filho Davi Muniz Capeli Braga, que é o mais lindo motivo das minhas conquistas e vitórias.

## AGRADECIMENTOS

Ao concluir essa etapa e finalizar o Mestrado, que foi a realização de um sonho, desejo agradecer a Deus pela força e determinação.

A meu querido e muito amado marido Fabio, que dia a dia me mostrou o valor de se acreditar nos sonhos e por dividir comigo as alegrias, as dificuldades e as vitórias.

Ao meu amado filho Davi, que mesmo sendo ainda um bebê, não reclamou de muitas vezes dormir na cadeira da sala de aula, ou brincar com seu carrinho sozinho no quarto enquanto a mamãe estudava. Por entender que eu não podia brincar naquela hora.

Aos meus pais, que sempre me mostraram o valor dos estudos.

A minha orientadora e amiga Simone, que com muita liberdade permitiu que eu fizesse escolhas e como uma sabia mestre me mostrou o melhor caminho a seguir.

As minhas co-orientadoras, Emília que participou de momentos especiais desse trabalho como o grupo focal, Mônica, que mesmo sabendo que eu estava percorrendo um caminho novo que é a análise do discurso, me motivou a continuar e a Andréia que com suas opiniões e experiência enriqueceram esse trabalho.

A Juliana, que como madrinha do Davi, me deu muito apoio e ficou várias vezes com o Davi para eu poder vir para a aula. Minha imensa gratidão pela paciência e amor para com o meu filho.

Aos padrinhos Luckyia e Evandro que sempre estiveram presentes na minha vida e de minha família, apoiando e encorajando.

A Aloísia, que sempre esteve a minha disposição quando precisei, demonstrando dedicação e amor pelos alunos do mestrado em Economia Doméstica.

Ao CNPq pela concessão da bolsa de estudo que possibilitou dedicação exclusiva ao mestrado e a essa pesquisa.

Aos colegas de turma que contribuíram para minhas reflexões e possibilitaram deliciosas trocas de saberes.

Aos membros da banca prof<sup>as</sup> Lêda e Neuza, pelas contribuições e orientações de melhoria no trabalho de pesquisa e para o futuro.

## **BIOGRAFIA**

GRACILENE MARIA ALMEIDA MUNIZ BRAGA, filha de Walney Wilton Muniz Vieira e Maria das Graças Almeida Vieira, nascida em 23 de Novembro de 1973 em Vitória, Espírito Santo Brasil.

Em 2000 ingressou no curso de graduação em Serviço Social na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, formando-se em 2004.

Em março de 2007 ingressou no curso *Lato Sensu* “Direito Agrário e Ambiental” na Universidade Federal de Viçosa (UFV), finalizando em março de 2009.

Em março de 2012 ingressou no Programa de Pós Graduação do Departamento de Economia Doméstica em nível de Mestrado pela Universidade Federal de Viçosa, submetendo-se a defesa em março de 2014.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	vii
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	viii
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	x
<b>RESUMO</b> .....	xi
<b>ABSTRACT</b> .....	xiii
<b>1. A TEMÁTICA DO ESTUDO: UMA APRESENTAÇÃO</b> .....	1
<b>2. CONTESTUALIZAÇÃO, JUSTIFICATIVA E PROBLEMA</b> .....	4
2.1 Objetivos .....	9
<b>3. CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA</b> .....	10
3.1 Caracterização da Pesquisa .....	10
3.2 Local do estudo .....	10
3.3 População e amostra .....	11
3.4 Instrumentos de coleta de dados .....	12
3.5 Instrumentos de análise de dados .....	13
<b>4. REFERÊNCIAS</b> .....	14
<b>ARTIGO 1 - O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERFIL SOCIOECONÔMICO, ESTADO MOTIVACIONAL E PLANEJAMENTO PARA O TRABALHO – UMA CARACTERIZAÇÃO DAS UBSFs DE VIÇOSA, MINAS GERAIS</b>	19
<b>1. RESUMO</b> .....	19
<b>2. ABSTRACT</b> .....	20
<b>3. INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
4.1 O Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o trabalho na comunidade .....	21
4.2 A importância do planejamento para a efetivação do trabalho do ACS .....	23
4.3 Motivação para o trabalho .....	25
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	26
5.1 Caracterização da Pesquisa .....	26
5.2 Local do estudo .....	26
5.3 Caracterização da População e Amostra .....	28
5.4. Instrumentos de coleta de dados .....	29
5.5. Instrumentos de análise de dados .....	30
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	31
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	41
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	43
<b>ARTIGO 2 - A COMPREENSÃO DO PLANEJAMENTO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA CIDADE DE VIÇOSA, MINAS GERAIS</b>	46
<b>1. RESUMO</b> .....	46
<b>2. ABSTRACT</b> .....	47
<b>3. INTRODUÇÃO</b> .....	47
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	49
4.1 Grupo Focal (GF) .....	49
4.2 Planejamento do GF e características dos participantes .....	50
4.3 Tarefa Prescrita e Tarefa Realizada .....	51

<b>5. METODOLOGIA</b> .....	53
5.1 Caracterização da Pesquisa .....	53
5.2 Local do estudo .....	53
5.3 Caracterização da População e Amostra .....	54
5.4. Método de coleta de dados .....	54
5.4.1 Condução dos Grupos Focais .....	55
5.5. Instrumentos de análise de dados .....	55
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	56
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	65
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	66

**ARTIGO 3 - PERCEÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PELOS USUÁRIOS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VIÇOSA, MG: TAREFAS REALIZADAS E NORMAS PRESCRITAS** 69

<b>1. RESUMO</b> .....	69
<b>2. ABSTRACT</b> .....	70
<b>3. INTRODUÇÃO</b> .....	70
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	71
4.1 Atribuições e tarefas do Agente Comunitário de Saúde (ACS) .....	71
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	75
5.1 Caracterização da Pesquisa .....	75
5.2 Local do estudo .....	75
5.3 Caracterização da População e Amostra .....	75
5.4. Instrumentos de coleta e análise de dados .....	76
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	77
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	82
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	83

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** .....

85

**APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE** .....

87

**APÊNDICE II - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - FAMÍLIAS ATENDIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)** .....

90

**APÊNDICE III – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL (GF) COM ACS** .....

92

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**eSF** – Equipe Saúde da Família

**UBSF** – Unidade Básica de Saúde da Família

**UBSFs** – Unidades Básicas de Saúde da Família

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**ILPs** – Instituições de Longa Permanência

**DAB** – Departamento de Atenção Básica

## LISTA DE TABELAS

### **ARTIGO 1 - O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERFIL SOCIOECONÔMICO, ESTADO MOTIVACIONAL E PLANEJAMENTO PARA O TRABALHO – UMA CARACTERIZAÇÃO DAS UBSFS DE VIÇOSA, MINAS GERAIS**

**Tabela 1** – Perfil socioeconômico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013..... p. 31

**Tabela 2** – Frequência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) motivados para o trabalho, vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013..... p. 32

**Tabela 3** – Percentual de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que receberam treinamento pela Secretaria Municipal de Saúde, para atuar na função, Viçosa, MG, 2013..... p. 33

**Tabela 4** – Interferência do trabalho na vida pessoal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Viçosa, MG, 2013..... p. 33

**Tabela 5** – Conflitos enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para planejar e realizar as tarefas diárias, Viçosa, MG, 2013..... p. 34

**Tabela 6** – Percepção do planejamento do trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Atenção à Saúde, Viçosa, MG, 2013..... p. 37

**Tabela 7** – Tarefas cotidianas descritas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013..... p. 38

**Tabela 8** – Motivos para o baixo rendimento e desmotivação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013..... p.39

**Tabela 9** – Definição do planejamento das tarefas do ACS, vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013..... p. 40

### **ARTIGO 2 - A COMPREENSÃO DO PLANEJAMENTO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA CIDADE DE VIÇOSA, MINAS GERAIS**

**Tabela 1** – Relação de fatores que desmotivam o planejamento do trabalho Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG..... p. 64

### **ARTIGO 3 - PERCEPÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PELOS USUÁRIOS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VIÇOSA, MG: TAREFAS REALIZADAS E NORMAS PRESCRITAS**

**Tabela 1** – Percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família na microrregião de Viçosa, Minas Gerais sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 2013. .... p. 78

**Tabela 2** – Análise dos indivíduos vulneráveis em relação ao trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família na microrregião de Viçosa, Minas Gerais Brasil, 2013..... p. 79

**Tabela 3** - Avaliação dos indivíduos sobre a capacidade técnica dos ACS das UBSFs de Viçosa, MG, 2013..... p. 80

**Tabela 4** – Expectativa dos usuários quanto ao atendimento e avaliação da capacidade profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família na microrregião de Viçosa, Minas Gerais, 2013..... p. 81

## LISTA DE FIGURAS

### CONTEXTUALIZAÇÃO, JUSTIFICATIVA E PROBLEMA

**Figura 1:** Fluxograma resumido de uma Unidade Básica de Saúde adaptado de Franco e Merhy (s.d.) ..... p. 5

### ARTIGO 1 - O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERFIL SOCIOECONÔMICO, ESTADO MOTIVACIONAL E PLANEJAMENTO PARA O TRABALHO – UMA CARACTERIZAÇÃO DAS UBSFs DE VIÇOSA, MINAS GERAIS

**Figura 1** – Localização das 13 UBSFs nos bairros em área urbana de Viçosa, MG..... p. 27

**Figura 2** – Modelo da Ficha de Atividade Coletiva, disponibilizadas para as UBSFs ..... p. 36

## RESUMO

BRAGA, Gracilene Maria Almeida Muniz, Universidade Federal de Viçosa, Março de 2014. **O planejamento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua interface com o acesso dos usuários aos serviços de saúde de Viçosa, Minas Gerais.** Orientadora: Simone Caldas Tavares Mafra. Co-orientadores: Emília Pio da Silva, Andréia Patrícia Gomes e Mônica Santos Souza Melo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem enfrentado problemas na forma de planejamento do trabalho, decorrente do excesso de demanda e dificuldade na definição das ações prioritárias com as famílias atendidas. Considerando tal constatação, realizou-se nas 14 UBSFs de Viçosa, Minas Gerais, um estudo que objetivou caracterizar o perfil socioeconômico do ACS; o estado de motivação e conhecer o planejamento de suas tarefas e a opinião dos usuários sobre o trabalho do ACS. Utilizou-se abordagem quali-quantitativa na coleta de dados, estatística descritiva e análise de conteúdo e do discurso para análise. A amostragem das famílias foi definida nas 13 UBSFs que participaram do estudo, destas foram selecionados os usuários vulneráveis (48): hipertensos; gestantes; idosos e diabéticos. Os dados foram coletados por questionário e grupo focal aos ACS; entrevista semiestruturada aos indivíduos vulneráveis. O estudo identificou que, a maioria dos ACS do estudo são do sexo feminino, idade entre 26 a 43 anos. A escolaridade predominante foi ensino médio, superando a exigência para o cargo. A maioria são provedores da família. Dos 64 entrevistados 83% não se sentem motivados para planejar suas tarefas, pelo excesso de atividades burocráticas, pela precariedade das condições de trabalho e falta de treinamento. 69% dos ACS alegaram que a falta de privacidade na vida pessoal influencia na falta de motivação para o planejamento das tarefas e atividades. As atividades dos ACS não são planejadas, comprometendo o acesso das famílias aos serviços de saúde. A efetividade do trabalho do ACS é restrita devido às dificuldades encontradas no cotidiano, no entanto 82% os usuários acreditam que o trabalho do ACS favorece o acesso aos serviços das ESF. A relação dos usuários com os ACS foi avaliada por 55% das gestantes como de amizade, seguido de 54% dos hipertensos e idosos. Ao se analisar os níveis de compreensão dos usuários em relação às orientações sobre saúde prestadas pelos ACS, 52% dos hipertensos, idosos e diabéticos consideraram de fácil compreensão, 44,5% das gestantes concordaram com esta afirmativa, e outros 44,5% de gestantes disseram que os ACS não prestam este tipo de orientação. O estudo identificou que 92% hipertensos, 85% dos idosos e diabéticos e

78% das gestantes consideraram que os ACS são capacitados para desempenhar a função e cumprir com suas tarefas diárias. Desta forma podemos concluir que a falta de recursos agrava o desempenho das eSF, refletindo diretamente no trabalho do ACS. Nas ESF faltam dispositivos de gestão em nível local, para negociar com a comunidade a prioridade de ações. As tarefas dos ACS não são planejadas e estes atuam improvisadamente. Sugere-se para maior efetividade das atividades que o ACS tenha lugar de destaque na ESF e possa organizar seu trabalho a partir das prioridades dos usuários, conhecidas a partir dos estudos de caso.

## ABSTRACT

BRAGA, Gracilene Maria Almeida Muniz, Universidade Federal de Viçosa, March 2014. **The design of the work of Community Health Agent and its interface with the access of users to health services in Viçosa, Minas Gerais.** Advisor: Simone Caldas Tavares Mafra. Co-advisors: Emília Pio da Silva, Andréia Patrícia Gomes and Mônica Santos Souza Melo.

The Family Health Strategy (FHS) has faced problems in the way of work planning, due to excessive demand and difficulties in defining priority actions with the assisted families. Considering such observation, it was performed on 13 UBSFs of Viçosa, Minas Gerais, one study aimed to characterize the socioeconomic profile of the CHA; the status of motivation and know the design of its tasks and the opinions from users about the work of the CHA. It was used qualitative and quantitative approach to data collection and descriptive statistics and content analysis and discourse to analysis. The sampling of the families was defined in 13 UBSFs who participated in the study. From these it was selected vulnerable users (48): hypertension, pregnant women, elderly and diabetics. Data were collected by questionnaire and focus group to CHA; semistructured interview to vulnerable individuals. The study identified that the majority of CHA from the study are female, aged between 26-43 years. The predominant educational level was high school, overcoming the requirement for the position. Most are family providers. Of the 64 interviewees, 83% do not feel motivated to plan your tasks, due to excessive bureaucratic activities, the precariousness of working conditions and lack of training. 69% of CHA argued that the lack of privacy in personal life influences the lack of motivation for the planning of tasks and activities. The activities of CHA are unplanned, affecting household access to health services. The effectiveness of the work of the CHA is restricted due to difficulties in daily life, however 82% of the users believe that the work of CHA facilitates access to services of the FHS. The relation of the users with CHA was evaluated by 55% of pregnant women as friendship, followed by 54% of hypertensives and the elderly. When analyzing the levels of understanding of the users in relation to health guidelines provided by CHA 52% of hypertensive, diabetics and elderly considered easy to understand, 44,5% of pregnant women agreed with this statement and another 44,5% of pregnant women said that CHA does not provide this kind of guidance. The study found that 92% of hypertensive, 85% of elderly and diabetics and 78% of pregnant women considered that the CHA are able to perform the

function and fulfill their daily tasks. Thus, we conclude that the lack of resources aggravates the performance of the FHS, reflecting directly on the work of ACS. There is a lack of management devices at the local level to negotiate with the community's priority actions in the FHS. The tasks of the CHA are not planned and these act on improvisation. It is suggested for higher effectiveness of the activities that the CHA has a prominent place in the FHS and which may organize their work based on the priorities of the users, known from case studies.

## **1. A TEMÁTICA DO ESTUDO: UMA APRESENTAÇÃO**

A saúde é um direito constitucional, apesar disso a população tem encontrado dificuldades em acessar tal direito. Muitas estratégias foram criadas para atender as demandas e necessidades de saúde populacional. Dentre elas, destaca-se a profissão do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os ACS constituem um elo entre as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) e a comunidade. Dada a importância deste profissional o estudo em questão centraliza suas discussões no planejamento do trabalho dos ACS buscando compreender quais são as estratégias utilizadas pelos ACS que possibilitam às famílias o acesso aos serviços de saúde fornecidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado na década de 1990 e efetivado em 1997 quando se consolidou a descentralização de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001). Os ACS possuem um papel de destaque na ESF pelo importante lugar que ocupam entre a equipe de saúde, o serviço e a comunidade, famílias e usuários. Seu trabalho tornou-se profissão em 2002, porém a lei foi revogada e apenas em 2006 esse reconhecimento se tornou objeto da Lei No. 11.350 de Outubro de 2006 (BRASIL, 2009; FRAGA, 2011).

De acordo com Fraga (2011), em 1998 o Brasil contava com 78.705 trabalhadores que atuavam como ACS, distribuídos em 3.062 equipes de Saúde da Família (eSF) no território nacional (FRAGA, 2011, p. 7). De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB, 2013) dos 849 municípios do Estado de Minas Gerais apenas dois não possuíam o programa ESF, assim os ACS formavam um contingente de 28.178 profissionais atuando no Estado.

Neste sentido, a ESF se torna uma importante ferramenta para a reordenação da Atenção Básica e o ACS, o profissional de referência das famílias para acessarem os serviços de saúde nas UBSFs. Para que haja eficiência nestes serviços, a organização do trabalho na ESF foi preconizada conforme os princípios e diretrizes do SUS, composta por no mínimo: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e no máximo doze agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2009).

Sendo assim, o ACS é quem faz a interlocução entre a eSF das Unidades Básicas de Saúde da Família e usuários. Para autores, como Silva e Dalmaso (2002), Pontes et

al. (2009), Ferreira (2009) e Pinto e Fracolli (2010), o ACS é o elo entre a comunidade e o serviço de saúde.

O ACS tem se revelado um importante “ator” no que se refere às trocas entre o saber popular e saber científico, formal. Sendo assim, as pesquisas tem demonstrado que o agir do ACS deve basear-se em duas lógicas: “agir tecnológico” e o “agir comunicativo”, que possibilite a intervenção e os atos assistenciais, com a criação de espaços de escuta ativa e criação e manutenção de vínculos afetivos com mais qualidade entre a eSF e os usuários dos serviços de saúde (FERREIRA et al., 2009, p. 2).

Para que a intervenção dos ACS reflita os efeitos esperados, as características pessoais devem ser consideradas, para se compreender como a dinâmica do planejamento do trabalho na prática é desenvolvida (COTTA et al., 2006).

De acordo com Lopes (2010), o trabalhador tem características únicas e pessoais que precisam ser conhecidas pelos gestores e planejadores do trabalho. Para a autora, a origem do sofrimento do homem em relação ao trabalho está na forma como este é dinamizado, considerando as influências internas e externas do seu mundo social aplicadas ao trabalhador do sexo masculino ou feminino.

Dessa forma foi importante caracterizar nesse estudo, algumas definições tais como, trabalho; tarefa prescrita; tarefa realizada e organização do trabalho para ampliar a compreensão da relevância do mesmo.

Em relação às definições de trabalho, identificou-se de acordo com Wolecke (s.d.), que:

*Na Antiguidade, o trabalho era entendido como a atividade dos que haviam perdido a liberdade. O seu significado confundia-se com o de sofrimento ou infortúnio. [...] Na tradição judaico-cristã, o trabalho associa-se à noção de punição, de maldição, como está registrado no Antigo Testamento (punição do pecado original) [...] Por muito tempo, a palavra **trabalho** significou **experiência dolorosa, padecimento, cativo, castigo** (WOLECKE, s.d., p. 2-3) (grifo nosso).*

Segundo Dejours (1992), os trabalhadores devem individualmente defender-se dos efeitos penosos do trabalho (DEJOURS, 1992, p. 41). Pois os desafios do mundo do trabalho existem desde o século XIX e segundo o autor, um deles é de promover uma luta para garantir a sobrevivência dos operários, ou seja, *a luta pela saúde, [...] a luta pela sobrevivência, viver para o operário, é não morrer* (DEJOURS, 1992, p. 14).

No século XIX, as exigências do trabalho ameaçavam a própria mão-de-obra, tornando o trabalhador ainda mais pobre e doente. O sofrimento desse operário ficou conhecido como “miséria operária” comparável a uma doença contagiosa, surgindo

assim o movimento higienista e leis sanitárias que eram as respostas sociais a essa ameaça (DEJOURS, 1992, p. 14-15).

Segundo Bressan (2011), após o período clássico, e as mudanças ocorridas na estrutura das sociedades e na economia, redirecionaram os significados do trabalho. Para a autora, o trabalho faz parte das realizações pessoais.

Dessa forma, Woleck (s.d.) descreve o trabalho como:

*[...] a categoria que funda o desenvolvimento do mundo dos homens como uma esfera distinta da natureza; não é apenas a relação dos homens entre si no contexto da reprodução social; o seu desenvolvimento exige o desenvolvimento concomitante das relações sociais (WOLECK, s.d., p. 5-6).*

O mundo do trabalho tem se modificado ao longo do tempo e com ele suas formas de planejamento (CARVALHO, 1999). De acordo com Batista (s.d.), as transformações sociais têm sido as principais responsáveis pelas mudanças neste planejamento.

Em relação às tarefas, Morais (s.d.), diferencia tarefa prescrita de tarefa real. Para o autor, tarefa prescrita é “*toda ação planejada [...] ou seja é tudo aquilo que se espera que aconteça*” (MORAIS, s.d., p. 39). No entanto, a tarefa real é a ação no instante em que ela ocorre, considerando a postura assumida, as experiências, os esforços biomecânicos, as condições do ambiente e ainda:

*[...] possíveis constrangimentos e anomalias. É através da tarefa real que se analisa e se propõe correções de modo que as tarefas reais sejam próximas das tarefas prescritas (MORAIS, s.d., p. 39) (grifo nosso).*

Para o bom desempenho da tarefa, é necessário considerar, segundo Morais (s.d.), as ferramentas disponíveis para sua realização; o objetivo da tarefa; o tipo de usuário (número necessário de usuários, sexo, idade, grau de instrução, treinamento, experiência anterior, habilidades especiais) ambiente onde a tarefa é realizada, condições do espaço físico, temperatura, nível de iluminação e ruído, poluição, limpeza, *design* do ambiente.

Dessa forma, alguns requisitos devem ser considerados segundo Morais (s.d.):

- *Instruções requeridas: manuais e documentação técnica existente, procedimentos de alerta de risco, de cuidados especiais, restrições, etc.;*
- *Suportes físicos e técnicos: recursos instrumentais e sistemas paralelos exigidos na execução das tarefas (MORAIS, s.d., p. 42).*

Além disto, a realização da tarefa necessita de planejamento para alcançar sua finalidade.

Outro conceito importante para formatar nossas discussões foi o conceito de organização do trabalho, que segundo Dejours e Abdoucheli (2012), compreende a divisão do trabalho e a divisão de homens. Assim, a divisão do trabalho leva em consideração a divisão das tarefas entre os operadores e o modo operatório prescrito. Por outro lado, a divisão de homens, ilustra a distribuição das responsabilidades, *hierarquia, comando, controle etc* (DEJOURS e ABDOUCHELI, 2012, p. 125).

Assim, para os autores acima, a divisão de homens é complementar à divisão do trabalho.

O problema, o contexto e a justificativa para a pesquisa apoiando-se nas atribuições e tarefas prescritas ao ACS, identificando as especificações desse profissional inserido na ESF, e a efetividade dessas tarefas no acesso das famílias aos serviços de saúde nas UBSFs de Viçosa, Minas Gerais, serão apresentados a seguir.

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO, JUSTIFICATIVA E PROBLEMA**

De acordo com Carvalho (1999), a Revolução Industrial foi o marco das transformações no mundo do trabalho remunerado. Nas sociedades modernas a organização do trabalho atinge um limiar técnico e científico que organiza e planeja, de forma técnica e sistemática, não somente as relações produtivas em si, mas também organiza a família, o sistema pedagógico e o sistema ético e político.

Não obstante a estas questões, estão às estratégias utilizadas para evitar o sofrimento e violências no espaço de trabalho e fora dele. Tais estratégias foram criadas pelos indivíduos ou pela coletividade, e silenciados pelos trabalhadores que se esforçam para dissimular esse sofrimento, trazendo consigo o enfraquecimento da capacidade de pensar no cotidiano laboral (DEJOURS, 2008).

Neste aspecto o trabalhador na área da saúde precisa ser um profissional que acumule saberes, habilidades e conhecimentos específicos para que possa desempenhar e executar de forma mais adequada suas tarefas (BRASIL, 2009).

De acordo com a literatura pesquisada, o ACS deve saber utilizar instrumentos como questionários, realizar visita domiciliar e, ainda, manter um bom relacionamento com a comunidade (BRASIL, 2009).

Tão importante quanto conhecer bem os instrumentos disponíveis é conhecer a forma de desenvolvimento das tarefas pelo ACS, quais suas atribuições na eSF e na

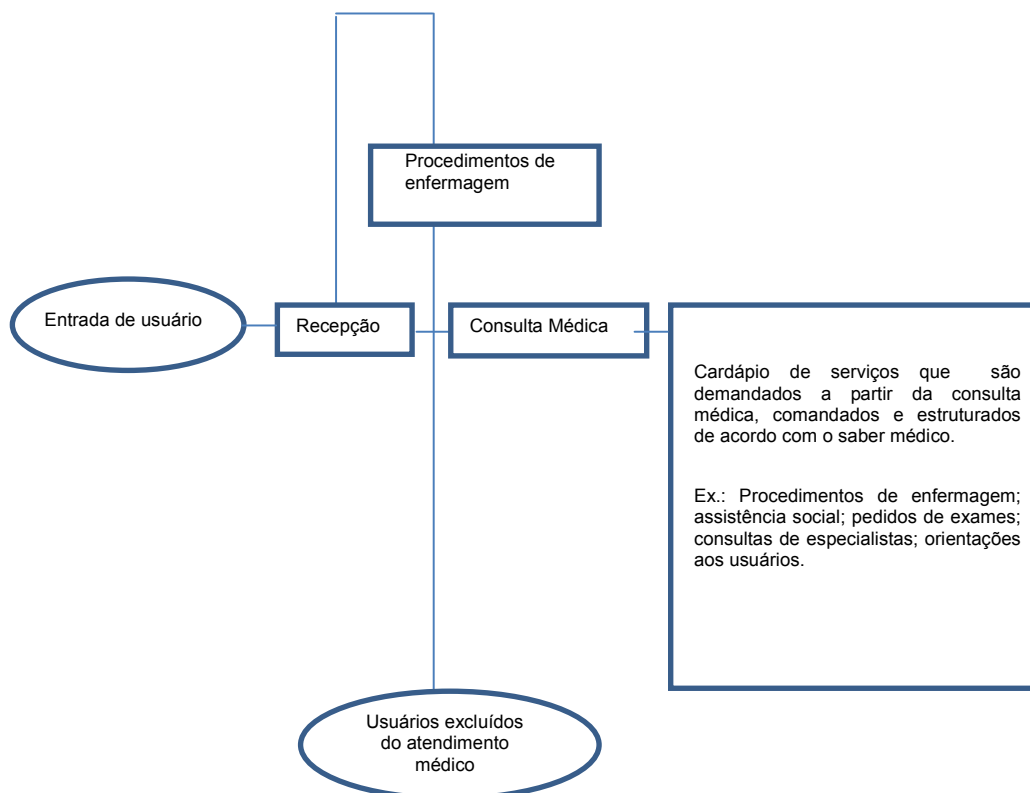
comunidade, considerando que o trabalho em saúde tem uma dimensão de cuidado humanizado insubstituível, que ocorre no momento da interação com o usuário para produzir o cuidado àquele que demanda do serviço de saúde (BRASIL, 2009, p. 34). Pois a eSF é formada por pessoas com histórias, formações, saberes e vivências variadas, por isso:

*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. No entanto, somente o fato de as pessoas trabalharem juntas não constitui uma equipe: as pessoas precisam aprender a “ser equipe”. Ou seja: a equipe precisa ser construída (grifo nosso).*

*Para essa construção acontecer, os trabalhadores precisam aprender um “modo-equipe” de trabalhar, reorganizando-se [...] para assistir os usuários em sua integralidade. É importante que toda a equipe assuma a tarefa de cuidar do usuário, reconhecendo que, para abordar a complexidade do trabalho em saúde, são necessários diferentes olhares, saberes e fazeres (grifo nosso).*

*Para cuidar da saúde da população de um determinado território, a unidade de saúde deve estar organizada de um modo que seus trabalhadores estejam divididos em funções e assumam responsabilidades diferentes e complementares (BRASIL, 2009, p. 34-35) (grifo nosso).*

Para compreender como funciona uma UBSF, Franco e Merhy (s.d.) apresentam sua organização de forma simples, como pode ser observado na Figura 1.



**Figura 1:** Fluxograma resumido de uma Unidade Básica de Saúde adaptado de Franco e Merhy (s.d.)

Os ACS acompanham um número definido de pessoas entre 400 e 750 pessoas, localizadas em uma área geográfica delimitada denominada de microárea, buscando estabelecer contato frequente com as mesmas para monitorar as condições de saúde. Tal atividade é realizada por meio de visitas domiciliares efetivadas pelos ACS, acompanhadas e orientadas por um enfermeiro supervisor (LOPES, 2010; BRASIL, 2003).

Compreender o planejamento do trabalho dos ACS torna-se essencial para referendar como este pode impactar (positiva e, ou negativamente) no cotidiano do trabalho desses profissionais e no acesso aos serviços de saúde pelas famílias usuárias da ESF.

Como o planejamento do trabalho dos ACS e as condições de realização do mesmo está diretamente relacionada à política de saúde do SUS, este planejamento é um campo vasto de possibilidades de pesquisas e de investimentos que contribuam para a melhoria das tarefas prescritas e realizadas pelo mesmo e conseqüentemente para a eficiência do serviço de saúde junto à população atendida.

O cotidiano dos trabalhadores passou a ser campo de estudo de autores como Dejourns (1992; 2008) e Carvalho (2010), enquanto o cotidiano do ACS chama atenção de autores como: Lopes (2010), Pinto e Fracolli (2010), Ferreira et al (2009) e Cotta et al (2006).

De acordo com Lopes (2010), é comum entre os trabalhadores da saúde, manter uma relação superficial com os pacientes atendidos, pois o distanciamento e negação de sentimentos são propositais para não gerarem angústias durante a realização das atribuições e tarefas cotidianas.

Especificamente no caso dos trabalhadores da equipe Saúde da Família (eSF), deve ocorrer o contrário, principalmente os ACS que além de residir na comunidade estabelecem os vínculos de amizade e confiança entre a comunidade e a eSF, sendo “essa relação uma das principais características da reorganização do processo de trabalho por meio da Saúde da Família”, por isso o ACS ocupa um lugar de destaque mas complementar junto a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2009, p. 21).

Dessa forma, conhecer as atribuições e tarefas prescritas do ACS, se faz necessário para se avaliar a efetividade da Estratégia Saúde da Família.

De acordo com Brasil (2001), as principais atribuições do ACS são:

- visitar no mínimo uma vez por mês cada família da sua comunidade;
- identificar situação de risco e encaminhar aos setores responsáveis;
- pesar e medir mensalmente as crianças menores de dois anos e registrar a informação no cartão da criança.
- incentivar o aleitamento materno;
- acompanhar a vacinação periódica das crianças por meio do cartão de vacinação e de gestantes;
- orientar a família sobre o uso de soro de reidratação oral para prevenir diarreias e desidratação em crianças;
- identificar as gestantes e encaminhá-las ao pré-natal;
- orientar sobre métodos de planejamento familiar;
- monitorar dermatoses e parasitoses em crianças;
- realizar ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama;
- realizar ações educativas referentes ao climatério;
- realizar atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
- realizar atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil;
- supervisionar eventuais componentes das família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;
- realizar atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso;
- identificar portadores de deficiência psico-física com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio (BRASIL, 2001, p. 5-6).

Da mesma forma, Brasil (2001) descreve as tarefas do ACS que envolve:

**Cadastramento/diagnóstico** – é a primeira etapa do trabalho junto à comunidade.

**Mapeamento** - esta fase consiste no registro em um mapa da localização de residências [...]

**Identificação de microáreas de risco** [...] locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas [...]

**Realização de visitas domiciliares** – este é o principal instrumento de trabalho dos ACS [...]

**Ações coletivas** [...] o ACS promove reuniões e encontros com grupos diferenciados – gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos [...] no planejamento de ações e na definição de prioridades.

**Ações intersetoriais** – além de ações específicas na área de saúde, o agente poderá atuar em outras áreas como:

- educação – identificação de crianças em idade escolar que não estão frequentando a sala de aula;
- Cidadania/direitos humanos – ações humanitárias e solidárias que interfiram de forma positiva na melhoria da qualidade de vida [...] (BRASIL, 2001, p. 6-8) (grifo nosso).

Autores como Santana e Carneiro (2009) que pesquisam o cotidiano dos ACS, apontam que a falta de qualificação é um problema que interfere na realização das

tarefas diárias. Segundo os autores, esse profissional deveria ser capaz de ouvir, dialogar, acolher, mediar alternativas de prevenção e tratamento de saúde das famílias e indivíduos, mas considerando a forma como o trabalho tem se apresentado, os ACS não tem demonstrado efetividade na realização dessas tarefas (SANTANA e CARNEIRO, 2009).

Outro problema apresentado por Cotta et al., (2006) é a crise das condições de trabalho dos profissionais de saúde atuantes no âmbito do SUS. O salário não compatível com a carreira profissional e carência de recursos técnicos e materiais são elementos que aumentam o sofrimento e geram ansiedade ao trabalhador.

De acordo com Dejours (2008), o trabalhador encontra pelo menos cinco obstáculos para ter visibilidade de seu trabalho, assim descritos:

*[...] o constrangimento da clandestinidade associado à artimanha e ao zelo; os desafios na estratégia de poder; o déficit semiótico e a dominação simbólica; a méis ou o conhecimento do trabalho pelo corpo; e as estratégias de defesa contra o sofrimento. Todos esses obstáculos concorrem à ocultação do que, no fim das contas, aparece como a parte mais importante do trabalho: a parte submersa do iceberg é a mais importante que a parte visível ou observável acima da água. (DEJOURS, 2008, p. 51) (grifo nosso).*

Assim, para se avaliar o trabalho é necessário tornar visível o que está submerso, expondo suas fragilidades e sofrimentos, para que não seja necessário ocultar o que os desagrada (DEJOURS, 2008).

Percebe-se que o trabalhador da saúde vivencia conflitos ao desempenhar suas tarefas, entre eles o trabalho morto que supera o trabalho vivo, citado por Ferreira et al (2009). Para Merhy (2002), esse trabalho vivo, pode receber o nome de tecnologias leve ou leves-duras que ocorre em várias profissões e não se apresenta de forma diferente entre os trabalhadores da área da saúde.

*Ao afirmar que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção (MERHY, 2002, s.p.).*

Na assistência à saúde o *trabalho vivo* está relacionado à escuta ativa, ao cuidado com os indivíduos, a relação e vínculos criados entre as pessoas e ao acolhimento, enquanto que o *trabalho morto* referem-se às burocracias, preenchimentos de formulários e questionários. (FERREIRA et al., 2009, p. 889).

Diante dos aspectos mencionados anteriormente, percebeu-se a importância deste estudo. Além destes, o que influenciou a escolha do tema proposto para este estudo foi a trajetória de trabalho como assistente social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em Viçosa, Minas Gerais por quatro anos. Além deste aspecto, ressalta-se a experiência de ter participado em 2009 da adaptação do Projeto: “Formação de Agentes Multiplicadores do Direito Social”, projeto este do Programa Permanente de Extensão da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Este Projeto foi premiado em 2002 no âmbito nacional como Proposta de Solução Social pela Federação Nacional dos Estudantes de Administração (FENEAD/2002).

Esta experiência permitiu a construção deste estudo, qual seja o estudo do planejamento do trabalho do ACS. Para o desenvolvimento do estudo, várias questões foram apresentadas, dentre estas: O trabalho do ACS é planejado? O desenvolvimento das tarefas realizadas condiz com as tarefas prescritas? O trabalho do ACS possibilita que as famílias acessem os serviços de saúde ofertados pela Estratégia Saúde da Família? As famílias compreendem as tarefas e atividades realizadas pelo ACS como facilitador do acesso aos serviços de saúde ofertados pela ESF.

Diante das questões expostas o problema em estudo se refere a inexistência do planejamento das tarefas do ACS e a opinião das famílias/indivíduos sobre as atividades realizadas pelos ACS de Viçosa.

## **2.1 OBJETIVOS**

Este trabalho teve como objetivo principal conhecer como o trabalho do ACS é planejado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Viçosa, Minas Gerais e a interface com o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Especificamente, buscou-se:

1. Caracterizar o perfil socioeconômico do ACS; seu estado de motivação e o planejamento de suas tarefas;
2. Analisar a percepção do ACS sobre o planejamento do trabalho e o acesso das famílias atendidas aos serviços de saúde;
3. Levantar, a opinião das famílias sobre o trabalho do ACS quanto às normas prescritas, e as atividades desenvolvidas.

### 3. CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

#### 3.1. Caracterização da pesquisa

A presente proposta configurou-se como uma pesquisa quali-quantitativa de caráter descritivo. A pesquisa quantitativa possibilita descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características, sendo apropriada para se medir, por exemplo, a opinião dos indivíduos sobre determinado assunto (MORESI, 2003). Já a pesquisa qualitativa trabalha: *com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes* (MINAYO et al., 2002, p.21-22).

Adotou-se como estratégia de pesquisa o Estudo de Caso, que permitirá ao pesquisador coletar o máximo de dados possíveis sobre o tema, sem a pretensão de generalizar os resultados, analisando o planejamento de trabalho dos ACS e interface com o acesso das famílias aos serviços de saúde (GIBBS, 2009).

De acordo com Cesar (s.d.):

*Pesquisas de natureza qualitativa envolvem uma grande variedade de materiais empíricos, que podem ser estudos de caso, experiências pessoais, histórias de vida, relatos de introspecções, produções e artefatos culturais, interações, enfim, materiais que descrevam a rotina e os significados da vida humana em grupos* (CESAR, s.d., p.1) (grifo nosso).

A pesquisa qualitativa justificou-se neste estudo, visto que a partir dela buscou-se resposta acerca do que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos em relação ao objeto investigado (ASCHIDAMINI E SAUPE, 2004). Além disso, a pesquisa qualitativa parte da ideia de que os métodos e a teoria se aproximam do objeto estudado.

#### 3.2 Local de Estudo

A pesquisa foi realizada em 14 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) localizadas nos seguintes bairros, do município de Viçosa, Minas Gerais: Santa Clara, Nova Viçosa/Posses, Bom Jesus; Amoras, Nova Era, Barrinha, Santo Antônio I, Santo Antônio II, São Sebastião, São José do Triunfo, Cachoeirinha, Silvestre, Novo Silvestre e João Bras/Violeira.

O município de Viçosa fica localizado na Zona da Mata Mineira, com população de 73.333 habitantes de acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB, 2013).

Indicadores econômicos de Viçosa identificam o município como especialista na prestação de serviço. Tal fato determina o Produto Interno Bruto (PIB) do município, que segundo Carmo et al., (2010) foi:

*[...] estimado em R\$ 510 milhões. O setor de serviços, com maior peso, apresentou valor adicionado de R\$ 396 milhões, cerca de 26 vezes superior ao do setor agropecuário e 6 vezes ao do setor industrial. O PIB per capita de Viçosa, em 2007, ficou em R\$ 7.257,00 anuais, inferior ao encontrado para o Estado e para o País R\$ 12.519,00 e R\$14.465,00, respectivamente (CARMO et al., 2010, p. 49).*

Porém, Carmo e colaboradores (2010) afirmam que apesar do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Viçosa ser considerado elevado (0,855), a distribuição de renda não segue esta mesma direção.

Quanto aos aspectos sociais, Carmo et al., (2010), apontaram que em 2009, a proporção de analfabetos era de 4,38%, índice considerado baixo, quando comparado com os 11,44% observados em 2000 (CARMO et al., 2010, p. 57).

Tais características do município (especialização no setor de serviços, alto índice do IDH) podem explicar o fato de existir no momento da coleta de dados, as 14 UBSFs agregando até o momento do estudo, 86 ACS em atividade. Destacando que a Unidade de Nova Viçosa e João Braz contavam com duas eSF em cada Unidade.

### **3.3 População e Amostra**

Duas categorias de indivíduos foram acompanhados pelo estudo: 1) Agentes Comunitários de Saúde e 2) indivíduos considerados vulneráveis (hipertensos; gestantes; idosos e diabéticos). Ressalta-se que a participação destes foi voluntária e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ao grupo dos ACS foram encaminhados 86 questionários considerando as 14 UBSFs e o número de ACS em atividade. Retornaram 58 questionários, sendo estes analisados para o estudo. O objetivo do questionário foi conhecer o perfil socioeconômico dos ACS e como as tarefas são planejadas pelos mesmos. A partir da análise dos dados foi possível também, selecionar 16 ACS para participar do grupo focal (GF), sendo um ACS representando cada UBSF. Nas UBSFs que possuíam duas eSF, foram selecionados dois ACS para participar do GF.

O critério para a seleção e participação no GF foi o menor tempo de trabalho na ESF. Este critério foi utilizado para garantir que os participantes que estavam há menos tempo não estivessem acomodados com as dificuldades enfrentadas no dia a dia da profissão.

Dessa forma, os grupos focais foram realizados nas dependências do Departamento de Economia Doméstica, localizado na Universidade Federal de Viçosa (UFV).

Autores como, Coriolano e Lima (2010), Babour (2009) e Aschimamini e Saupe (2004), ressaltam que a escolha dos participantes, do local dos encontros, da elaboração do guia de temas, são os quesitos fundamentais para o bom andamento das reuniões, considerando a metodologia do GF.

Para o grupo dos usuários classificados como vulneráveis, elegeram-se quatro participantes em cada UBSF, sendo um hipertenso; uma gestante; um diabético e um idoso, selecionados aleatoriamente nos dias de consultas, exames ginecológicos ou reunião de grupos.

A participação na pesquisa foi voluntária com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer: 295.361, em 03/06/2013, e contou com o financiamento do CNPq.

### **3.4 Instrumentos de coleta de dados**

A partir da definição da amostra foi possível aplicar os instrumentos de coleta de dados, quais sejam, os 86 questionários (ver apêndice I) encaminhados aos ACS das 14 UBSFs de Viçosa, para conhecer o perfil dos ACS e a entrevista semiestruturada (ver apêndice II), junto ao grupo dos vulneráveis (hipertenso, gestante, diabético e idoso). As entrevistas permitiram conhecer se estes usuários considerados vulneráveis compreendem as atribuições e tarefas dos ACS. A entrevista semiestruturada, utilizada nesta etapa, permitiu também, obter respostas subjetivas, reflexões dos participantes que subsidiaram a compreensão das famílias sobre as tarefas prescritas e realizadas pelo ACS.

Com autorização de alguns participantes as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Livre Consentimento (TCLE).

Pesquisas apontam a importância quanto aos aspectos operacionais dos métodos de coleta de dados. Como forma de coleta de dados, o presente estudo utilizou questionários, entrevistas e Grupo Focal (GF).

A utilização da técnica de GF surgiu durante a Segunda Guerra e foi muito utilizada até a década de 1970, mas foi principalmente na década de 1980 que esse tipo de pesquisa ganhou adeptos na área de marketing. Atualmente tem sido aplicada também nas pesquisas em saúde, educação, implementação e avaliação de programas (BORGES E SANTOS, 2005).

O grupo focal tem a capacidade de oferecer *insights* para os participantes e pesquisadores, sendo criado ainda um senso coletivo, estabelecendo significados que são negociados e as identidades elaboradas pelos processos de interação social (BARBOUR, 2009). É uma forma de coleta de dados por meio da fala de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema (SILVA E ASSIS, 2010).

Tal método (grupo focal) é definido como uma técnica de pesquisa que busca informações por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador (CORIOLANO E LIMA, 2010).

Como estratégia metodológica qualitativa de coleta de dados, o GF é uma diversificação e um aprofundamento dos conteúdos relacionados ao tema de interesse por isso foi escolhido para este estudo (ASCHIDAMINI E SAUPE, 2004).

O estudo foi desenvolvido com os ACS das UBSFs pré-selecionados conforme critérios descritos no item 3.4. considerando dois encontros que ocorreram no mês de setembro de 2013 no Departamento de Economia Doméstica, na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Utilizou-se para os GF, um roteiro (ver apêndice III) com temas para abordagens nos grupos e manter o mesmo nível de investigação em ambos. Foi utilizado vídeos com temas pertinentes aos estudos que facilitou a motivação para a discussão, além de revistas e charges. Instrumentos estes que deram objetividade à aplicação do método do GF.

### **3.5 Instrumentos de análise de dados**

Para análise e compreensão dos dados, os questionários e as entrevistas foram descritos e analisados qualiquantitativamente utilizando-se do método de análise de conteúdo dando ênfase aos seguintes temas: percepção do planejamento do trabalho, estado de motivação, percepção do trabalho do ACS pelas famílias, e o acesso das famílias ao serviço de saúde e o trabalho do ACS. Assim como foram feitas análises

quantitativas através de estatística descritiva. Os resultados obtidos foram apresentados na forma de tabelas.

Para o GF foi utilizado análise do discurso seguindo as orientações de Fernandes (2008) e Charaudeau (2008), considerando o espaço social como base para a construção do discurso e desenvolvimento de suas identidades.

A análise das respostas encontradas permitiu a compreensão da linguagem implícita e explícita, considerando de acordo com Charaudeau (2008) e Fernandes (2008), a vivência e a experiência de cada indivíduo participante do estudo. Foi possível com a metodologia escolhida para a análise dos dados, que a fala discursiva dos indivíduos não é homogênea e não demonstra o eu individualizado, mas sim, um sujeito que se encontra em um espaço social e ideológico.

Foram transcritas na íntegra todas as entrevistas efetivadas no GF, bem como os questionários. Tais respostas – apresentadas para as questões abertas - foram anotadas em fichas para facilitar a organização do material encontrado.

Contudo, a pesquisa não teve a pretensão de generalizar os resultados, nem esgotar as possibilidades de discussão sobre o tema, mas apontar avanços e lacunas existentes no trabalho dos ACS junto às UBSFs, trabalho este que é percebido como facilitador do acesso aos serviços de saúde aos usuários.

#### **4. REFERÊNCIAS**

ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti. BAHIA, Cláudio José Amaral. O Direito Social à Saúde na Constituição Federal de 1988: reserva do possível e mínimo existencial – limites? **Revista Novatio Iuris** – V. 2, n. 3, 2009.

ASCHIDAMINI, Ione Maria; SAUPE, Rosita. Grupo Focal – Estratégia Metodológica Qualitativa: Um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**. V. 9, n.1, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1700/1408>> Acesso em: 13 de nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080. Sistema Único de Saúde**, de 19 de Setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS**, 1996.

\_\_\_\_\_. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 1. ed., 4.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. [Leis etc.] **Códigos Civil; Comercial; Processo Civil; Constituição Federal** / obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. – 3. Ed. – São Paulo: Saraiva, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos Focais**. Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre. 2009.

BATISTA, Erika. **Fordismo, taylorismo e toyotismo: apontamentos sobre suas rupturas e continuidades**. Disponível em: <[http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/terceirosimposio/erika\\_batista.pdf](http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/terceirosimposio/erika_batista.pdf)> Acesso em: 14 de mar. 2013.

BRESSAN, Maria Alice Lopes Coelho. **A significação do trabalho e da aposentadoria: o caso dos servidores da Universidade Federal de Viçosa**. Dissertação. Viçosa, Minas Gerais, 2011.

BORGES, Camila Delatorre; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites**. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo* V. 6, n. 1, p. 74-80. 2005.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) V. 57, n. 5, p. 611-4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>> Acesso em: 13 de mar. 2013.

CARVALHO, Paulo Roberto. **Capitalismo e organização do trabalho**. Monografia de Bacharelado em História. Departamento de História do Instituto De Ciências Humanas e Sociais. Universidade Federal de Ouro Preto, 1999.

CARVALHO, Rodrigo Janoni. Trabalho e vida do operário brasileiro nos séculos XIX e XX. *Revista Eletrônica Arma da Crítica*. Ano 2. Março, 2010.

CESAR, Ana Maria Roux Valentini Coelho. **Método do Estudo de Caso (Case Studies) ou Método do Caso (Teaching Cases)? Uma análise dos dois métodos no Ensino e Pesquisa em Administração**. Disponível em: <[http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul\\_dez\\_05/06.pdf](http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul_dez_05/06.pdf)> Acesso em: 13 mar. 2013.

CORIOLOANO, Maria Wanderleya de Lavor; LIMA, Luciane Soares de. Grupos Focais com Agentes Comunitários de Saúde: Subsídios para entendimento destes Atores Sociais. **Revista de Enfermagem**. v. 18, n. 1, 2010, p. 92-6.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; SCHOTT, Márcia; AZEREDO, Catarina Machado; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia Eloísa; Dias, Glauce. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Estratégia Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. V.15, n. 3, 2006.

DAB - Departamento de Atenção Básica – Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)> Acesso em: 29 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica – **Histórico da cobertura da Saúde da Família**. Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)> Acesso em: 29 dez. 2013.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho**. In: Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas, 2012.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho: Estudo de Psicopatologia do trabalho**. 5 Ed. ampliada. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. **A avaliação do trabalho submetida à prova do real**. São Paulo: Blucher, 2008.

FRANCO, Túlio Batista. MERHY, Emerson Elias. **Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial**. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. **PSF: Contradições e novos desafios**. 1999. Disponível em: <<http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/artigos-17.pdf>> Acesso em: 18/03/2014.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Caderno Saúde Pública**. V. 25, n. 4, 2009, p. 898-906.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Lorí Viali – Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LOPES, Denise Maria Quatrin. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. Denise Maria Quatrin Lopes; Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2010. 110p.

- MERHY, E.E. **Saúde: Cartografia do Trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreria; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 21<sup>a</sup> Ed. Editora Vozes, Petrópolis, RJ. 2002
- MISODOR. **A Reforma Sanitária: O Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2009. Disponível em: <<http://misodor.com/SUSBRASIL.php>> Acesso em: 30 nov. 2012.
- MORAIS, Natã. Análise da Tarefa. **Ergonomia & Projeto**. UFCG/CCT/UADI. Disponível em: <<http://www.ddi.ufcg.edu.br/portal/ArquivosDownloads/Nata/AnalisedaTarefa.pdf>> Acesso 29/12/2013.
- MORESI, Eduardo. **Metodologia da Pesquisa**. Brasília, DF. 2003. Disponível em: <[http://ftp.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/1370886616.pdf](http://ftp.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1370886616.pdf)> Acesso em: 02 fev. 2014.
- NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; CARDOSO, Paloma Sodré; MORAES, Tatiana Nemoto Piccoli; CENTA, Maria de Lourdes. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciência Saúde Coletiva** [online]. v. 14, n.2, 2009, p. 497-506.
- PINTO, Adriana Avanzi Marques, FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica Enfermagem** [Internet] v. 12, n. 4, 2010, p. 766-9.
- RIOS, Roger Raupp. **Direito à Saúde, Universalidade, Integralidade e Políticas Públicas: Princípios e Requisitos em Demandas Judiciais por Medicamentos**. Disponível em: <[www.cebes.org.br/.../Direito\\_sade\\_universalidade\\_integralidade.doc](http://www.cebes.org.br/.../Direito_sade_universalidade_integralidade.doc)> Acesso em: 29 nov. 2012.
- SANTANA, Aydwlha Moniq Barbosa de; CARNEIRO, Alan Dionizio. **Acessibilidade e direitos dos usuários de saúde da família na visão da equipe Multiprofissional**. Trabalho apresentado no 13º CBCENF, 2009.
- SANTOS, Neri dos. DUTRA, Ana Regina de Aguiar. RIGHI, Carlos Antonio Ramirez. FIALHO, Francisco Antonio Pereira. PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. **Antropotecnologia: A Ergonomia dos Sistemas de Produção**. Curitiba: Genesis, 1997.
- SILVA, João Roberto de Souza; ASSIS, Silvana Maria Blascovi de. Grupo Focal e Análise de Conteúdo como Estratégia Metodológica Clínica-Qualitativa em pesquisas nos Distúrbios do Desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v.10, n.1, 2010, p.146-152.
- OLIVEIRA, Almir Almeida de. Observação e Entrevista em Pesquisa Qualitativa. **Revista FACEVV**, n. 4, 2010, p. 22-27.
- PONTES, Ana Paula Munhen de. CESSO, Rachel Garcia Dantas. OLIVEIRA, Denize Cristina de. GOMES, Antônio Marcos Tosoli. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Revista Enfermagem**, V. 13, n. 3, 2009, p. 500-07.

VELLOSO, Carlos Mário da Silva. **Dos Direitos Sociais na Constituição do Brasil**. 2003. Disponível em: <[http://www.ufrnet.br/~tl/otherauthorsworks/dpr0027/vell\\_oso\\_carlos\\_dos\\_direitos\\_sociais\\_na\\_cf.pdf](http://www.ufrnet.br/~tl/otherauthorsworks/dpr0027/vell_oso_carlos_dos_direitos_sociais_na_cf.pdf)> Acesso em: 13 mar. 2013.

WAGNER, Vanessa; OLIVEIRA, Lisiane Schindler de; POLAK, Roberta; STRUWKA, Solange; GUIMARÃES, Rafael Siqueira de. FUJINAGA, Cristina Ide. **O grupo focal como estratégia de construção coletiva: relato de experiência com Agentes Comunitários de Saúde de Irati/PR**. 18 Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. 22 a 24 de setembro de 2010. Curitiba – PR. Disponível em: <<http://www.sbfa.org.br/portal/anais2010/resumos/3199.pdf>> Acesso em 13 mar. 2013.

WOLECK, Aimoré. **o trabalho, a ocupação e o emprego: uma perspectiva histórica**. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudetrab/trabalho%20ocupa%E7%E3o.pdf>> Acesso em: 29 dez. 2013.

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERFIL SOCIOECONÔMICO, ESTADO MOTIVACIONAL E PLANEJAMENTO PARA O TRABALHO – UMA CARACTERIZAÇÃO DAS UBSFS DE VIÇOSA, MINAS GERAIS<sup>1</sup>**

**THE COMMUNITY HEALTH AGENT: SOCIO-ECONOMIC PROFILE, MOTIVATIONAL STATE AND PLANNING FOR WORK - ONE CHARACTERIZATION OF THE UBSFS OF VIÇOSA, MINAS GERAIS**

Gracilene M<sup>a</sup> Almeida Muniz Braga<sup>2</sup>  
Simone Caldas Tavares Mafra<sup>3</sup>  
Emília Pio da Silva<sup>4</sup>  
Andreia Patrícia Gomes<sup>5</sup>  
Mônica Santos Souza Melo<sup>6</sup>

**1. RESUMO**

Os Agentes Comunitários de Saúde se apresentam como o elo entre a equipe de Saúde, indivíduos, família e comunidades. O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil socioeconômico, motivação e planejamento do trabalho do ACS. Considerando a abordagem quali-quantitativa, utilizou-se para coleta de dados questionário semi-estruturado. Dos 86 questionários enviados às 14 Unidades Básicas de Saúde da Família, 58 questionários foram devolvidos e constituíram a amostra da pesquisa. Para análise dos dados utilizou-se análise do conteúdo e estatística descritiva. Evidenciou-se que 97% dos ACS eram mulheres, com idade entre 26 a 43 anos (69%). Com ensino médio (43%), que sugere bom indicativo para se praticar o planejamento e garantir motivação. Entre os ACS 81% não se sentem motivados para o trabalho, e apenas 2% planejam suas atividades. Conclui-se que o perfil socioeconômico é compatível com o cargo, mas há conflitos e pouco planejamento das tarefas levando a desmotivação do ACS.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde. Planejamento do Trabalho. Estratégia Saúde da Família.

<sup>1</sup> O texto é a parte da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer: 295.361, em 03/06/2013, e contou com o financiamento do CNPq.

<sup>2</sup> Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo e Mestre do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: cilene.assistentesocial@gmail.com

<sup>3</sup> Docente do Departamento de Economia Doméstica e do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: sctmafra@ufv.br

<sup>4</sup> Pós Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: emiliapiosilva@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: andreia.gomes@ufv.br

<sup>6</sup> Docente do Departamento de Letras e do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: monicamelo@ufv.br

## 2. ABSTRACT

The Community Health Agents present themselves as the link between the Healthcare team, individuals, families and communities. The aim of this study was to understand the socioeconomic profile, motivation and planning work of the CHA. Considering the qualitative and quantitative approach, a semi-structured questionnaire was used for data collection. Of the 86 questionnaires sent to the 14 Basic Health Units of the Family, 58 questionnaires were returned and formed the research sample. It was used content analysis and descriptive statistics for data analysis. It was observed that 97% of CHA were women, aged between 26-43 years (69%). With high school education (43%), which suggests a good indicator to practice planning and ensure motivation. Among the ACS, 81% did not feel motivated to work, and only 2% plan their activities. It is concluded that the socioeconomic profile is compatible with the position, but there is conflicts and little planning of tasks, leading to demotivation of the CHA.

**Keywords:** Community Health Agent. Work design. Family Health Strategy.

## 3. INTRODUÇÃO

Os profissionais que atuam na atenção básica à saúde devem ser capazes de planejar as ações necessárias para atender a demanda apresentada, bem como organizar o atendimento, desenvolvendo ações que respondam a essas demandas e às necessidades da comunidade. Tais ações buscam desenvolver instrumentos capazes de identificar as necessidades locais para responder às mesmas, para isso devem ter habilidades para executar as tarefas mais adequadamente (COTTA et al. 2006; BRASIL, 2009).

O fato de residir na comunidade amplia as possibilidades de aproximação com os indivíduos e facilita a caracterização da saúde das famílias usuárias dos serviços de saúde. Assim o ACS se torna na Estratégia Saúde da Família (ESF) o elo entre a equipe Saúde da Família (eSF) e a comunidade (COTTA, 2006; PUPIN E CARDOSO, 2008; SILVA E DALMASO, 2002).

Porém, Lopes (2010) discorda dessa afirmação. Para a autora o ACS não é o elo, é o “escudo” ora da comunidade, ora da eSF, podendo com isso, gerar no trabalhador, muitas vezes sofrimento e desmotivação.

Os ACS são envolvidos no contexto da vida dos usuários e suas famílias, para realizarem ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde junto às mesmas. Entretanto, verifica-se na literatura aspectos limitadores ao trabalho do ACS que levam à insatisfação, podendo se destacar entre estes a falta de capacitação, de reconhecimento profissional e diferença salarial (LINO et al., 2012, p. 2).

Para que o trabalho do ACS possa oferecer resultados positivos ao desenvolvimento da ESF, garantindo à população usuária o acesso aos serviços de saúde preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é importante conhecer o perfil socioeconômico dos ACS sua motivação e conflitos enfrentados durante a execução do planejamento do seu trabalho. Tais conhecimentos podem garantir mais efetividade para as capacitações e ações conjuntas que tenham como perspectiva a especialização das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs). Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi conhecer o perfil socioeconômico, o estado de motivação, e o planejamento do trabalho efetivado pelos ACS nas Unidades Básicas de Saúde da Família, no Município de Viçosa, Minas Gerais devido a importância da força de trabalho destes profissionais para o acesso ao serviço de saúde pela comunidade, de forma especial no referido município.

Para tanto, buscou-se compreender a relevância do ACS como ator social envolvido nos avanços e na reestruturação do modelo de saúde, assim como evidenciar o quanto esta é primordial para promover qualidade de vida da população alvo da ESF.

## **4. REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1. O Agente Comunitário de Saúde e o trabalho na comunidade**

Para se compreender o papel do ACS faz-se necessário discorrer sobre o significado de saúde como garantidor de qualidade de vida para o indivíduo e sua família. Tal compreensão faz-se necessária visto que o ACS nasce da necessidade de se efetivar de forma universal e igualitária o acesso à saúde no âmbito das famílias.

O primeiro conceito teórico-formal de saúde surgiu em 1946 com a Organização Mundial de Saúde (OMS) que reconheceu a saúde como um dos direitos fundamentais da humanidade (ABUJAMRA E BAHIA, 2009).

A Saúde como um direito social é descrito na Constituição Federal de 1988 (CF/88). Segundo Rios (s.d.), tal direito e sua integralidade na CF/88 buscou articular

as ações de baixa, média e alta complexidade, bem como humanizar os serviços e as ações do SUS, sendo este considerado no Brasil, a forma direta das famílias efetivarem o acesso ao serviço de saúde (BRASIL, 1988).

Antes, a saúde era entendida como "o Estado de não-doença", com a lógica na cura dos agravos à saúde. Esta lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova abordagem centrada na prevenção e na promoção da saúde. Com o SUS a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, amamentação, o trabalho, a renda, educação, o meio ambiente, saneamento básico, vigilância sanitária e farmacológica, moradia e lazer (MISODOR, 2009).

O SUS, e conseqüentemente a Estratégia Saúde da Família (ESF), devem atender aos princípios de universalidade, equidade e integralidade que são orientados pela CF/88. O princípio de universalidade garante o acesso aos serviços de saúde a toda a população como um direito de cidadania, portanto, um dever do Estado. O princípio da equidade tem por objetivo, diminuir as diferenças sociais, este princípio não significa igualdade, pois o direito de acessar os serviços é de todos, no entanto, as pessoas não são iguais em suas necessidades, e se há distinção deve-se levar em consideração tais princípios (PONTES, 2009).

O princípio da integralidade atribuiu à população o direito de atendimento de forma plena articulando ações curativas e preventivas apoiando na redução dos riscos e agravos à saúde (PONTES et al., 2009).

Dentro da ESF destaca-se o ACS, profissional responsável pela redução dos riscos de doenças e promoção da saúde juntamente com a eSF, que se responsabiliza por acompanhar um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. Tal planejamento busca estabelecer o contato frequente e monitorar as condições de saúde das famílias atendidas. Esse monitoramento é feito por meio de visitas domiciliares realizadas pelos ACS que devem estar acompanhados e orientados por um enfermeiro supervisor (LOPES, 2010).

As visitas domiciliares são realizadas objetivando garantir o processo da educação em saúde e o diagnóstico das doenças na comunidade. Tais visitas são consideradas pela literatura, como atividades mais importantes no processo de trabalho do ACS (BRASIL, 2009). No entanto a compulsoriedade das visitas domiciliares

geram problemas para a ESF considerando que essas visitas deveriam ocorrer planejadamente apenas quando houvesse indício de necessidade ou fosse solicitada pelo usuário, podendo ser vista pelo mesmo como uma intromissão do Estado e invasão de privacidade e liberdade (FRANCO e MERHY, 1999).

Além das visitas domiciliares, existem atribuições do trabalho do ACS que consistem em: pesar e medir as crianças menores de dois anos e realizar o registro no Cartão da Criança e incentivar o aleitamento materno; acompanhar as vacinações de crianças e gestantes; orientar as famílias quanto ao uso de soro oral em crianças, como forma de prevenir a diarreia e desidratação (BRASIL, 2001).

O ACS deve ainda, encaminhar as gestantes ao pré-natal; orientar sobre métodos de planejamento familiar; prevenção da Aids; orientar sobre a prevenção e cuidados de endemias; monitorar parasitoses e dermatoses em crianças; realizar ações educativas sobre o câncer de mama e colo cérvico-uterino; climatério; saúde bucal com foco nas crianças; supervisionar pacientes em tratamento domiciliar, com ênfase nos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, bem como outras doenças crônicas; desenvolver atividades de promoção e prevenção da saúde do idoso e orientar as famílias com pessoas com deficiência psico-física para o apoio no domicílio (BRASIL, 2001).

As atividades, que compõe o trabalho do ACS na comunidade, são essenciais para o bom funcionamento das UBSFs e do trabalho das eSF, deste modo, faz-se necessário que estas atividades sejam planejadas. Nesse sentido o planejamento do trabalho do ACS passa a ser a principal atividade do cotidiano das UBSFs. Ou seja, as UBSFs precisam compreender que planejar é um exercício contínuo na garantia da efetividade do trabalho do ACS e conseqüentemente do acesso ao serviço de saúde por parte das famílias.

#### **4.2 A importância do planejamento para a efetivação do trabalho do ACS**

Na ESF, o planejamento do trabalho para a equipe das UBSFs deve ser pautado na identificação das reais necessidades das famílias cadastradas nas Unidades e envolvendo-as no planejamento, execução e avaliação das atividades realizadas, principalmente nas de cunho educativo (BRASIL, 2009).

O conceito de planejamento dentro da realidade das UBSFs é preparar, organizar o que será feito e avaliar a execução das atividades propostas (BRASIL, 2009).

Nesta perspectiva, Pinto e Fracolli (2010), colocam que o planejamento deve ocorrer em equipe e pela equipe, assim como as reflexões e as avaliações. Para os autores, esse deve ser o momento de diálogo que se constrói entre os envolvidos, e o planejamento proposto que pode ser tanto o centralizado quanto o participativo (BRASIL, 2009). O primeiro tipo não garante a participação social nem reflete as reais necessidades da comunidade. Já no participativo *garante-se a participação da população junto à eSF discutindo seus problemas e encontrando soluções* (BRASIL, 2009, p. 62). Acredita-se que este deve ser o mais utilizado nas UBSFs e suas equipes.

De modo geral, o planejamento é um instrumento de gestão que visa fomentar o desenvolvimento institucional, pretendendo promover a qualidade e efetividade para o trabalho desenvolvido (BRASIL, 2009). Por isso constitui uma ferramenta importante para o ACS.

O estudo realizado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) ressalta esta perspectiva quando menciona que, os principais obstáculos enfrentados pelos recém-formados, ao ingressarem no SUS são de forma geral: a inexistência de planejamento ou planejamento ineficaz. Isto se configura por falta de cooperação e intercâmbio de conhecimento e experiência entre as equipes; reuniões improdutivas e de baixa resolubilidade (COTTA, 2006, p. 16).

De acordo com Campos et al. (2010), a ação de planejar é inerente ao ser humano, o planejamento deve ser um processo permanente nas equipes, principalmente de saúde, *direcionando ações, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e buscando-se sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar* (CAMPOS et al., 2010, p. 19).

Dessa forma, planejar é segundo Campos et al. (2010), pensar antes de agir, pois uma ação pensada, diferentemente do improvisado, permite alcançar os resultados positivos e estes se tornam permanentes na realidade vivenciada pelo trabalhador, levando os mesmos a vivenciarem de forma mais efetiva a motivação para o trabalho.

### 4.3 Motivação no Trabalho

A motivação humana tem se tornado um dos principais desafios para a gestão dentro de uma abordagem moderna nas organizações. Antigamente, a motivação era um instrumento exclusivo da área de recursos humanos, na atualidade, é uma estratégia das empresas públicas ou privadas para garantir o alcance de seus objetivos (SILVA, et al., 2011).

A motivação é o movimento que provoca nos indivíduos um ânimo novo, agindo em busca de novos objetivos e conquistas e pode ser definida como o conjunto de fatores que determinam a conduta de uma pessoa (NAKAMURA et al., 2005). Os fatores da motivação foram divididos por Herzemberg (1959) em dois grupos conhecido como Teoria de Herzemberg: higiênicos e motivacionais. Os fatores higiênicos são aqueles extrínsecos ao indivíduo como “salário, benefícios recebidos, segurança no cargo, relações interpessoais no trabalho” (NAKAMURA et al., 2005, p. 21).

Para Nakamura e colaboradores (2005) a insuficiência dos fatores higiênicos causa insatisfação, mas a motivação não deriva destes fatores e sim dos fatores motivacionais ou intrínsecos ao profissional, *representados por reconhecimento, status, responsabilidade, oportunidade, [...] A ausência desses fatores, contudo não ocasiona insatisfação* (NAKAMURA et al., 2005, p. 21). Portanto faz-se necessário nos estudos sobre motivação conhecer os aspectos motivacionais para permitir reconhecê-los no ambiente de trabalho e de forma especial junto ao trabalhador.

Trabalhadores desmotivados podem tornar-se um problema para a organização, pois o rendimento cai e suas tarefas não são executadas corretamente. A motivação da equipe é fator decisivo para a melhoria do relacionamento entre as pessoas, refletindo efeitos positivos na execução das atividades (SILVA et al., 2011).

Cinco fatores ganham destaque e concorrem para promover a motivação no trabalho, dentre elas: habilidades pessoais para o desempenho do cargo; o resultado final da atividade que possibilita reconhecer o resultado como um produto pessoal; o impacto que o produto final exerce nos outros indivíduos; a liberdade em desenvolver as tarefas, programações e procedimento no trabalho e por fim o trabalhador receber a avaliação da eficácia do desenvolvimento de sua atividade (NAKAMURA et al., 2005, p. 22).

Desta forma a motivação pode ser acionada por fatores internos e externos. A motivação é uma necessidade interna do indivíduo podendo ser reconhecida pelos

fatores intrínsecos e extrínsecos contribuindo assim para uma maior qualidade de vida no trabalho. Fatores intrínsecos são motivados pela *energia interior* relacionados ao reconhecimento, status, desafios e oportunidades, os fatores extrínsecos *são os benefícios, salários e relações interpessoais no trabalho* (NAKAMURA et al., 2005, p. 21).

A motivação é o desejo inconsciente de obter algo. São impulsos efetivados na perspectiva de satisfazer suas necessidades, direcionando para o crescimento pessoal ou organizacional. Sendo assim, os profissionais de saúde necessitam que seu cotidiano se revele mais motivador e que possam lhes garantir o devido reconhecimento por meio de competências para que o trabalho seja de fato de qualidade e atinja seu objetivo (BATISTA et al., 2005).

Desta forma, o grau de motivação do indivíduo pode influenciar na harmonia do ambiente de trabalho e também nos resultados finais de suas atividades laborais. Por isso, este estudo buscou investigar os fatores que levaram os ACS a motivarem-se no trabalho e aqueles fatores que favoreceram à desmotivação dos mesmos.

## **5. METODOLOGIA**

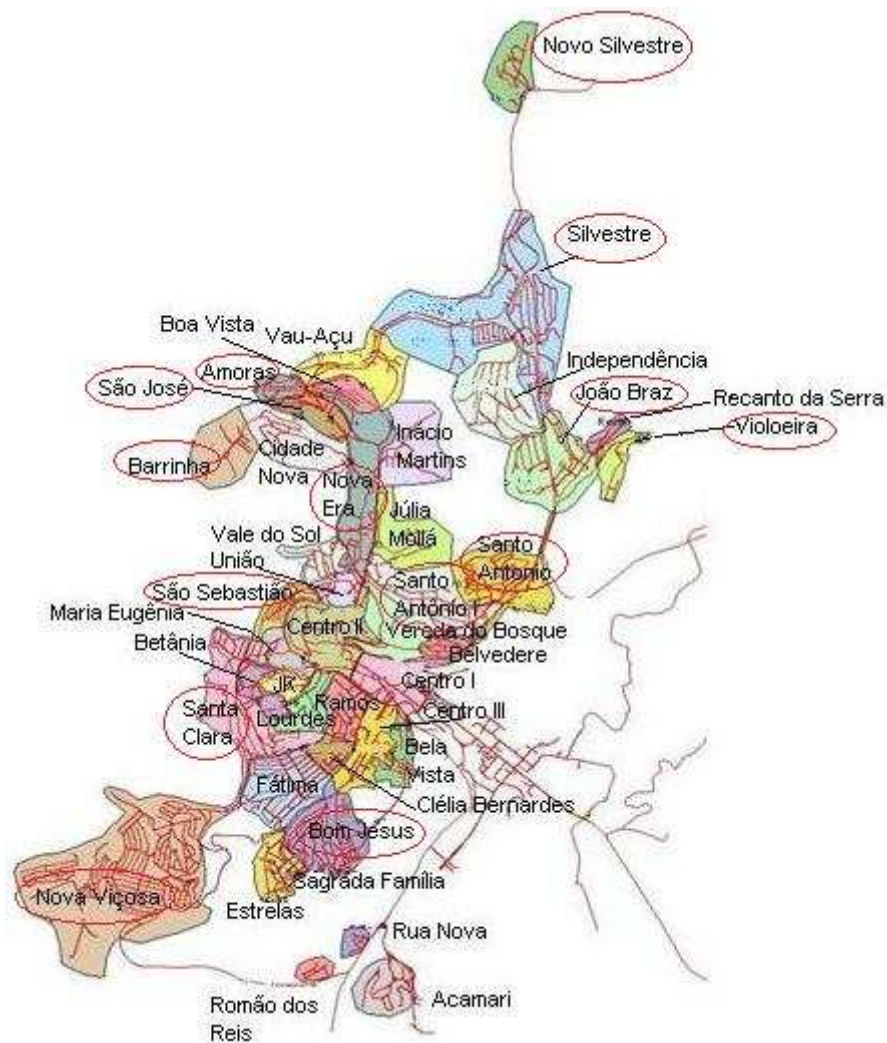
### **5.1 Caracterização da Pesquisa**

A pesquisa tratou-se de um estudo de natureza quali-quantitativo com abordagem descritiva, tendo como estratégia o Estudo de Caso. Neste se analisou o perfil socioeconômico, motivação para o trabalho e o planejamento do trabalho dos ACS em 15 Unidades Básicas de Saúde da Família em Viçosa, MG.

### **5.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado nas UBSFs, localizadas na cidade de Viçosa, Zona da Mata Mineira. O município de Viçosa recebeu primeiramente o nome de Santa Rita do Turvo, depois passou a chamar-se Viçosa de Santa Rita em 1876. E em 1911 passou a chamar-se apenas Viçosa (IBGE, 2010).

A população do município é de 73.333 habitantes (DAB, 2013). O município possui 14 UBSFs, sendo 13 em área urbana conforme indicado pela Figura 1.



**Figura 1** – Localização das 13 UBSFs nos bairros em área urbana de Viçosa, MG.  
 Fonte: <http://vicosaminas.blogspot.com.br/2011/10/mapa-bairros-vicos.html>

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, o município dispõe de uma Policlínica; um Centro de Saúde Bucal, um Centro Especializado Odontológico (CEO), uma Unidade de atendimento especializado, 14 UBSFs e dois hospitais que realizam atendimento pelo SUS.

As duas primeiras equipes Saúde da Família (eSF) iniciaram suas atividades em fevereiro de 1999. Nesse ano Viçosa tinha uma população de 59.024 habitantes. O número total de ACS no ano de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) era de 10 ACS para as duas eSF, a estimativa de cobertura da população na época era de 5.750 habitantes, proporção de cobertura de 9,74%. No ano de 2000 já havia três eSF e 30 ACS no município. O quadro manteve-se praticamente inalterado até 2006 quando o

município passou a contar com nove eSF e 67 ACS, neste ano a estimativa de cobertura da população pelos ACS era de 38.525 habitantes (DAB, 2013).

Já no ano de 2007 o município tinha 77 ACS e proporção de população coberta pelos ACS passou para 60,55% da população e 13 eSF. Até o ano de 2009 o número de ACS e de eSF praticamente não sofreu alteração. Em 2010, decresceu o número de ACS para 73 ACS em atividade. Em 2011, o número de ACS era de 85 ACS e 15 eSF e proporção de cobertura dos ACS era de 65,90% da população. Em 2012, o município contava com 94 ACS cobrindo uma proporção de 74,84% da população e mantendo-se as 15 eSF. Em fevereiro de 2013 eram 97 ACS e o mesmo número de eSF (DAB, 2013).

Em julho de 2013, quando se iniciou o estudo houve algumas alterações no número de ACS que passou a ser de 86 em atividade apesar de constar no sistema do DAB (2013) 96 ACS cadastrados. Esse fato foi explicado pela Secretaria Municipal de Saúde pelas licenças e pedidos de demissões, bem como das 14 UBSFs apenas 13 estavam em pleno funcionamento com equipe completa. Estas UBSFs estão localizadas nos bairros: Santa Clara, Nova Viçosa/Posses, Bom Jesus; Amoras, Nova Era, Barrinha, Santo Antônio I, Santo Antônio II, São Sebastião, São José do Triunfo, Cachoeirinha, Silvestre, Novo Silvestre e João Bras/Violeira.

Considerando tal realidade o estudo ocorreu nas 14 UBSFs de Viçosa, MG, sejam estas possuidoras de equipe completa ou não.

### **5.3 Caracterização da População e Amostra**

Este estudo foi realizado em 14 UBSFs de Viçosa, MG. Estas UBSFs possuíam 86 ACS que formaram a população deste estudo. Considerando esta população, foi encaminhado às UBSFs 86 questionários, destes apenas 58 foram devolvidos, constituindo assim a amostra da pesquisa.

Trabalhou-se com as 14 UBSFs, pois mesmo que apenas 13 UBSFs tivessem com a equipe completa, em todas as 14 UBSFs continham o ACS, público alvo deste estudo. A participação na pesquisa era voluntária e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dos 58 ACS respondentes, 56 são do sexo feminino, e de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde uma pequena parcela trabalhava nas eSF há menos de um ano. A maioria pertencia à equipe há mais de dois anos. Em algumas eSF haviam ACS que estavam nas Unidades desde a sua implantação. A forma de admissão destes ACS foi por meio de concurso público, contrato junto à Prefeitura do Município, e ganhavam em média um salário mínimo.

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer: 295.361, em 03/06/2013, e contou com o financiamento do CNPq.

#### **5.4 Instrumentos de coleta de dados**

Por se tratar de um estudo descritivo de abordagem quali-quantitativa como coloca Santos (s.d.) e Chagas (s.d.) utilizou-se para a coleta de dados um questionário com questões abertas e fechadas buscando focar as variáveis presentes nos objetivos do estudo (perfil socioeconômico, planejamento e motivação para o trabalho).

Existem vantagens e desvantagens para o uso deste tipo de questionário. A desvantagem das questões abertas é a possibilidade de interpretação subjetiva das respostas e de parcialidade do pesquisador. Quando o questionário é autopreenchido o pesquisador pode perceber dificuldades de redação, ou o receio do pesquisado de se expor sobre determinado assunto levando a uma redução dos parâmetros de análise para o pesquisador. No entanto, tal estratégia facilita a compilação dos dados. Através das resposta fechadas o respondente pode evitar expor sua opinião, mas reduz a capacidade analítica do pesquisador (CHAGAS, s.d., p. 7).

As variáveis analíticas que compuseram o questionário foram: Perfil Socioeconômico do ACS (idade, sexo, escolaridade, composição familiar e principal renda); Tempo de função como ACS; Capacitação para o exercício da função; Atividades desenvolvidas no cotidiano profissional; Planejamento das tarefas; Fatores que interferem no desempenho da função; Instrumentos disponíveis para a organização e desenvolvimento do trabalho; Fatores de motivação para o exercício do trabalho; Estratégias desenvolvidas pelos ACS para o planejamento do trabalho; Percepção do ACS em relação a aceitação e reconhecimento do seu trabalho pelas famílias; Pontos positivos e negativos da atividade laboral; Elo entre equipe de saúde, indivíduo, família e comunidade; Percepção do ACS em relação ao acesso das famílias aos serviços de Saúde ofertados pela UBSF; Influencia do trabalho na vida pessoal.

## 5.5 Instrumentos de análise de dados

Em função da natureza quali-quantitativa do estudo, dois métodos de análise de dados foram utilizados: análise de conteúdo e estatística descritiva. O primeiro utilizado para a análise das opiniões expressas pelos ACS nas questões abertas (discursivas) cujas palavras, frases ou expressões foram categorizadas por aproximação das respostas. O segundo serviu para análise das questões objetivas (fechadas) ou de curta resposta.

De acordo com Bardin (1991) a análise de conteúdo é uma técnica investigativa que tem por finalidade a manifestação da comunicação por meio da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo. A análise qualitativa é um procedimento que se caracteriza por ter como foco a fidelidade ao universo de vida cotidiano dos sujeitos, visando atrair os “diferentes significados de uma experiência vivida, auxiliando a compreensão do indivíduo no seu contexto” (ALVES e SILVA, 1992, p. 61).

Por isso Alves e Silva (1992) ressaltam que a análise qualitativa se caracteriza por:

*[...] buscar uma apreensão de significados na fala dos sujeitos, interligada ao contexto em que eles se inserem e delimitada pela abordagem conceitual (teoria) do pesquisador, trazendo à tona, na redação, uma sistematização baseada na qualidade, mesmo porque um trabalho desta natureza não tem a pretensão de atingir o limiar da representatividade (ALVES e SILVA, 1992, p. 65) (grifo nosso).*

A análise de conteúdo refere-se a uma decomposição do discurso e identificação de unidades de análise ou grupos que caracterizam fenômenos, a partir da construção de significados seja possível interpretar a realidade do grupo estudado (SILVA et al., 2005).

Dentro desta perspectiva se buscou uma apreensão de significados na fala dos sujeitos, utilizou-se do método de análise do conteúdo, para codificar e organizar as respostas advindas do questionário.

Utilizando-se do instrumento apresentado, qual seja o questionário, foi possível conhecer o perfil socioeconômico (sexo, idade, escolaridade e renda) do ACS, bem como o estado de motivação e planejamento do trabalho nas UBSFs de Viçosa. E os dados conseguidos estão apresentados e discutidos na Tabela 1.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os ACS eram em sua maioria do sexo feminino (97%) e estavam na faixa etária entre 26 a 43 anos. Verificou-se que a escolaridade supera a exigência para o cargo de ACS que, é ensino fundamental, como colocado em Brasil (2009). No estudo evidenciou-se que 43% dos ACS possuíam ensino médio completo. A maioria (45%) dos participantes eram provedores da família (Tabela 1).

**Tabela 1** – Perfil socioeconômico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	2	3
Feminino	56	97
		100
<b>Idade</b>		
20 a 25	3	5
26 a 31	18	31
32 a 37	12	21
38 a 43	10	17
44 a 49	1	2
50 a 56	2	3
Não informou	12	21
		100
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Médio Incompleto	3	5
Ensino Médio Completo	25	44
Técnico em Enfermagem	12	21
Outro curso Técnico	3	5
Superior Incompleto ou em curso	9	15
Superior Completo	6	10
		100
<b>Principal Renda</b>		
Renda exclusiva do ACS	26	45
Renda do marido	11	19
Renda do ACS e outros	16	27
Não informou	5	9
		100

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à escolaridade, estudos semelhantes, como o de Cotta (2006), realizado no município de Teixeiras, MG, distante de Viçosa em 20,9 km, evidenciou que a faixa etária estava entre 20 a 57 anos, com predomínio de ACS do sexo feminino (57%) e 56% dos ACS possuíam o ensino médio completo. Tal semelhança pode estar relacionada com a proximidade das duas cidades e características semelhantes no que diz respeito à composição da população local de ambos municípios.

Quanto a motivação, a maioria dos ACS (81%) não se sentiam motivados para o trabalho. Dentre as citações de motivação, a maior parte das respostas indicavam o dever profissional como sendo o principal fator motivacional para a realização das tarefas (Tabela 2).

**Tabela 2** – Frequência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) motivados para o trabalho, vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>ACS (n = 58)</b>	<b>%</b>
<b>Motivação</b>		
Motivados	11	19
Não Motivados	47	81
		100
<b>Fatores de motivação para realização das tarefas</b>		
Dever Profissional	28	48
Improviso	6	10
Envolvimento Pessoal	5	9
Sentimento de Caridade	4	7
Satisfação do usuário	15	26
		100

Fonte: Dados da pesquisa

Se a motivação é derivada de um conjunto de forças internas e impulsos que orientam o comportamento das pessoas para atingirem determinado objetivo, deve-se portanto, conhecer quais são estes objetivos para assim, motivar-se. A falta de clareza das atribuições e tarefas entre os ACS pode estar relacionado com a falta de treinamento pois 62% desses não receberam nenhum tipo de treinamento para o exercício profissional (Tabela 3).

**Tabela 3** – Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que receberam treinamento pela Secretaria Municipal de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
<b>Treinamento</b>		
Recebeu treinamento para exercer a função	18	31
Não recebeu treinamento para exercer a função	36	62
Não informou	4	7
		100

Fonte: Dados da pesquisa

Mesmo com as dificuldades para exercer o trabalho como ACS, 77% deles acreditavam que as famílias acessam o direito à saúde pelos serviços prestados pelas 14 UBSFs de Viçosa.

Em relação a interferência do trabalho na vida privada, 67% dos ACS afirmaram que os usuários da UBSFs procuram por informações sobre atendimento, consulta ou exames nos fins de semana seja em suas residências ou mesmo quando estão na igreja, festas, padarias ou supermercado. Os ACS demonstraram desconforto com esta situação, apenas 24% dos ACS disseram não sofrer esse tipo de influência em sua vida pessoal, pois mantém uma relação apenas profissional com os usuários (Tabela 4).

**Tabela 4** – Interferência do trabalho na vida pessoal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
Interferencia do Trabalho na vida privada	39	67
Vida privada não recebe influência do trabalho	14	24
Não respondeu	5	9
		100

Fonte: Dados da pesquisa

A precarização do trabalho exemplificada neste estudo como, falta de treinamento e condições técnicas para o trabalho, foi observada em outros estudos como de Souza e Freitas (2011). Os autores identificaram que, o descontentamento dos profissionais entrevistados frente as suas condições de trabalho, estava relacionado às pressões sofridas no dia a dia, falta de privacidade na vida pessoal, cobrança da comunidade por atendimento imediato e envolvimento pessoal com as famílias o que aumentaria o risco de sofrimento e desmotivação. Tais aspectos podem ser associados a

condições técnicas para o desenvolvimento do trabalho, por isso ressalta-se a semelhança de resultados com estudos anteriormente desenvolvidos.

A influência da falta de condições de trabalho do ACS reflete uma preocupação que o mesmos têm de ofertar um serviço de melhor qualidade às famílias cadastradas bem como uma preocupação com a precariedade das condições de trabalho que influenciam negativamente no atendimento às famílias e na realização das tarefas diárias bem como descrevem também que há muitas falhas na comunicação e no relacionamento na eSF as quais também contribuem para o não cumprimento das tarefas diárias, conforme pode-se observar na Tabela 5.

**Tabela 5** – Conflitos enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para planejar e realizar as tarefas diárias, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
<b>Conflitos</b>		
Insatisfação com as condições de trabalho e infraestrutura	14	24
Rotatividade das equipes	5	9
Falha na comunicação	10	17
Falta de atividades em grupo	9	15
Não há regularidade nas reuniões	5	9
Não respondeu	15	26
		100

Fonte: Dados da pesquisa

A relação estabelecida entre as más condições de trabalho e à insatisfação do usuário em relação à assistência de saúde também pode ser observada nos estudos de Souza e Freitas (2011, p.105), onde *o profissional entende que, em sua realidade, melhores condições de trabalho significariam melhor assistência de saúde à população.* Tal fato demonstra que as condições de trabalho do ACS tem demandado maior atenção por parte dos coordenadores, e a falta de planejamento tem contribuído para a insatisfação dos profissionais e desmotivação dos mesmos para a realização das tarefas diárias.

De acordo com Ferreira et al. (2009, p. 902) há nas equipes de saúde da família *jogos de disputas* que é a expressão dos micropoderes presentes nas relações de trabalho. Pode-se observar então que o planejamento do trabalho perpassa pela hierarquização do saber que se coloca entre os ACS, presente nas relações inter-equipe.

Nas UBSFs estudadas evidenciou-se que a hierarquização do saber e a troca dos mesmos fica aquém do esperado para o trabalho em equipe, pois, em 17% dos casos há falha na comunicação, em 15% falta a experiência do trabalho em equipe e 9% dos participantes informaram não haver regularidade das reuniões (Tabela 5).

Segundo Ferreira e colaboradores (2009), tais aspectos que se fazem presentes na “divisão social, que fragmenta, aliena, subordina a produção do trabalhador manual ao do trabalhador intelectual restringindo a sua participação nos processos decisórios”, torna o trabalho alienante por isso, pouco percebido para se oferecer relação de prazer com o trabalho ao trabalhador.

Resta questionar-se como são tratados os relatórios encaminhados ao DAB, pois além de dados quantitativos sobre os números de famílias visitadas mensalmente, as eSF devem informar na ficha de atividade coletiva sobre as reuniões realizadas. Nesta ficha (ver figura 2), o responsável pela UBSF deve responder se a reunião é com a equipe, se é com outras eSF ou se a reunião é intersetorial, por exemplo com o Conselho Local de Saúde. Assim, é possível contestar a fidelidade dos dados informados ao DAB, considerando que 15% dos ACS afirmaram no estudo que não aconteciam atividades em grupo e 9% dos entrevistados afirmaram que não havia regularidade nas reuniões.

Se as eSF utilizassem a Ficha de Atividade Coletiva, teriam um ótimo instrumento de planejamento das eSF. Seria também o momento de se melhorar a comunicação das equipes, identificar problemas para busca de solução e ainda, se os dados lançados refletissem a realidade das UBSFs os resultados encontrados neste estudo se apresentariam provavelmente de forma diferente. Assim, pode-se compreender que se as eSF utilizam esta ficha sem dar o valor necessário e nem reconhecem esse instrumento como aliado ao planejamento e realização das tarefas no dia a dia das UBSFs, pode estar existindo uma visão diferenciada da realidade vivenciada pelos ACS nas UBSF avaliadas neste estudo.

Legenda:  Opção de Múltipla Escolha     Opção de Única Escolha    (Marcar X na opção desejada)

ATIVIDADE (Opção Única)		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)									
<input type="radio"/> 01	Reunião de Equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões Administrativas / Funcionamento								
<input type="radio"/> 02	Reunião com outras Equipes de Saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processos de Trabalho								
<input type="radio"/> 03	Reunião Intersectorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ATIVIDADE (Opção Única)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/> 04</td> <td>Atividade Coletiva</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 05</td> <td>Atendimento em Grupo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 06</td> <td>Avaliação / Procedimento Coletivo</td> </tr> </tbody> </table>		ATIVIDADE (Opção Única)		<input type="radio"/> 04	Atividade Coletiva	<input type="radio"/> 05	Atendimento em Grupo	<input type="radio"/> 06	Avaliação / Procedimento Coletivo	<input type="checkbox"/> 04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
		ATIVIDADE (Opção Única)									
		<input type="radio"/> 04	Atividade Coletiva								
		<input type="radio"/> 05	Atendimento em Grupo								
<input type="radio"/> 06	Avaliação / Procedimento Coletivo										
<input type="checkbox"/> 05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular										
<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente										
<input type="checkbox"/> 07	Outros										

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)			
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Alimentação Saudável	<input type="checkbox"/> 18	Semana Saúde na Escola
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flúor	<input type="checkbox"/> 19	Agravos Negligenciados
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Acuidade Visual	<input type="checkbox"/> 20	Antropometria
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> 21	Outros

**Figura 2** – Modelo da Ficha de Atividade Coletiva, disponibilizadas para as UBSFs.  
Fonte: DAB, 2014.

O estudo identificou que no planejamento do trabalho, os ACS realizavam mais atividades burocráticas (65%) do que técnicas (33%), ou seja, aquelas esperadas para a sua função, evidenciando o fato como desmotivador para o trabalho (Tabela 6).

**Tabela 6** – Percepção do planejamento do trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Atenção à Saúde, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
<b>Tipo de Atividade</b>		
Atividades Técnicas	19	33
Atividades Burocráticas	38	65
Não respondeu	1	2
		100

Fonte: Dados da pesquisa

Com esse resultado, questiona-se a atenção prestada pelo ACS a cada família. Pois os ACS devem realizar pelo menos uma visita domiciliar a cada família de sua comunidade e entre outras atribuições identificar casos de risco à saúde e encaminhar aos setores responsáveis (BRASIL, 2001). No entanto, o tempo destinado a estas atividades estava subdimensionado quando se observa que em 65% deste tempo estava sendo ocupado com atividades burocráticas<sup>1</sup>, a visita domiciliar, por exemplo, é vista como uma atividade técnica. Este fato pode ter relação com a precarização do trabalho dos profissionais em saúde, visto que por falta de pessoal administrativo, os ACS precisam revezar na recepção, como pode ser observado na tabela 7, onde 46% dos entrevistados afirmam que trabalham na recepção e na farmácia da UBSF alguns dias da semana para suprir a falta do profissional administrativo. Esta é uma contradição, pois o lugar que o ACS deve ocupar não é realizando atividades burocráticas e em desvio de função, mas sim realizando visitas domiciliares, busca ativa, atividades educativas entre outras atividades.

Quanto às tarefas realizadas no dia a dia, como planejamento do seu trabalho os ACS identificaram mais de uma tarefa da lista apresentada quando da aplicação do questionário. Percebe-se que na maior parte das vezes os ACS organizavam seu trabalho para: visita domiciliar (87%); orientações sobre saúde (59%); atendimento na recepção e farmácia (46%); agendamentos (41%). Os ACS tiveram a liberdade de elencar quantas tarefas quisessem por isso, o número de tarefas excede o número de ACS (Tabela 7).

<sup>1</sup>Para o estudo, atividades burocráticas são aquelas caracterizadas pelo excesso de procedimentos que uma pessoa deve tomar para obter algo, no caso dos ACS são consideradas atividades burocráticas (preenchimento de diferentes formulários, fichas e cartões; e comprovação do cumprimento de metas quantitativas).

**Tabela 7** – Tarefas cotidianas descritas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>ACS (n = 58)</b>	<b>%</b>
<b>Tarefas</b>	<b>Nº de citações</b>	
Visita domiciliar	51	87
Orientações sobre saúde	34	59
Notificação	1	2
Faxina	8	13
Atender na Recepção e Farmácia	27	46
Cobrir outra área	3	5
Entrega de receitas e/ou medicamentos	12	21
Acompanhamento de Vulnerável	8	14
Cadastrros e Fichas	8	14
Agendamentos	24	41
Registro de informação no Cartão de vacina/hiperdia	15	26
Pesagem	7	12
Busca ativa	4	7
Auxiliar a enfermeira	4	7
Não informou	2	3
<b>Total de Citações:</b>	<b>208</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

Acredita-se que o planejamento pode contribuir para a eficácia do trabalho dos ACS e conseqüentemente para um estado de prazer e motivação para com o trabalho que está sob sua responsabilidade.

Porém, o que se pode notar, é que algumas atribuições que lhe são apresentadas pela eSF ou pela coordenação não eram atribuições ou tarefas dos ACS, como limpeza da UBSF relatados por 13% dos ACS como uma atividade recorrente em sua rotina (Tabela 7).

Os ACS também descreveram, os motivos para o baixo rendimento na realização do trabalho na UBSF, destacando-se a “falta de recursos” (24%), “falta de privacidade na vida pessoal” (69%) e “falta de treinamento” (29%) como fatores de desmotivação para o planejamento do trabalho. Tais fatos evidenciam que muitas vezes a desmotivação não inicia no trabalhador mas no ambiente e na organização do trabalho. Por isso, os planejadores do trabalho precisam ao planejar o mesmo, envolver os

responsáveis pela sua execução para que estes apontem os problemas, mas ajudem também nas ações para resolvê-los no âmbito do trabalho.

Outro aspecto a se destacar é a falta de privacidade na vida pessoal dos ACS. Esta variável é colocada como corriqueira e se revela como motivo da desmotivação para os ACS quando os mesmo avaliam seu trabalho. A maioria (69%) dos participantes avaliaram que a falta de privacidade é um dos fatores de desmotivação para o trabalho (Tabela 8).

**Tabela 8** – Motivos para o baixo rendimento e desmotivação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>ACS (n = 58)</b>	<b>%</b>
<b>Motivos</b>	<b>Nº de citação</b>	
Falta de recursos	14	24
Falta de privacidade na vida pessoal	40	69
Falta de solução do problema do usuário	7	12
Falta de comunicação	2	3
Falta de colaboração da eSF	5	9
Número insuficiente de vaga para consultas e exames	6	10
Reclamação dos usuários	1	2
Falta de incentivo da eSF	5	9
Falta de confiança na equipe	1	2
Falta de educação da eSF e dos usuários para com os ACS	2	3
Falta de treinamento	17	29
<b>Total de Citações:</b>	<b>100</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com Souza e Freitas (2011), a desmotivação profissional é um fator de risco que leva ao baixo rendimento, ao desânimo, à solidão no trabalho. A Tabela 8 exemplifica tais aspectos colocados pelo autor quando se evidenciaram as variáveis *falta de solução do problema do usuário; número insuficientes de vagas para consultas e exames* que geram a sensação de impotência diante do problema; *falta de colaboração das eSF; falta de incentivo das eSF; falta de treinamento* pois os ACS sentem-se sós e despreparados para conduzir a rotina do trabalho.

Em relação ao planejamento, pode-se destacar que 55% dos ACS definiram o planejamento de seu trabalho pela visita domiciliar. Porém, 31% dos ACS ressaltaram

que não há planejamento das tarefas no âmbito da equipe nas UBSFs, o que é destacado na Tabela 9.

**Tabela 9** – Definição do planejamento das tarefas do ACS, vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
<b>Planejamento das tarefas</b>		
O planejamento é definido pela visita domiciliar	32	55
Não há planejamento das tarefas	18	31
As tarefas são definidas pela coordenação da UBSF	7	12
O planejamento ocorre em equipe	1	2
		100

Fonte: Dados da pesquisa

A visita domiciliar é considerada pelo Ministério da Saúde como a principal atividade do ACS. Porém, vale destacar que planejar as atividades e ações a partir da visita domiciliar, não caracteriza planejamento, pois planejar é um exercício contínuo e esta atividade deve ser organizada a fim de alcançar o objetivo proposto para a mesma que é conhecer o estado de saúde das famílias. Por isso, a eSF deve preparar a visita domiciliar, trabalhando conceitos de saúde e capacitando o ACS a identificar os problemas. Porém, o estudo identificou que isto não ocorre nas eSF (BRASIL, 2009; 2001).

De acordo com a Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, uma das atribuições do ACS é:

*VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe* (BRASIL, 2011) (grifo nosso).

Dessa forma, os resultados do estudo estão em desacordo com a norma prescrita pela Portaria n. 2.488/2011, pois 12% das tarefas eram definidas pela coordenação, sem haver planejamento em equipe e 55% do planejamento era definido pela visita

domiciliar. Isto evidencia uma baixa proatividade das equipes quanto a presença de doença e na perspectiva da promoção da saúde.

A efetividade do trabalho do ACS era restrita às dificuldades encontradas no cotidiano, como falta de vaga para consultas e exames; falta de participação da população e mesmo dos agentes comunitários de saúde nas decisões da ESF; a falta de cooperação falta de planejamento, de reuniões e capacitações; a falta de privacidade na vida pessoal no que se refere aos ACS. As dificuldades relatadas são apontadas como motivo de desmotivação entre estes profissionais.

Os resultados obtidos neste estudo referendam que o planejamento do trabalho dos ACS está “mal” desenhado, os ACS estavam desmotivados e a falta de capacitação dos profissionais contribui diretamente para o mau exercício da função. O planejamento do trabalho dos ACS é ineficaz, e com isso, torna ineficiente também a ESF que é uma política pública de prestação de serviços coletivos. Tal influência faz com que se ofereçam serviços de saúde à comunidade de forma limitada, não sendo possível atender a toda sua demanda.

## **7. CONCLUSÃO**

O estudo constatou que no município de Viçosa, Minas Gerais, os ACS que atuavam nas UBSFs eram em sua maioria mulheres, com escolaridade superior a exigida pelo Ministério da Saúde para exercer a função de ACS. Porém, este fato não valida o preparo técnico dos mesmos para atuar na função e promover a prevenção de doença e educação em saúde.

Os ACS eram os principais provedores de suas famílias. Quanto à motivação para o trabalho, predominou a insatisfação e desmotivação dos ACS. Tal circunstância foi explicada pela falta de capacitação e cooperação entre os colegas de trabalho, excesso de tarefas e até mesmo pela a realização de atividades que não eram de sua competência.

A precarização técnica, gerada pela falta de capacitação, foi determinante para a ausência do planejamento do trabalho no âmbito das eSF e das UBSFs. O trabalho não era planejado para atender o indivíduo (usuários das UBSFs) e tão pouco para as exigências do trabalho.

Quanto ao instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo, percebeu-se que o questionário autopreenchido possibilitou reconhecer certas fragilidades da metodologia nas questões abertas, pois em algumas perguntas os ACS responderam de forma muito ampla dificultando em parte a tabulação dos dados e outros ACS só responderam as questões fechadas.

O trabalho de campo foi satisfatório, pois se obteve retorno de 67% dos questionários enviados. Assim, o estudo contribuiu para se conhecer a realidade e dificuldades enfrentadas pelos ACS de Viçosa.

Para futuros estudos, recomenda-se associar ao questionário o método do Grupo Focal, que poderá garantir uma maior aproximação do pesquisador aos ACS, facilitando a compreensão dos problemas relatados e conseqüentemente a discussão da temática proposta para o estudo, de forma mais aprofundada.

Considerando os dados apresentados e analisados, esse estudo não teve a pretensão de esgotar a discussão sobre o planejamento do trabalho dos ACS, tão pouco as possibilidades de transformação e mudanças, das ações destes no âmbito das UBSFs que o planejamento poderia garantir.

Contudo, percebeu-se claramente que o empoderamento dos ACS contribui para mudança quanto ao aspecto da desmotivação. Pois, ao torná-los parte do processo e responsáveis pelo planejamento do seu trabalho, eles terão a visão mais macro da organização de trabalho onde estão inseridos nas UBSFs e conseqüentemente seu trabalho torna-se mais efetivo e eficiente para a efetivação do direito á saúde ao indivíduo e suas famílias.

### **Agradecimento**

Agradecemos ao CNPq pelo aporte financeiro disponibilizado a este estudo com a concessão de bolsa.

## 8. REFERÊNCIAS

ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti. BAHIA, Cláudio José Amaral. O Direito Social à Saúde na Constituição Federal de 1988: reserva do possível e mínimo existencial – limites? **Revista Novatio Iuris** – V. 2, n. 3, jul, 2009.

ALVES, Zélia Mana Mendes Biasoli; SILVA, Maria Helena G. F. Dias. Análise Qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia, FFCLRP – USP**, Ribeirão Preto, 1992.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1991.

BATISTA, Anne Aires Vieira; VIEIRA, Maria Jésia; CARDOSO, Normaclei Cisneiros dos Santos; CARVALHO, Gysella Rose Prado de. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39 n. 1, 2005, p. 85-91.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília, DF. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> Acesso em: 12 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. (1988) Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 21 jun. 2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de. FARIA, Horácio Pereira de. SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2010.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) V. 57, n.5, p. 611-4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>> Acesso em 29 jan. 2014.

CARMO, Maria Inês do; SILVA, Ananias Ribeiro da; ALVARENGA, Sônia Coelho de; CRUZ, Tancredo Almada. **Retrato Social de Viçosa III**. Viçosa, MG. 2010.

CHAGAS, Anivaldo Tadeu Roston. **O Questionário na Pesquisa Científica**. Disponível em: <<http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/107664/11092/questionarios.pdf>> Acesso em: 01 jan. 2014.

COTTA, Minardi Mitre. SCHOTT, Márcia. AZEREDO, Catarina Machado. FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. PRIORE, Sílvia Eloísa. DIAS, Glauce. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Estratégia Saúde da Família: um

desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**; v. 15, n. 3, 2006, p. 7 – 18.

DAB - Departamento de Atenção Básica – **Histórico da cobertura da Saúde da Família**. Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)> Acesso em: 29 dez. 2013.

DAB - Departamento de Atenção Básica – **Material de apoio**. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>> Acesso em: 30 jan. 2014.

FRANCO, Túlio. MERHY, Emerson. **PSF: Contradições e novos desafios**. 1999. Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-17.pdf>> Acesso em: 18 de mar. 2014.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho. ANDRADE, Cristina Setenta. FRANCO, Túlio Batista. MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2009. p. 898-906.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010. – Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/vicosa.pdf>> Acesso em 27 de jan. 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LINO, Mônica Motta. LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; Albuquerque, Gelson Luiz de; SCHVEITZER Mariana Cabral. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**. Jan/Mar; v. 17, n. 1, 2012. p. 57-64.

LOPES, Denise Maria Quatrin. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, RS., 2010, 110p.

MISODOR. **A Reforma Sanitária: O Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2009. Disponível em: <<http://misodor.com/SUSBRASIL.php>> Acesso em: 30 nov. 2012.

NAKAMURA, Cristiane Carlis; FORTUNATO, Josiane C.; ROSA, Lúcia Maria;

MARÇAL, Rodrigo; PEREIRA, Thais A. A.; BARBOSA, Daniel Freitas. Motivação no Trabalho. Maringa Management: **Revista de Ciências Empresariais**, v. 2, n.1, 2005, p. 20-25.

PINTO, Adriana Avanzi Marques; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas**. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet]. v. 12, n. 4, 2010, p. 766-9. Available from: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a24.htm>> Acesso em: 11 ago. 2013.

PONTES, Ana Paula Munhen de. CESSO, Rachel Garcia Dantas. OLIVEIRA, Denize Cristina de. GOMES, Antônio Marcos Tosoli. O princípio de universalidade do acesso

aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, V. 13, n. 3, 2009. p. 500-07.

PUPIN, Viviane Milan; CARDOSO, Cármen Lúcia. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 2, 2008. p. 157-163.

RIOS, Roger Raupp. **Direito à Saúde, Universalidade, Integralidade e Políticas Públicas: Princípios e Requisitos em Demandas Judiciais por Medicamentos**. Disponível em: <[www.cebes.org.br/.../Direito\\_sade\\_universalidade\\_integralidade.doc](http://www.cebes.org.br/.../Direito_sade_universalidade_integralidade.doc)> Acesso em: 29 nov. 2012.

SANTOS, Carlos José Giudice dos. **Tipos de Pesquisa**. Disponível em: <[http://www.oficinadapesquisa.com.br/APOSTILAS/PROJETO\\_RH/OF.TIPOS\\_PESQUISA.PDF](http://www.oficinadapesquisa.com.br/APOSTILAS/PROJETO_RH/OF.TIPOS_PESQUISA.PDF)> Acesso em: 01 jan. 2014.

SILVA, Joana Azevedo da; Dalmaso, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, 2002, p. 75-96.

SILVA, Caroline Machado Castilhos da; PEIXOTO, Roberta Ramalho; BATISTA, José Mauro Ruiz. A influência da liderança na motivação da equipe. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 13, n. 13, 2011, p. 195 – 206.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz Christo; SIMÃO, Ana Adalgisa. O uso da Análise de Conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Lavras, v. 7, n. 1, 2005, p. 70-81.

SOUZA, Lázaro José Rodrigues de. FREITAS, Maria do Carmo S. de. O Agente Comunitário de Saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.1, 2011, p.96-109.

# A COMPREENSÃO DO PLANEJAMENTO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA CIDADE DE VIÇOSA, MINAS GERAIS<sup>1</sup>

## UNDERSTANDING THE PLANNING WORK OF COMMUNITY HEALTH AGENTS OF THE CITY OF VIÇOSA, MINAS GERAIS

Gracilene M<sup>a</sup> Almeida Muniz Braga<sup>2</sup>

Simone Caldas Tavares Mafra<sup>3</sup>

Emília Pio da Silva<sup>4</sup>

Andreia Patrícia Gomes<sup>5</sup>

Mônica Santos Souza Melo<sup>6</sup>

### 1. RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é identificado pela comunidade como o responsável por criar o elo entre ela e a equipe Saúde da Família (eSF), interação esta estimada pelo trabalho do ACS. O objetivo desse estudo foi conhecer a percepção do ACS sobre o planejamento do trabalho. Utilizou-se abordagem qualitativa e descritiva, para coleta de dados através do método de Grupo Focal (GF). Para análise dos dados, a análise do discurso. De forma intencional, 16 ACS das 14 Unidades Básicas de Saúde de Viçosa, foram convidados para participar do GF. Seis ACS aceitaram participar e constituíram a amostra da pesquisa. Os dados evidenciaram que há um desequilíbrio entre o desejo do ACS de realizar satisfatoriamente as atividades e atender às expectativas das famílias, influenciado pela precarização das condições do trabalho e falta de planejamento levando ao mau desempenho dos ACS. Concluiu-se que a falta de planejamento do trabalho dos ACS gerou insatisfação entre os mesmos em relação ao trabalho desenvolvido.

**Palavras Chave:** Agente Comunitário de Saúde; Grupo Focal; Planejamento do Trabalho.

<sup>1</sup> O texto é a parte da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer: 295.361, em 03/06/2013 e financiado pelo CNPq.

<sup>2</sup> Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo e Mestre do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: cilene.assistentesocial@gmail.com

<sup>3</sup> Docente do Departamento de Economia Doméstica e do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: sctmafra@ufv.br

<sup>4</sup> Pós Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: emiliapiosilva@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: andreia.gomes@ufv.br

<sup>6</sup> Docente do Departamento de Letras e do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: monicamelo@ufv.br

## 2. ABSTRACT

The Community Health Agent (CHA) is identified by the community as responsible for creating the link between it and the staff of the Family Health Strategy (FHS), interaction estimated by the work of the CHA. The aim of this study was to understand the perception of the CHA on the planning work. It was used qualitative and descriptive approach to data collection by the method of Focus Group (FG). For data analysis, discourse analysis was used. Intentionally, 16 CHA of 14 Basic Health Units of Vicosa, were invited to join the GF. Six CHA accepted to participate and constituted the research sample. The data showed that there is an imbalance between the desire of the CHA to satisfactorily carry out the activities and meet the expectations of families. Imbalance influenced by precarious working conditions and lack of planning, leading to poor performance of the CHA. It was concluded that the lack of planning work of the CHA generated dissatisfaction among them in relation to the work carried.

**Keywords:** Community Health Agent. Focus Group. Family Health Strategy.

## 3. INTRODUÇÃO

Planejar é estabelecer ações que concorram para o melhor resultado, envolvendo o reconhecimento das dificuldades, da realidade, ameaças e riscos, *é pensar no futuro, estabelecer objetivos e encontrar os meios para alcançá-los é uma característica que diferencia os homens dos demais seres vivos* (LACERDA et al., 2010, p. 57). Assim, o papel do planejamento é diagnosticar a realidade e proporcionar mudanças na mesma.

O processo de trabalho em saúde remete-nos à ideia de prestação de serviços. Este normalmente está relacionado ao alcance de resultados que modifique uma determinada realidade direcionando o processo de trabalho para o alcance de objetivos e metas. Considerando para tanto, a complexidade da interação entre os diferentes recursos, incluindo os aspectos cognitivos, organizativos, políticos, subjetivos, financeiros e outros.

O ciclo administrativo do planejamento pode ser dividido em quatro etapas segundo Lacerda et al., (2010):

*Planejamento* (definição dos objetivos; formular estratégia; analisar a realidade; identificar oportunidades e ameaças; fechar alianças fortalecedoras);

*Organização e desenvolvimento* (disponibilizar recursos; adquirir espaço físico e equipamentos; repor materiais de consumo e gerir as competências);

***Execução/direção** (tomar decisões; executar as ações planejadas e adaptar-se ao contexto da ação);*

***Controle e avaliação** (analisar o impacto da execução na ação planejada; verificar se os objetivos foram alcançados; verificar a eficiência das estratégias; propor melhorias na eficiência, eficácia e efetividade) (LACERDA et al., 2010, p. 60) (grifo nosso).*

O processo de planejar envolve a definição de objetivos e formulação de estratégias, é a forma de agir para se alcançar os objetivos. Na etapa de organização e desenvolvimento, considera-se a gestão de competências que é preparar os envolvidos para o sucesso da ação (LACERDA et al., 2010).

Da mesma forma os autores destacam que:

***Execução/Direção** é a que incorpora o processo de tomada de decisão e a execução da ação programada, considerando permanentemente a oportunidade para executar os projetos e adaptando-os ao contexto em que a ação efetivamente acontecerá.*

*A etapa do **Controle/Avaliação** corresponde ao momento em que se busca garantir que as ações executadas tenham sido realizadas da maneira como haviam sido pensadas (LACERDA et al., 2010, p. 61) (grifo nosso).*

Neste sentido o desafio gerencial na ESF é envolver no processo de trabalho os diferentes atores sociais no contexto da saúde, aproximando o trabalhador dos resultados de seu trabalho (LACERDA et al., 2010, p. 42). Na ESF o processo de trabalho inicia-se com a identificação e análise dos problemas, pelo levantamento das prioridades, definição das ações para superar os problemas e identificação dos recursos necessários a sua superação (CAMPOS, et al 2010).

Por isso as etapas do planejamento local devem ser um processo flexível e participativo que permita a troca de saberes entre a eSF e a comunidade (BRASIL, 2009). Assim, o trabalho é realizado por uma equipe multidisciplinar que conta com no mínimo: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Para atuar como ACS o profissional deve residir na comunidade, e ter no mínimo a escolaridade de ensino fundamental (BRASIL, 2009).

A exigência do ACS ser um morador da comunidade parte do pressuposto que ele compartilha dos mesmos valores e interesses da população local gerando assim, uma identidade coletiva. Assim, esse traço identificador permite que o ACS possa desenvolver e executar atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde junto à comunidade, legitimando e proporcionando eficácia humana e cultural durante o exercício de sua profissão (SANTOS, 2004).

Dessa forma, percebe-se a importância da capacitação antes do início das atividades profissionais, contudo, isso não é uma realidade na maioria das regiões do país. O profissional, conta apenas com o bom senso em seu cotidiano laboral, como se estivessem em um jogo de tentativas, acertos e erros (CORIOLANO e LIMA, 2010). Sendo assim, é necessário repensar todo o processo de trabalho em saúde à luz das condições concretas em que acontece o trabalho das equipes de Saúde, em especial as condições de trabalho do ACS.

O objetivo desse estudo foi analisar e compreender o planejamento do trabalho do ACS de Viçosa. Para atender a esse objetivo, fez-se necessário compreender a diferença entre tarefa prescrita a tarefa real e assim prosseguir na discussão sobre o planejamento do trabalho junto aos ACS.

## **4. REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Grupo Focal**

O grupo focal tem sido uma estratégia metodológica muito utilizada para aprofundar-se no conhecimento do cotidiano laboral dos profissionais da saúde (TRAD, 2009).

Este se apresenta como um método de coleta de dados muito utilizado por pesquisadores da área da saúde, principalmente enfatizando a facilidade de se abordar temas que em entrevistas individuais seria mais complicado explorar, bem como o estímulo ao debate e o baixo custo para a realização da técnica (BABOUR, 2009).

Portanto, ao utilizar grupo focal deve-se compreender a necessidade de considerar os diferentes sujeitos e suas visões e compreendermos que estão vinculados a um contexto social sobre o qual incide o fenômeno a ser analisado. Dessa forma, seu principal objetivo é reunir em detalhe informações sobre um tema específico e definido pelo pesquisador, coordenador ou moderador do grupo, buscando com os participantes compreender as percepções sobre um tema, produto ou serviço (TRAD, 2009).

O espaço onde o método do GF é aplicado deve ser pensado de forma a não haver interferência externa, comprometa a discussão do grupo (BABOUR, 2009; TRAD, 2009; IERVOLINO e PELICIONI, 2001).

Esses autores afirmam que o GF pode ser utilizado para se conhecer as opiniões dos participantes a partir das intenções do pesquisador que direciona por meio de roteiro pré-estabelecido os temas a serem discutidos.

Essencialmente, o GF consiste em promover a interação entre os participantes e o pesquisador, deve ser composto por pequenos grupos de pessoas que não tem envolvimento de amizade ou de trabalho, mas que possuam características comuns. Sua duração não deve ser maior que duas horas para que as discussões não assumam características pessoais (BABOUR, 2009).

O ambiente deve ser cuidadosamente preparado para que ruídos externos não distraiam os participantes. Além disso, necessita-se da autorização dos envolvidos, para a gravação em áudio e vídeo. É comum no ambiente, além do pesquisador que normalmente é o moderador da discussão, haver relatores ou observadores para anotar os principais acontecimentos e observar a comunicação não verbal (IERVOLINO e PELICIONE, 2001).

Em síntese, a utilização do grupo focal como método para conhecer a realidade de determinados grupos e suas percepções, pode contribuir para o avanço de pesquisas na área da saúde e elaboração de novos métodos de entrevistas de grupo, colocando-se como uma estratégia de trabalho eficaz para o assistente social.

#### **4.2 Planejamento do GF e características dos participantes**

Para a realização do GF, é necessário segundo Lervolino e Pelicioni (2001), selecionar os participantes, tendo clara determinação do grupo social, porém o GF não visa identificar a frequência com que um determinado comportamento ou opinião ocorre, mas sim, de compreender como se diferem as opiniões ou atitudes frente alguma questão.

Segundo os autores, no GF deve-se evitar dispor no mesmo grupo ou espaço, pessoas do mesmo círculo de convivência ou mesmo que possuam características contrastantes (LERVOLINO e PELICIONI, 2001).

A escolha do local, também ganha destaque com autores como Babour (2009), que sugere que o espaço seja isento de interferências e que comporte o número de participantes convidados. Sobre esta questão, destaca-se que a o local onde o GF irá ocorrer deve ser um “território neutro” e de fácil acesso aos participantes (TRAD, 2009, p.781).

A autora destaca ainda que, as cadeiras dos participantes devem estar dispostas em círculo para facilitar a visualização dos participantes, maior interação e em algumas situações o próprio “enfrentamento” permitido pelas diferentes opiniões.

Neste estudo, o GF foi importante para compreender também a percepção dos entrevistados sobre os conceitos de tarefa prescrita e realizada.

#### 4.3 Tarefa prescrita e Tarefa realizada

Ao iniciar as reflexões sobre tarefa prescrita e tarefa realizada, deve-se primeiramente compreender questões importantes sobre o processo de trabalho, que possui segundo Peduzzi e Schraiber (sd) três elementos, assim dispostos: a atividade adequada a um fim (o próprio trabalho); o objeto de trabalho (matéria que se aplica o trabalho) e os instrumentos ou meios do trabalho.

No processo de trabalho em saúde alguns componentes devem ser analisados de forma recorrente, pois o processo de trabalho envolve uma relação recíproca destes elementos: o objeto do trabalho; os instrumentos; a finalidade do trabalho e os agentes que desempenharão o trabalho (PEDUZZI e SCHRAIBER, sd).

A tarefa é a face visível do trabalho prescrito, “*é entendida como aquilo que está posto ao trabalhador ou o que se espera que ele faça*” (FERREIRA e BARROS, 2003, p. 6). De acordo com os autores, a tarefa antecede a atividade: “*veicula explícita ou implicitamente um modelo de sujeito; [...] e requer do sujeito dupla atividade de elaboração mental*” (FERREIRA e BARROS, 2003, p. 6-7).

Da mesma forma os autores descrevem os aspectos fundamentais da atividade:

*[...] finalismo; estratégias de mediação; contradições; papel ontológico; integração do pensar-agir-sentir.*

*Ademais, a atividade tem um caráter integrador e unificador na medida em que organiza e estrutura os elementos das situações de trabalho, constituindo-se na forma de mediação que os trabalhadores desenvolvem para superar as contradições que lhes são impostas externamente (FERREIRA e BARROS, 2003, p. 7).*

De acordo com Brito (s.d.) a linha da ergonomia originada em países de língua francesa, denomina a ergonomia da atividade aquela que identifica o trabalho em duas faces: a tarefa que é o trabalho prescrito e a atividade que é o trabalho real, lados que segundo a autora não se opõem.

A caracterização do trabalho prescrito ocorre pelos seguintes elementos:

*Os objetivos a serem atingidos e os resultados a serem obtidos, em termos de produtividade, qualidade, prazo;*

*Os métodos e procedimentos previstos;*

*As ordens emitidas pela hierarquia (oralmente ou por escrito) e as instruções a serem seguidas;*

*Os protocolos e as normas técnicas e de segurança a serem seguidas;*  
*Os meios técnicos colocados à disposição – componente da prescrição muitas vezes desprezado;*  
*A forma de divisão do trabalho prevista;*  
*As condições temporais previstas;*  
*As condições socioeconômicas (qualificação, salário) (BRITO, s.d., p. 1) (grifo nosso).*

Nesta perspectiva, percebe-se que, o planejamento do trabalho é como as tarefas e atividades são desenvolvidas. Por isso observa-se que o planejamento é a forma com que o trabalhador tem de compreender o objetivo do seu trabalho e como desenvolvê-lo.

Dessa forma, é importante definir o que é trabalho e o que é processo de trabalho:

*O trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade.*

[...]

*Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele.*

*Essas são características muito presentes [...] na ESF. Por isso, é fundamental que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho (FARIA et al., 2009, p. 21).*

Dessa forma a finalidade do processo de trabalho é *satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico (FARIA et al., 2009, p. 21).*

Nesse aspecto é fundamental compreendermos a característica da cultura organizacional, que segundo Chiavenato (2003, p. 372) são facilmente percebidas. Tais características são denominadas como aspectos formais e abertos, outros aspectos são de difícil percepção, classificados como informais e ocultos. Dessa forma, pode-se elencar que componentes visíveis são aqueles aspectos operacionais, como as atividades, a exemplo disso, Chiavenato (2003) elenca:

*Estrutura Organizacional; Títulos e descrições de cargos; Objetivos e estratégias; Tecnologia e práticas operacionais; Políticas e diretrizes de pessoal; Métodos e procedimentos; Medidas de produtividade física e financeira (CHIAVENATO, 2003, p. 374).*

Para o autor, considerando tais componentes, a organização é percebida como um sistema complexo estruturado para trazer motivação e maior produtividade, por isso deve ser constantemente observado, analisado e aperfeiçoado.

O trabalho na saúde vem enfrentando desafios para organizar suas tarefas e atividades, desta forma o estudo em questão demonstrou como os ACS compreendem o planejamento de seu trabalho nas UBSFs de Viçosa, na perspectiva das tarefas e atividades realizadas.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Caracterização da Pesquisa**

A pesquisa trata-se de um estudo de natureza qualitativa com abordagem descritiva, buscando descrever a percepção do ACS em relação ao planejamento do trabalho nas UBSFs de Viçosa, Minas Gerais.

### **5.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado nas UBSFs de Viçosa, Zona da Mata Mineira, com população segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB, 2014) de 73.333 habitantes.

Em 1999, ano de inauguração das Unidades de Saúde, eram 59.024 habitantes e duas eSF e contavam com 10 ACS, a estimativa de cobertura da população era de 5.750 habitantes. Em 2013, eram 86 ACS distribuídos em 13 equipes Saúde da Família, com estimativa de cobertura da população passou a ser de 49.450 habitantes, aproximadamente 67,43% da população (DAB, 2014).

Os 86 ACS estavam distribuídos nas 14 UBSFs nos diferentes bairros da cidade de Viçosa: Amoras (cinco ACS); Bom Jesus (sete ACS); João Braz/Violeira (cinco ACS); Nova Era (sete ACS); Nova Viçosa/Posses (onze ACS); Novo Silvestre (três ACS); São José do Triunfo (cinco ACS); Barrinha (dez ACS); São Sebastião (sete ACS); Cachoeirinha (dois ACS); Silvestre (seis ACS); Santa Clara (sete ACS); Santo Antônio I (cinco ACS) e Santo Antônio II (seis ACS).

Considerando os aspectos apresentados, ressalta-se que o estudo foi realizado junto as 14 UBSFs do município de Viçosa, que possuíam em seu quadro 86 ACS.

### **5.3 Caracterização da População e Amostra**

Considerando as 14 UBSFs de Viçosa, MG e seus 86 ACS, que neste estudo são caracterizados como população do estudo, fez-se a seleção de um ACS em cada UBSF, exceto nas Unidades que possuíam mais de uma equipe, nestas foram selecionados dois ACS que totalizou ao final, 16 ACS. Para explorar ao máximo a contribuição dos ACS, foram organizados dois Grupos Focais com um número reduzido de oito participantes cada, distribuídos em horários distintos. Tal iniciativa garantiu que nas UBSFs cujo número de convidados foi de dois ACS, estes pudessem ser distribuídos em horários diferentes para impossibilitar intimidação e desconforto ao se discutir as questões que interferem na falta de planejamento do trabalho na Unidade.

Estes 16 ACS, foram selecionados considerando que os mesmos estavam há menos tempo atuando na UBSF. No entanto, apenas quatro ACS participaram do primeiro GF e dois ACS participaram do segundo GF, determinando a amostra do estudo.

Todos os ACS selecionados eram do sexo feminino e trabalhavam nas UBSFs entre quatro meses a três anos e meio. Os participantes não se conheciam, pois trabalhavam em UBSFs em bairros distantes uns dos outros e autorizaram a gravação em áudio e vídeo, assinaram o Termo Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O pesquisador se comprometeu a manter o anonimato dos participantes durante a apresentação dos dados.

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer: 295.361, em 03/06/2013, e contou com o financiamento do CNPq.

### **5.4 Instrumentos de coleta de dados da Pesquisa**

Como se trata de uma pesquisa qualitativa e descritiva utilizou-se como método de coleta de dados o Grupo Focal descrito por Barbour (2009), como técnica que permite discussões entre os participantes e, ao mesmo tempo gera *insights* para o pesquisador no que diz respeito à interação dos participantes.

O GF pode ser considerado ainda, segundo Lervolino e Pelicioni (2001) como técnica de diagnóstico situacional, no caso deste estudo para conhecer a percepção do ACS sobre o planejamento do seu trabalho.

#### **5.4.1 Condução do Grupo Focal**

Foram realizados dois GF com duração de 1 hora e 20 minutos cada, incluindo o intervalo para o lanche. O primeiro GF foi composto por quatro ACS (n=4) e o segundo GF composto por dois ACS (n=2). Na condução dos grupos focais, foi utilizada a apresentação de vídeos com relatos sobre o trabalho de ACS de Viçosa e outras cidades. Utilizou-se ainda, revistas, frases e charges sobre motivação e trabalho em saúde para promover a discussão e participação dos ACS.

Os temas iniciais para as discussões foram: pontos positivos e negativos da profissão; tarefas; relacionamento; condições de trabalho; motivação; comunicação com a comunidade e a equipe, capacitação e treinamento.

Além do pesquisador que atuou como moderador, estiveram presentes mais três relatores que não conheciam os ACS. Para a escolha dos relatores foi considerada a experiência no campo do estudo e a familiaridade com o tema da pesquisa: planejamento do trabalho. A presença dos relatores não alterou a dinâmica dos grupos, ao contrário, contribuiu para observar a comunicação verbal e não verbal. Estes realizaram anotações e observações considerando os depoimentos apresentados pelos participantes.

As falas do grupo focal foram gravadas em áudio e vídeo e posteriormente, transcritas na íntegra.

#### **5.5 Instrumentos de análise de dados**

O tratamento dos dados de natureza qualitativa foi feito por meio de Análise do Discurso seguindo as orientações de Charaudeau (2008) que considera a o discurso como produto da identidade social.

A análise das respostas encontradas permitiu a compreensão da linguagem implícita e explícita, considerando a vivência e a experiência de cada ACS e a compreensão de como estes percebem o trabalho desenvolvido..

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, como forma de minimizar os impactos possivelmente negativos dos ACS estarem em um espaço físico que não é comum ao seu cotidiano e com pessoas que eles não conheciam, foi solicitado que os mesmos confeccionassem seus crachás com seus nomes ou apelidos e que escolhessem entre as várias revistas a sua disposição, uma figura que simbolizasse uma característica pessoal e uma frase que retratasse seu cotidiano, dentre as diversas selecionadas pelo moderador e dispostas em uma mesa.

Ao iniciar o discurso de caracterização pessoal e do trabalho, o Agente “P”<sup>1</sup>, escolheu a imagem de um animal de estimação, afirmando que gosta de bicho. A frase: *Ganhamos força, coragem e confiança a cada experiência em que verdadeiramente paramos para enfrentar o medo.* (ROOSEVELT, s.d.). Identificamos na exposição do ACS, ao explicar o motivo da escolha da frase que os ACS passam por situações com as quais muitas vezes não estão preparados para lidar, como o contato com os usuários de drogas e pacientes com transtornos mentais.

Observou-se que havia no desenvolvimento das atividades junto às famílias, conflitos e falta de habilidade ao se deparar com situações que fogem ao habitual como exposto pelo “Agente P” no discurso abaixo:

*ele tá andando armado pelo bairro [...], já tentou matar a filha a mãe [...] mas teve um momento assim que eu parei para pensar, nossa, as vezes eu tô andando aqui na rua, e se ele vier aqui e do nada ele me matar. [...] o salário que eu ganho, tipo assim, não vale a minha vida, nem se eu ganhasse muito não valeria a minha vida (Fala do Agente P).*

O relato deste ACS demonstrou a dificuldade profissional para conviver profissionalmente com usuários de drogas e pessoas com transtornos mentais, isto reforça a falta de preparo destes profissionais para lidar com a realidade da população, embora tal atitude seja esperada para um ACS, ou seja, ele precisa lidar cotidianamente com o indivíduo e sua família, considerando o trabalho de assistência à saúde na comunidade.

---

<sup>1</sup> A identificação com letras do alfabeto é para manter o anonimato do entrevistado.

No discurso do Agente “P”, o tom de voz utilizado pelo participante, demonstrando insatisfação salarial, recebeu o apoio dos outros participantes, assim, a polifonia é identificada pelo lugar social que ocupa o ACS e diversas vozes em seu discurso, onde o “eu” não é individualizado, mas, compartilhado pelos outros cinco participantes do GF, demonstrando um “eu” coletivo.

Considerando o lugar social do discurso, a construção da identidade dos profissionais recebe de acordo com Fernandes (2008), influência de diversas concepções e experiências, onde o sujeito demonstra não ser homogêneo, mas um componente de um conjunto social que tem voz e atitude.

A este respeito, Pupin e Cardoso (2008) identificaram que os profissionais mais bem remunerados são os que realizam procedimentos técnicos do cuidar da doença, tornando-se mais valorizados socialmente e financeiramente. No caso dos ACS, estes tentam fortalecer seu discurso pautado na questão da prevenção às doenças fazendo parte do processo de cuidado das famílias atendidas. Notou-se a diferenciação entre o cuidado técnico e o atendimento dos ACS na discussão realizada por Pupin e Cardoso (2008, p. 162):

*O cuidado, trazido para o diálogo na relação do agente comunitário de saúde com a comunidade, é enfatizado em seu lado técnico, ou seja, procedimentos técnicos significam a forma possível de oferecer o cuidado ao outro, enquanto que procedimentos relacionais como a escuta e o acolhimento não ocupam o lugar de tecnologias em saúde (PUPIN E CARDOSO, 2008, p. 162).*

A discussão do GF, avançou para identificação dos problemas que dificultam a realização das tarefas prescritas, apresentando atividades reais que não refletem o interesse das famílias, como pode-se notar no trecho abaixo:

*A gente ganha pouco então temos que trabalhar pouco (Trecho da transcrição do áudio do Grupo Focal, Agente F).*

*Se a gente aceitou receber esse salário, a gente faz, mas... (Fala do Agente P).*

De acordo com Pupin e Cardoso (2008, p.162) a questão financeira se torna ainda mais crítica quando se compara o salário do ACS com o de outros membros da eSF.

Durante o GF os ACS pode-se apontar a voz institucional com o verbo em destaque: já **disseram** que vão cortar a insalubridade, porque disseram que a gente não tem acesso aos doentes (Fala do Agente F), bem como a voz do sujeito social e coletivo

também em destaque: *sendo que nós somos as primeiras pessoas que vai na casa* (Fala do Agente F).

Analisando os discursos percebe-se a polifonia, que é segundo Fernandes (2008), o encontro de diversas vozes dentro de um discurso (a voz institucional, o sujeito social e coletivo). Essa polifonia encontrada no estudo reflete que o ACS ao pensar sobre seu trabalho, não consegue determinar a melhor forma de agir, ele sofre influência tanto da instituição quanto da população que eles atendem. Assim, o sofrimento e as angústias geradas por essas interferências, proporcionam a falta de condições emocionais para o ACS definir prioridades.

Os ACS relataram que o exercício da função gera sobrecarga laboral. É sabido que organizando-se mal o trabalho, a consequência direta é a sobrecarga, que leva ao esgotamento físico e psíquico do trabalhador. Este fato pode ser observado na fala do Agente B, transcrito abaixo:

*Visita domiciliar, somente da nossa área mesmo, mas a questão das consultas, essas coisas assim, das outras áreas também [...] assim, se chega uma pessoa da outra área a gente tem que dar assistência [...] então é correria mesmo. [...] impede né de fazer o trabalho da gente, e o pessoal cobra da gente: **ah você não vai mais na minha casa. Isso porque a gente fica a maior parte do tempo lá na ESF** (Fala do Agente B) (Grifo nosso).*

De acordo com Coriolano e Lima (2010, p. 96) a falta de uma clara delimitação das atribuições e do papel dos ACS tem sido distorcidas e eles se sentem sobrecarregados, também tem haver com as mudanças e precarização do mundo do trabalho em especial na Saúde, com a falta de recursos humanos para o desempenho das atividades administrativas, como pode-se notar na transcrição abaixo:

*Lá também não tem auxiliar administrativo, a gente tem que tá revezando, cada dia é um que fica na recepção [...] lá tem auxiliar para limpeza, mas de férias a gente fez sim, toda sexta feira, juntava todo mundo (Fala do Agente M).*

Além de existir pouca clareza sobre o que fazer, ou pedidos que transcendem o esperado para o cargo, o ACS vivencia outras questões no cotidiano do seu trabalho, uma delas é o assédio moral. Mesmo não sendo um fenômeno atual o assédio moral tem sido uma prática comum no ambiente de trabalho dos ACS. Os episódios de violência psicológica foram nitidamente identificados nas falas dos ACS “B” e “F”.

*[...] tem medo, é pouco, mas a gente precisa né, mas assim, o pessoal fica com medo de, de querer se expor demais e perder o emprego (Fala do Agente B).*

*[...] as ameaças são grandes [...] falam que o agente de saúde, essa lei que nos protege vai acabar, que o prefeito não gosta de PSF que vai fechar, então sempre chega isso [...] igual em uma reunião que tivemos, falaram que quem não estiver satisfeito pode sair porque a lista tá grande (Grifo nosso). (Fala do Agente F).*

O assédio moral e as ameaças sofridas pelos ACS puderam ser identificadas no comportamento dos mesmos durante o GF. Os sentimentos foram demonstrados a partir dos diferentes tons de voz, em alguns momentos era comum o silêncio do grupo, em outros euforia.

As estruturas sonoras demonstram situações vivenciadas em um dado momento específico, assim, se se sentem ameaçadas, falam em tom baixo, se estão com raiva, aumentam a voz, se estão felizes irão rir (DIJK, 2008). Isso pode ser notado em alguns momentos nos grupos em que quase não se ouvia o que os participantes diziam e em outros momentos notávamos a euforia ao relatar alguma questão.

No trecho em destaque acima, pode-se perceber o uso do “poder e da coerção” na voz institucional representado pelo ACS, conforme destaca Dijk (2008) e outros autores como Michel Foucault (1987), que tratam dessa questão.

*[...] o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso. Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos da violência ou da ideologia; pode muito bem ser direta, física, **usar a força contra a força, agir sobre elementos materiais sem no entanto ser violenta; pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada, pode ser sutil, não fazer uso de armas nem do terror, e no entanto continuar a ser de ordem física.** [...] Estes recorrem a ela; utilizam-na, valorizam-na ou impõem algumas de suas maneiras de agir. Mas ela mesma, em seus mecanismos e efeitos, se situa num nível completamente diferente. Trata-se de alguma maneira de uma microfísica do poder posta em jogo pelos aparelhos e instituições, mas cujo campo de validade se coloca de algum modo entre esses grandes funcionamentos e os próprios corpos com sua materialidade e suas forças (FOUCAULT, 1987, p.29-30) (grifo nosso).*

A falta de reconhecimento profissional foi comum no discurso dos ACS. A falta de respeito oriundo dos colegas de trabalho e até mesmo da população que fazia constantes ofensas. Tal fato pode ser comprovado nas falas dos ACS “F” e “M”.

*[...] por exemplo, na hora que você precisa de qualquer coisa na Secretaria, você não tem respaldo de ninguém, liga pra um na coordenação, ah você tem que falar com fulano. [...] Se ouvir dentro da ESF, **bando de mulher vagabunda!** Por que não tem a fita de fazer glicemia vai fazer 02 anos, pra medir a glicose, então eles acham que a culpa é das agentes, se o médico sai as nove e meia, as agentes que não valem nada! Tem que botar fogo em vocês, é desse jeito. [...] Eles xingam e só faltam bater na gente (Fala do Agente F) (grifo nosso).*

*[...] quando comecei as famílias não me atendiam nas casas, muitos da minha área têm plano de saúde, Agros, e diziam que o ACS nunca fizeram nada por eles (Fala do Agente M).*

A desvalorização profissional foi amplamente discutida no estudo de Nascimento e David (2008), segundo os autores, o trabalho do ACS não era reconhecido pelos usuários, por não atuarem diretamente na melhoria da qualidade de vida dessa população. Os problemas por eles enfrentados eram de ordem estrutural. Assim, o profissional dependia de políticas econômicas e sociais para sua intervenção. Da mesma forma, Souza e Freitas (2011) identificaram que essa desvalorização do trabalho que ocorria no espaço institucional e comunitário, gerava para o ACS uma espécie de sofrimento e angústia por não conseguir resposta imediata que a população necessita, idealizando para si, o papel de porta voz dessas necessidades.

*Eu sou a pessoa que tá ali para ajudar. [...] quando eu vou entregar uma receita, ou eu passo lá, elas falam: que bom que você veio, que você tá aqui. Sabe: ah! você conseguiu! (Fala do Agente T).*

*Quando você consegue resolver, uma consulta que você consegue para a família, algum atendimento, poucas vezes assim a família consegue rápido, as vezes com seu jeitinho, com seu esforço, ah! Vou lá converso com a coordenadora, tudo você consegue resolver, nossa, você fica, você vê a família assim, como que fica feliz fica agradecida sabe! Então tem uns que reconhecem, então assim, acho que isso é um ponto positivo, eu acho, a gente se sente útil, sabe. (Fala do Agente B).*

*Não sei dizer se lá na ESF, da enfermeira, do doutor, se eu tenho algum valor, mas na minha micro área eu tenho muito valor, pelo menos assim, dos usuários, das famílias eles me valoriza bastante e eu fico muito feliz com isso (Fala do Agente M).*

*[...] a família reconhece nosso trabalho, agradece (Fala do Agente A).*

A falta de capacitação e treinamento compromete a comunicação com a comunidade. Apesar dos ACS conhecerem a realidade local dos usuários dos serviços de saúde da UBSF, estes não conseguiam fornecer muitas orientações sobre saúde principalmente porque os usuários consideram que as informações de prevenção já são por eles conhecidas, como relatado pela Agente “A”, demonstra mais uma vez que a educação em saúde deve ser um processo de ampliação da consciência sanitária dos usuários e não o simples repasse de informações, visando uma mudança de comportamento, respeitando o saber popular:

*Tem que fazer caminhada, não come muito sal, não pode fumar, a gente fala, mas eles já sabem e fazem assim mesmo* (Fala do Agente A).

O processo de saúde remete-nos à discussão da prestação de serviços, onde o resultado desse serviço deve ser a melhoria nas condições de saúde de outro sujeito. Por isso há a necessidade de se estabelecer uma comunicação eficiente entre o que presta a informação ou serviço e o que recebe. Tal fato passa necessariamente por uma mudança na forma de se trabalhar, valorizando a comunicação proporcionando uma visão estratégica por parte da equipe (FARIA et al., 2009).

Embora o envolvimento e a comunicação sejam essenciais para a efetividade do seu trabalho, tal aproximação pode resultar também em momentos de insatisfação com o ambiente de trabalho. A falta de privacidade, por exemplo, foi mais uma queixa dos ACS. Verificou que tal situação era frequente devido da proximidade de moradia do ACS com a população assistida. A fala do Agente “F” retrata esta realidade:

*A gente não trabalha de segunda a segunda não, porque a gente mora no bairro, às vezes eu tô em casa, deitada, chama, bate um, como que você vai destratar uma pessoa? Vai destratar uma pessoa que tá passando mal, então liga no meu celular às cinco da manhã: que horas que vai sair a consulta?* (Fala do Agente F).

De acordo com Coriolano e Lima (2010, p. 94): *“Poucos conseguem impor limites a essa situação, pois tendem a assumir integralmente os problemas da comunidade”*. Os estudos de Nascimento e David (2008) corroboram com os autores citados já que a maioria dos ACS não consegue impor limites porque se sentem parte integrante da comunidade, assim, assumem também seus problemas.

Neste aspecto, Souza e Freitas (2011, p. 102) afirmam que:

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

Para atuar como ACS, é necessário além de residir na comunidade ter algumas habilidades e competências, para orientar as famílias na questão da prevenção de doenças. Durante a realização do GF verificou-se que os ACS não estavam aptos a prestar a assistência de qualidade, explicado pela falta de treinamento e capacitação, o que pode ser constatado nas falas dos Agentes “B”, “A”, “M” e “P”:

*[...] a gente entra para trabalhar, passa num concurso tudo, **mas não tem um preparo antes, vai assim sem saber de nada**, se não tiver uma pessoa de boa vontade ali dentro, assim, que possa te ajudar você fica perdida [...] viu mais ou menos como que funciona, você pega sua pastinha e sai e vai ver o que que a pessoa precisa [...] por isso eu acho que deveria ter para você não ficar tão perdida. (Fala do Agente B).*

*[...] **falta de treinamento**, porque surge uma campanha nova, um problema, né, então tinha que ter um treinamento [...] **na campanha de vacina, a gente não sabe dizer direito, faixa etária** (Fala do Agente A).*

*A minha enfermeira, me deu uma pasta com todas as famílias que a gente tem na minha micro-área e falou pode ir [...] sem uniforme sem nada, portanto eu bati numa casa, a mulher olhou da janela assim, cadê seu uniforme, não tá de uniforme, crachá não tá de nada, como que eu vou saber que você é Agente de Saúde? [...] a blusa eu tenho, mas o crachá não chegou até hoje (Fala do Agente M).*

*Lá a gente sempre conversa uma com a outra, nesse horário assim, de 7 horas até 8 e meia que a gente tá tomando café, organizando a papelada, o que eu não tenho dúvida eu 'exprico', **o que eu sei eu passo para os outros**, e referente também ao atendimento à população, sempre que eu posso tá orientando assim, se eu souber alguma coisa assim até além que não seja da ESF assim essas coisas, conversando, então assim, diálogo direto, o tempo todo e isso é muito bom (Fala do Agente P) (grifo nosso).*

De acordo com Coriolano e Lima (2010) não estão à disposição desses profissionais ferramentas de ensino-aprendizagem que favoreçam o conhecimento popular e técnico, indispensável à promoção da saúde.

Perguntou-se aos ACS se eles entendiam qual seria sua função dentro da equipe de trabalho, se os papéis estavam bem definidos. A partir deste questionamento identificou-se que o desvio de função era uma prática comum nas UBSFs avaliadas. O exercício da atividade profissional do ACS envolvia até a transcrição de receitas médicas, sendo esta uma conduta inadequada, relatada abaixo pela Agente "A":

*Ah, lá no nosso não é todo mundo que pode fazer não, a enfermeira as vezes faz, a enfermeira chefe mesmo, e tem uma agente lá, o médico, é só responsabilidade dela assim é mais serviço para ela e isso tem o conhecimento lá de cima, da Secretaria, não é escondido né [...] não é qualquer, se não tiver no prontuário já relatado que a pessoa usa aquilo, aquele medicamento não pode [...] se não entender qual medicamento que é não é para fazer, só os que já sabe, [...] tem que ter segurança (Fala do Agente A).*

Entre os ACS, o estudo identificou a Enfermeira que coordena a eSF e que determina quem e como será realizado as tarefas e atividades, sem compartilhar com os ACS as prioridades.

A justificativa para tal conduta era ganhar agilidade no trabalho do médico, mas que compromete o trabalho do ACS. De acordo com Chiavaneto (2003) estes são os

aspectos informais e ocultos do trabalho. Aspectos estes facilmente comprovados na fala do Agente M:

*Não, não é o doutor que gosta, assim eu acho, porque ela tem mais tempo de serviço, ela mesmo que se propôs e tá fazendo e a enfermeira também faz (Fala do Agente M).*

De acordo com Faria et al., (2009) todo processo de trabalho envolve um ou vários sujeitos que realiza as ações e estabelece objetivos, devendo-se considerar:

*Nos processos de trabalho em geral, muitas vezes a atividade é realizada por apenas um indivíduo, embora raramente isso ocorra em todo o processo de trabalho. Trata-se, então, de um sujeito individual exercendo uma atividade ou um conjunto dado de atividades. Frequentemente, no entanto, encontramos, nos processos de trabalho, atividades coletivas, conjuntas ou complementares de vários indivíduos. Nesse caso falamos, normalmente, em trabalho de grupo ou de equipe. (FARIA et al, 2009, p. 23-24)*

Podemos notar no discurso, do participante a reprodução da desigualdade e do abuso de poder instituído como aspectos formais, naturalizando a ação.

O poder e a dominação estão ligados a domínios sociais específicos:

*[...] as suas elites e instituições profissionais e as regras e rotinas que formam a base da reprodução discursiva cotidiana do poder nesses domínios e instituições. As vítimas ou os alvos desse poder são normalmente o público ou os cidadãos em geral, as “massas”, os clientes, os sujeitos, a audiência, os estudantes e outros grupos que são dependentes do poder institucional e organizacional (DIJK, 2008, p. 130).*

As atividades diárias dos ACS não eram planejadas, e ações acabavam sendo desenvolvidas no imprevisto, como demonstrou a fala dos Agentes “A” e “M” e na tabela 1.

*[...] quando planejo dá tudo errado. [...] não só com a enfermeira, mas as Agentes também, podia reunir para discutir os problemas da semana (Fala do Agente A).*

*Temos reunião lá uma vez por mês com a enfermeira (Fala do Agente M).*

A falta de capacitação pode ser um dos fatores determinantes para o imprevisto das atividades realizadas pelos ACS, reforçado pelas questões políticas e de gestão.

Na percepção dos ACS existem vários fatores que desestimulam e desmotivam o planejamento do trabalho, como descritos na tabela 1.

**Tabela 1** – Relação de fatores que desmotivam o planejamento do trabalho Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG.

VARIÁVEIS Fatores de desmotivação	ACS (Grupos Focais)	
	n = 4	n = 2
a) Baixa remuneração	4	1
b) Ameaças	4	-
c) Medo de perder o emprego	4	-
d) Instabilidade no emprego	4	-
e) Falta de privacidade	4	-
f) Falta de diálogo entre os ACS	3	1
g) Falta de dialogo com a coordenação	2	1
h) Desconhecimento das atribuições	4	1
i) Realização de Faxina na UBSF	3	1
j) Atendimento na Recepção ou Farmácia	4	2
k) Responsabilização pelas famílias pela falta de vaga	4	-
l) Responsabilização pelas famílias pela falta de medicamentos e exames	4	-
m) Condições insuficientes para a realização das tarefas	4	2
n) Falta de identificação	4	2
o) Falta de treinamento e capacitação	4	2
p) Excesso de burocracia	4	2
q) Falta de senso de equipe	3	2
r) Acúmulo de tarefas	4	2
s) Levar atividade para ser realizado em casa	-	2
t) Transcrição de receitas	4	2
u) Espaço inadequado	1	1
v) Falta de Planejamento em equipe	3	1
w) Rotatividade de pessoal	4	2
x) Sobrecarga de trabalho	4	2

Fonte: Dados da pesquisa

A análise descritiva dos fatores de desestímulo e desmotivação para o planejamento do trabalho sugere que existem problemas técnicos de cunho profissional como a falta de comunicação entre a eSF, o acúmulo de tarefas, desconhecimento das atribuições, a falta de recursos humanos para a realização das atividades administrativas, transcrição de receitas pelos ACS, sendo esta última uma atribuição do médico e em alguns casos possível ser realizado pelo enfermeiro. Assim a falta de

planejamento interfere de forma negativa no desenvolvimento das tarefas diárias dos ACS, dificultando a comunicação com a comunidade e a definição de prioridades. A falta de privacidade configura-se como um problema de caráter pessoal que impede a motivação para a realização das tarefas e atividades de forma planejada e organizada. Foi possível identificar problemas de caráter político e de gestão que também interferem no desempenho das atividades dos ACS, como a rotatividade de pessoal, espaço inadequado, a instabilidade no emprego, as ameaças e a responsabilização dos ACS por parte dos usuários pela falta de vaga em consultas e exames, que além de impedir o bom desempenho dos profissionais desmotiva e gera sofrimento entre os ACS.

## **7. CONCLUSÃO**

A inexistência de planejamento contribuiu para a ineficácia dos serviços prestados pelos ACS às famílias. A falta de planejamento e habilidade para lidar com usuários de drogas e pacientes com algum tipo de doença mental, dificultam a realização de tarefas prescritas. Os ACS estavam desmotivados pelo excesso de sobrecarga de trabalho e pela falta de capacitação para a realização das tarefas diárias.

As prioridades dos grupos e famílias não são discutidas em equipe. Observou-se um desequilíbrio entre o desejo do ACS de realizar satisfatoriamente as atividades e atender às expectativas das famílias, influenciado pela precarização das condições do trabalho e falta de planejamento demonstrando-se como um agravante para o mau desempenho dos ACS.

Contudo, a efetivação do planejamento como uma questão estratégica na organização do trabalho dos ACS, instituindo uma rotina discutida e planejada, poderia contribuir para garantir a participação da comunidade no controle social dos serviços prestados pela ESF. Tal fato pode se colocado como um desafio para os municípios, mas contribuiria para maior eficácia das ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde em especial da Estratégia Saúde da Família.

A utilização do grupo focal para estudos desta natureza demonstrou que é um importante instrumento para o Assistente Social, na análise e compreensão planejamento do trabalho do ACS, conforme apresentado nos relatos de experiências dos participantes.

O método trouxe para a pesquisa a compreensão das estratégias utilizadas pelos profissionais no exercício de sua atividade laboral, bem como as dificuldades enfrentadas em seu cotidiano profissional.

Para esta finalidade as equipes de saúde das UBSFs necessitam melhorar a formação de seu corpo técnico e administrativo, e um profissional que poderia contribuir na formação da rede socioassistencial é o de Serviço Social que tem entre outras atribuições segundo CRESS-TO (2010, p.9): *“investigar, formular, gerir, executar, avaliar, e monitorar políticas sociais, programas e projetos nas áreas de saúde [...]. Realiza [...] capacitação, treinamento [...] favorece o acesso da população usuária aos direitos sociais”*.

Pôde-se constatar que, utilizando o grupo focal, a interação do pesquisador com os participantes foi ampliada, permitindo explorar de forma mais efetiva os temas discutidos.

## **Agradecimento**

Agradecemos ao CNPq pelo aporte financeiro disponibilizado a este estudo com a concessão de bolsa.

## **8. REFERÊNCIAS**

BABOUR, Rosaline. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artumed, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, Jussara Cruz. **Trabalho Prescrito**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapre.html>> Acesso em: 13 jan. 2014.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **Nescon Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG**, 2010.

CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7 ed. **Revista e atualidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CORIOLOANO, Maria Wanderleya de Lavor. LIMA, Luciane Soares de. Grupos Focais com Agentes Comunitários de Saúde: Subsídios para Entendimento Destes Atores Sociais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, 2010, p. 92-6.

GRESS-TO. **Cartilha de orientação do Assistente Social**. 25 Regional - Palmas, 2010.

DAB - Departamento de Atenção Básica – **Histórico da cobertura da Saúde da Família**. Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)> Acesso em: 06 fev. 2014.

DIJK, Teun A. Van. **Discurso e Poder**. São Paulo: Contexto, 2008.

FARIA, Horácio Pereira de Faria. WERNECK, Marcos A. Furquim. SANTOS, Max André dos. TEIXEIRA, Paulo Fleury. O processo de trabalho em Saúde. Belo Horizonte, **Nescon Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG**. Editora Coopmed, 2009.

FERREIRA, Mário César; BARROS, Paloma de Castro da Rocha. (In)Compatibilidade Trabalho Prescrito - Trabalho Real e Vivências de Prazer-Sofrimento dos Trabalhadores: Um Diálogo entre a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho(\*). **Revista Alethéia**, Ulbra, Canoas RS (2003).

FERNANDES, Cleudemar Alves. **Análise do discurso: reflexões introdutórias**. São Carlos: Editora Claraluz, 2a ed. 2008.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

IERVOLINO, Solange Abrocesi.; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n.2, 2001, p.115-21.

LACERDA, Josimari Telino de; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali; MACHADO Neila Maria Viçosa. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância. Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/191>> Acesso 12/01/14.

NASCIMENTO, Guilherme de Moraes. DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Avaliação de riscos no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Um Processo Participativo. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2008, p. 550-6.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. **Processo de trabalho em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

PUPIN, Viviane Milan. CARDOSO, Cármen Lúcia. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 2, 2008, p. 157-163.

ROOSEVELT, Eleanor. **Coragem: frases e pensamentos.** Disponível em <<http://pensamentos.com.sapo.pt/coragem.htm>>. Acesso em: 22 set. 2013.

SANTOS, Maria Ruth dos. Agente Comunitário de Saúde: Perfil Social X Perfil Profissional. **Revista APS**, v.7, n.2, 2004, p.125.

SOUZA, Lázaro José Rodrigues de; FREITAS, Maria do Carmo S. de. O Agente Comunitário de Saúde: Violência e Sofrimento no Trabalho A Céu Aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 35, n.1, 2011, p.96-109.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis [online]**. v.19, n.3, 2009, p. 777-796.

**PERCEPÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE  
PELOS USUÁRIOS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE VIÇOSA, MG: TAREFAS REALIZADAS E NORMAS  
PRESCRITAS<sup>1</sup>**

**ANALYSIS OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT WORK BY USERS  
SERVED IN BASIC UNITS OF HEALTH FAMILY FROM VIÇOSA, MG:  
TASKS PERFORMED AND STANDARDS PRESCRIBED**

Gracilene M<sup>a</sup> Almeida Muniz Braga<sup>2</sup>  
Simone Caldas Tavares Mafra<sup>3</sup>  
Emília Pio da Silva<sup>4</sup>  
Andreia Patrícia Gomes<sup>5</sup>  
Mônica Santos Souza Melo<sup>6</sup>

**1. RESUMO**

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado referencia pelas famílias para o acesso aos serviços de saúde. O objetivo do presente trabalho foi conhecer a opinião dos indivíduos vulneráveis (hipertenso, gestante, idoso e diabético) sobre o trabalho do ACS. Usando uma abordagem qualitativa e descritiva, utilizou-se para a coleta de dados entrevista semiestruturada com 48 indivíduos vulneráveis que constituiu a amostra deste estudo, sendo 13 hipertensos, 9 gestantes, 13 idosos e 13 diabéticos, das 13 Unidades Básicas de Saúde da Família de Viçosa. Para a análise dos dados utilizou-se a análise do conteúdo e estatística descritiva. Os dados demonstraram que, 82% dos entrevistados acreditam que o trabalho do ACS contribui para acesso aos serviços de saúde e 62% alegaram conhecer as atribuições e tarefas dos ACS. Apenas 40% dos indivíduos associaram as tarefas dos ACS ao acompanhamento das famílias e 23% à visita domiciliar. Assim, sugere-se um reposicionamento do ACS para um lugar de maior destaque na ESF a partir da compreensão do trabalho desenvolvido pelos mesmos.

**Palavras-chave:** Família. Indivíduos vulneráveis. Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

<sup>1</sup> O texto é a parte da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer: 295.361, em 03/06/2013 e financiado pelo CNPq.

<sup>2</sup> Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo e Mestre do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: cilene.assistentesocial@gmail.com

<sup>3</sup> Docente do Departamento de Economia Doméstica e do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: sctmafra@ufv.br

<sup>4</sup> Pós Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: emiliapiosilva@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: andreia.gomes@ufv.br

<sup>6</sup> Docente do Departamento de Letras e do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: monicamelo@ufv.br

## 2. ABSTRACT

The Community Health Agent (CHA) is considered a reference by families to access to healthcare services. The aim of this study was to know the opinion of vulnerable individuals (hypertensive, pregnant women, the elderly and diabetics) on the work of CHA. Considering the qualitative and descriptive approach, it was used for data collection semi-structured interview to 48 vulnerable individuals who constituted the study sample, 13 hypertensive, 9 pregnant women, 13 elderly and 13 diabetics from the 13 Basic Health Units Family of Viçosa. For data analysis, we used content analysis and descriptive statistics. The data demonstrated that 82% of the families believe that the work of the CHA contributes to access to health services and 62% claimed to know the duties and tasks of the CHA. Only 40% of individuals associated tasks of the CHA to the monitoring of families and 23% to the home visit. Thus, we suggest a repositioning of the CHA to a place of greater prominence in the FHS based on the understanding of the work done by them.

**Keywords:** Family. Vulnerable individuals. Work of Community Health Agent.

## 3. INTRODUÇÃO

Com a reorientação da Saúde introduzida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) fundamentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a família passa a ser o centro da atenção e ações de prevenção e intervenção desse Programa (ROSA e LABATE, 2005).

Além do médico, enfermeiro, de um auxiliar ou técnico de enfermagem, a equipe da ESF deve ter em sua formação o mínimo de cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que deve residir na comunidade onde a ESF está instalada. Dessa forma, o ACS terá mais facilidade de acessar as famílias atendidas, e conhecer a realidade das mesmas (BRASIL, 2009).

Ao mesmo tempo, o ACS é considerado pela equipe saúde da família (eSF) e pelos usuários da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) como o elo entre a eSF, os indivíduos, as famílias e a comunidade. Por isso, o atendimento da família e do indivíduo deve ser de forma integral e contínua, considerando o espaço físico e social para a reordenação da saúde. As equipes têm condições de solucionar 85% dos problemas de saúde apresentado pela comunidade, se estiverem com seu quadro

completo e funcionando de forma adequada, influenciando positivamente na melhoria da qualidade de vida das famílias e indivíduos atendidos (ROSA e LABATE, 2005).

A qualidade de vida está relacionada à forma como o trabalho é planejado e executado na UBSF, principalmente no que tange à relação entre a equipe e as famílias. Dessa forma, o trabalho do ACS é a base para a criação desses vínculos, que por residir na comunidade, busca aproximar a realidade das famílias à intervenção dos profissionais da saúde a partir das necessidades locais. Porém, para que as mudanças e melhorias ocorram é necessário pensar nas ações locais de promoção de saúde e prevenção de doenças, o que não vem acontecendo (PINTO e FRACOLLI, 2010; MARTINES e CHAVES, 2007).

Dessa forma, compreender e analisar como o trabalho dos ACS é desenvolvido e como os usuários atendidos o percebe, é fundamental para se construir o elo entre esse profissional e a comunidade onde estão inseridas suas atividades, bem como verificar se os profissionais da saúde são capazes, a partir da aproximação com os indivíduos e famílias, de motivar mudanças de hábitos que possam garantir a promoção da saúde no meio em que vive e influenciar na qualidade de vida e bem estar desses e da comunidade em geral. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar como os usuários atendidos nas UBSFs da cidade de Viçosa, MG, percebem o trabalho do ACS, no processo de acesso e promoção da saúde.

Para o desenvolvimento deste estudo fez-se necessário compreender as atribuições dos ACS e como estas apoiam o planejamento do trabalho para o mesmo.

## **4. REVISÃO DE LITERATURA**

### **4. 1 Atribuições e tarefas do Agente Comunitário de Saúde**

Considerando as atribuições das equipes de saúde definidas pela Portaria Nº. 648/GM de março de 2006, Fraga e Araujo (2011) destacam entre outras atribuições do ACS: integração entre a eSF e comunidade; contato permanente com as famílias; desenvolvimento de ações educativas para a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

As principais atribuições do ACS são:

- *visitar no mínimo uma vez por mês cada família da sua comunidade;*
- *identificar situação de risco e encaminhar aos setores responsáveis;*

- *pesar e medir mensalmente as crianças menores de dois anos e registrar a informação no cartão da criança.*
- *incentivar o aleitamento materno;*
- *acompanhar a vacinação periódica das crianças por meio do cartão de vacinação e de gestantes;*
- *orientar a família sobre o uso de soro de reidratação oral para prevenir diarreias e desidratação em crianças;*
- *identificar as gestantes e encaminhá-las ao pré-natal;*
- *orientar sobre métodos de planejamento familiar;*
- *monitorar dermatoses e parasitoses em crianças;*
- *realizar ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama;*
- *realizar ações educativas referentes ao climatério;*
- *realizar atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;*
- *realizar atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil;*
- *supervisionar eventuais componentes das família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;*
- *realizar atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso;*
- *identificar portadores de deficiência psico-física com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio (BRASIL, 2001, p. 5-6).*

Ampliando essas atribuições, Brasil (2009) destaca que o ACS deve, ainda, realizar visitas domiciliares; planejar e avaliar as ações; orientar sobre higiene bucal; escutar e acolher o usuário e cadastrar as famílias. Dessa forma, pode-se compreender que as atribuições dos ACS são definidas e envolvem o planejamento do trabalho para melhor desempenho de suas tarefas e funções.

A primeira atribuição do ACS é conhecer as famílias que fazem parte da sua micro-área, que não deve ultrapassar 750 pessoas. Essa ação requer o empenho dos ACS para refletir com exatidão o número de pessoas residentes na comunidade por faixa etária e sexo (BRASIL, 2009).

A segunda atribuição que tem o ACS é a de construção junto à comunidade e a eSF o mapeamento mais abrangente das áreas de atuação da equipe e micro-áreas de atuação do agente, bem como as áreas de risco. Estas áreas de risco são:

*[...] aqueles espaços dentro de um território que apresentam condições mais favoráveis ao aparecimento de doenças e acidentes. Por exemplo: área mais propensa à inundação, áreas próximas de barreiras ou encostas, áreas com esgoto a céu aberto e sem água tratada, áreas com maior incidência de crimes e acidentes (BRASIL, 2009, p. 46).*

Com este mapeamento, é possível conhecer a realidade local, suas prioridades, as barreiras geográficas, os grupos prioritários e vulneráveis que são os idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de cinco anos, pessoas com

deficiência, usuários de drogas entre outros (BRASIL, 2009). Além das prioridades percebidas pela comunidade este mapeamento também facilita a determinação da tarefa do ACS, principalmente aquelas que são prescritas ao cargo.

Considerando as tarefas prescritas do ACS, pode-se destacar:

**Cadastramento/diagnóstico** – é a primeira etapa do trabalho junto à comunidade. Consiste em registrar na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) informações sobre cada membro da família assistida a respeito de variáveis que influenciam a qualidade da saúde, como situação de moradia, condições de saúde etc. [...]

**Mapeamento** - esta fase consiste no registro em um mapa da localização de residências das áreas de risco para a comunidade, assim como dos pontos de referência no dia-a-dia da comunidade, com o objetivo de facilitar o planejamento e o desenvolvimento do trabalho do agente.

**Identificação de microáreas de risco** – uma vez realizado o mapeamento, o ACS identifica setores no território da comunidade que representam áreas de risco. Ou seja, locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram ali como inexistência ou precariedade do sistema de tratamento de esgoto sanitário, de abastecimento de água, entre outros.

**Realização de visitas domiciliares** – este é o principal instrumento de trabalho dos ACS. Consiste de, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente na área de atuação do agente. A quantidade de visitas por residência varia em funções das condições de saúde de seus habitantes e da existência de crianças e gestantes, as quais recebem atenção especial por comporem grupos prioritários.

**Ações coletivas** – com vistas a mobilizar a comunidade o ACS promove reuniões e encontros com grupos diferenciados – gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupos de situação de risco ou de portadores de doenças comuns – e incentiva a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades.

**Ações intersetoriais** – além de ações específicas na área de saúde, o agente poderá atuar em outras áreas como:

- educação – identificação de crianças em idade escolar que não estão freqüentando a sala de aula;
- Cidadania/direitos humanos – ações humanitárias e solidárias que interfiram de forma positiva na melhoria da qualidade de vida (reforço a iniciativas já existentes de combate à violência e criação de comissões em defesa das famílias expostas à fome e a desastres naturais como secas e enchentes). (BRASIL, 2001, p. 6-8) (grifo nosso).

A literatura afirma que, com o cadastro da família, é possível conhecer a realidade sociofamiliar dos indivíduos, como número de desemprego; condições de habitação; escolaridade; composição familiar; condições de saúde; população quilombola ou indígena; acesso a saneamento básico; identificar os estabelecimentos e

instituições disponíveis como creche, escola, comércios, instituições de longa permanência para idosos (ILPs), igrejas, cemitério entre outros (BRASIL, 2009, p. 39).

Destaca-se ainda que o ACS deve junto à eSF conhecer além dos listados anteriormente, outros indicadores como por exemplo, dados demográficos considerando em especial número de nascimentos, mortes; dados socioeconômicos como número de cômodos da residência e renda familiar. Dados epidemiológicos como: número de pessoas diabéticas, hipertensas, gestantes, acamados, pessoas com necessidades especiais, e por fim, dados sanitários como acesso à saneamento básico (BRASIL, 2009; BRASIL, 2001).

Seguindo essa linha de ações e tarefas desenvolvidas pelo ACS, é a visita domiciliar, indicado pela literatura e apontado por muitos autores como Noronha et al. (2009); Brasil (2009) e Pupin e Cardoso (2008), como a atividade mais importante do processo de trabalho do ACS por possibilitar a aproximação e comunicação com as famílias, foco de atendimento das UBSFs. De acordo com Brasil (2006), os ACS devem acompanhar todas as famílias e indivíduos listados em sua micro-área e sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades identificadas pela eSF (BRASIL, 2006, p. 44).

Durante as visitas domiciliares, o ACS poderá realizar orientações de higiene como por exemplo, a troca de fraldas dos idosos acamados e de crianças, exercendo o papel de educador, ouvinte, conselheiro e monitor. Assim, a visita domiciliar deve como as outras atividades ser planejada e os resultados avaliados (BRASIL, 2009).

O ACS deve ser capaz de durante as visitas domiciliares desenvolver um bom relacionamento com a comunidade local, saber trabalhar questões relacionadas a preconceitos, sigilo profissional e ética (MARTINES e CHAVES, 2007).

De acordo com os autores, é necessário, ainda, que o ACS tenha facilidade para se comunicar, organizar, planejar e executar ações de vigilância em saúde a cada família na sua microárea. Devendo incentivar as gestantes ao pré-natal e ao aleitamento materno; realizar na comunidade a busca ativa de doenças crônico-degenerativas; identificação precoce de doenças; desenvolver junto às famílias o conceito de humanização da assistência e participação popular como co-responsável nas ações e controle da qualidade da assistência em saúde proposta pelo SUS (MARTINES e CHAVES, 2007, p. 428).

Diante dos aspectos apontados pela literatura, buscou-se neste estudo, conhecer se os usuários dos serviços de saúde, considerados pela eSF de vulneráveis (hipertenso, gestante, idoso e diabético), compreendem as atribuições e tarefas do ACS.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Caracterização da Pesquisa**

A pesquisa tratou-se de um estudo de natureza quali-quantitativo com abordagem descritiva, tendo como estratégia o Estudo de Caso. Neste se analisou a percepção de 48 indivíduos vulneráveis sobre o trabalho dos ACS das 13 Unidades Básicas de Saúde da Família em Viçosa, MG quanto ao acesso aos serviços de saúde.

### **5.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado com os usuários atendidos nas UBSFs de Viçosa, Zona da Mata Mineira, com população segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) de 73.333 habitantes (DAB, 2013).

As principais atividades econômicas do município de Viçosa estão na área de serviços, segundo Carmo (2010) e Bressan (2011). De acordo com Carmo (2010), em Viçosa, no ano de 2009, estavam cadastradas 46.760 pessoas nas UBSFs.

No momento da coleta de dados, Viçosa, contava com 16 eSF, distribuídas em 14 UBSFs nos seguintes bairros: Amoras; Bom Jesus; João Braz/Violeira; Nova Era; Nova Viçosa/Posses; Novo Silvestre; São José do Triunfo; Barrinha; São Sebastião; Cachoeirinha; Silvestre; Santa Clara; Santo Antônio I e Santo Antônio II.

### **5.3 Caracterização da População e Amostra**

O estudo foi realizado com 13 UBSFs do município. A participação foi voluntária, por isso a não participação de duas UBSF na pesquisa. Foram selecionados em cada UBSF participante da pesquisa, quatro indivíduos do grupo dos vulneráveis (hipertensos, gestantes, idosos e diabéticos). Em quatro UBSFs quatro gestantes não aceitaram participar da pesquisa, assim, a amostra do estudo se configurou em 13 hipertensos; 13 idosos; 13 diabéticos e 9 gestantes, totalizando 48 indivíduos.

A participação na pesquisa foi voluntária com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e como critério de inclusão os participantes

deveriam pertencer ao grupo dos indivíduos vulneráveis. Foi realizado contato com cada UBSF participante do estudo, para identificar os dias de realização de consultas ou de reuniões de grupo, para efetivação da entrevista junto aos usuários das referidas Unidades. As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto e outubro de 2013.

Em grande parte das UBSFs, foi disponibilizada uma sala para a realização das entrevistas. Naquelas UBSFs, onde isso não foi possível, buscou-se realizar as entrevistas longe dos locais de maior movimento de usuários ou de funcionários das UBSFs. Assim, o local escolhido para a realização das entrevistas foi do lado de fora da Unidade.

Após apresentar os objetivos da entrevista e do estudo, aos participantes, estes autorizaram a utilização dos conteúdos de suas falas por meio de assinatura TCLE. Alguns participantes autorizaram a gravação da entrevista em áudio, que foram transcritas na íntegra. Aqueles que não autorizaram a gravação, a entrevista foi transcrita manualmente.

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer: 295.361, em 03/06/2013, e contou com o financiamento do CNPq.

#### **5.4 Método de coleta e análise de dados da Pesquisa**

Por se tratar de uma pesquisa quali-quantitativa, que enquanto “qualitativa” assume diferentes significados no campo das ciências sociais, sejam estes de interpretar, descrever e codificar os fenômenos do mundo social como colocado por Zanelli (2002) e diminuir a distância entre *indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação* como mencionado por Neves (1996, p. 1) fez-se o uso de entrevistas semiestruturadas.

Como mencionado para a coleta dos dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas por meio da análise do conteúdo e estatística descritiva. Os dados coletados foram analisados qualitativamente a partir dos métodos mencionados. Com a entrevista foi possível conhecer como os usuários reconhecem o trabalho do ACS e se esse trabalho contribui para os mesmos acessarem os serviços de saúde ofertados pelas UBSFs.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas com os usuários atendidos nas UBSFs de Viçosa, MG, possibilitou conhecer a opinião dos usuários em relação ao trabalho do ACS.

Em geral, verificou-se que 82% dos entrevistados acreditam que o trabalho do ACS contribui para que elas acessem os serviços de saúde ofertados pela ESF. Mesmo que muitos entrevistados não conheçam as atribuições e tarefas destes profissionais, acabam atribuindo aos ACS a obtenção de vagas em consultas, exames ou medicamentos.

Ao avaliar como os usuários compreendem o trabalho dos ACS, apesar de 62% dos participantes alegarem conhecer as atribuições dos ACS, apenas 40% desses disseram que a atribuição dos ACS é acompanhar as famílias e apenas 23% relacionou essa atribuição à visita domiciliar.

Dos respondentes, 10% consideram que a atribuição do ACS é realizar agendamentos como marcação de consultas e exames e 13% dos entrevistados acreditam ser tarefa do ACS providenciar medicamentos ou troca de receitas, este pode ser uma consequência da ampliação dos vínculos do ACS aos usuários da ESF. Outros 10% dos entrevistados, compreendem que é tarefa do ACS realizar pequenos procedimentos como medir a pressão ou a glicose dos pacientes hipertensos ou diabéticos.

Considerando o preconizado por Brasil (2009), que relaciona as competências do ACS, destaca-se: cadastramento das famílias; mapeamento da área de atuação; visita domiciliar; trabalho de educação em saúde; participação comunitária; atuação intersetorial; planejamento das ações. Desta forma, considerando tais competências, pode-se afirmar que, a população desconhece a delimitação profissional do ACS, fato que compromete suas ações. Verificou-se ainda que, a maioria dos entrevistados consideram os ACS como o elo entre as famílias e a eSF conforme demonstra a Tabela 1.

**Tabela 1** – Percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família na microrregião de Viçosa, Minas Gerais sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 2013.

<b>Compreensão sobre as atribuições e tarefas do ACS</b>				
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Hipertenso (n = 13) %</b>	<b>Gestante (n = 9) %</b>	<b>Idoso (n = 13) %</b>	<b>Diabético (n = 13) %</b>
Compreendem	61,5	78	54	61,5
Não compreendem	38,5	22	46	38,5
<b>O trabalho do ACS contribui para os usuários acessarem os serviços de saúde</b>				
Contribui	85	89	61,5	92
Não contribui	15	11	38,5	8
<b>ACS é o elo entre os usuários e a eSF</b>				
Considera o elo	85	67	77	77
Não considera o elo	15	33	23	23

Fonte: Dados da pesquisa

Entre os entrevistados, 85% dos hipertensos e 77% dos idosos e diabéticos consideram os ACS o elo entre eles e a eSF. Tal dado corrobora com outros estudos que discutiram tal aspecto, como apresentado abaixo.

De acordo com Pinto e Fracolli (2010) *na prática, o trabalho do ACS mantém-se como 'ponte' entre os serviços de saúde e comunidade, porém, o que se pretendia era que o ACS fosse um facilitador do diálogo* (PINTO e FRACOLLI, 2010, p. 767).

Nascimento e Erdmann (2005), referem-se ao ACS a como uma *ponte* entre as famílias e a eSF. Para outros autores como Cotta et al., (2006) consideram que o ACS fortalece *o elo entre indivíduos/famílias/comunidade e serviços de saúde* (COTTA, 2006, p. 16).

Pupin e Cardoso (2008) chamam atenção para este fato, pois o ACS ao residir na comunidade e compartilhar de seu universo privado, cultural e linguístico das famílias, podem se tornar meramente um receptor e transmissor de informações. De acordo com estes autores, há ainda outro problema em definir o ACS como esse elo entre a equipe e a comunidade e isso pode ser considerado um fator de risco, pois, pode ser também a *porta de entrada* para as insatisfações das famílias com o serviço prestado pela ESF.

Nogueira (2002) vai além nessa discussão e afirma que:

*Se analisarmos objetivamente a proposta universalmente aceita de que o ACS é um elo de ligação entre o Estado e a comunidade, resulta evidente que, de um ponto de vista filosófico e administrativo, ele não deveria ser considerado como membro da equipe da ESF – primeiro porque não é um profissional, segundo, porque deveria manter um vínculo permanente de pertinência com a comunidade e suas organizações. Mas esta proposta está longe de receber uma expressão organizacional e política adequada de tal modo que o ACS se mistura e se confunde, na prática, com tudo o que é feito*

pela ESF, pelo SUS e pelo Estado, de um modo geral. Assim, as ambiguidades e a polêmica que cercam a figura do ACS continuam e, provavelmente, ainda vão continuar por muito tempo. Com um preço que, infelizmente, é pago pelo próprio ACS (NOGUEIRA, 2002, p. 93) (grifo nosso).

Quanto a importância do trabalho do ACS os usuários avaliaram a relação com os profissionais e orientação sobre saúde. Verificou-se que todos os entrevistados hipertensos e gestantes consideraram muito importante o trabalho do ACS. Da mesma forma, a avaliação dos idosos e diabéticos foi positiva (Tabela 2).

**Tabela 2** – Análise dos usuários vulneráveis em relação ao trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família na microrregião de Viçosa, Minas Gerais, 2013.

<b>Análise da importância do trabalho do ACS</b>				
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Hipertenso</b>	<b>Gestante</b>	<b>Idoso</b>	<b>Diabético</b>
	<b>(n = 13)</b>	<b>(n = 9)</b>	<b>(n = 13)</b>	<b>(n = 13)</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Muito importante	100	100	92	84
Razoavelmente importante	-	-	-	8
Não considera importante	-	-	8	8
<b>Relação dos usuários com o ACS</b>				
Amigo	54	55,5	54	39
Inconveniente	-	-	-	-
Profissional	38	33,5	46	46
Mais um visitante	8	11	-	15
<b>Orientação sobre saúde</b>				
Fácil compreensão	54	44,5	54	54
Difícil compreensão	23	11	31	31
Não faz orientações	23	44,5	15	15

Fonte: Dados da pesquisa

Muitos entrevistados consideraram o ACS um amigo, ao descrever sua relação com os usuários, fato esse justificado por ser residente da comunidade ou pela frequência em que realiza as visitas domiciliares. Esse dado reafirma a importância do vínculo estabelecido pelo profissional com a comunidade. No entanto, o vínculo que se cria entre o profissional e os usuários deve considerar as questões éticas e de sigilo. Porém o ACS deve ser capaz de orientar ao usuário que as questões que dizem respeito à saúde serão repassadas de forma também sigilosa para a eSF, portanto a confiança estabelecida entre eles deve ser mantida e renovada a cada visita domiciliar. No que tange a questão de saúde, deve-se ter o cuidado ético ao transmitir a informação para a eSF, para que não gere discriminação em relação ao usuário, como afirmam Pupin e Cardoso (2008):

[...] alguns autores questionam a necessidade do agente repassar para a equipe todas as informações recebidas através do vínculo estabelecido, o que poderia ferir, assim, a esfera de confiabilidade construída entre o agente comunitário de saúde e o usuário (PUPIN e CARDOSOS, 2008, p. 161).

Outro fator relevante discutido neste estudo foi a tarefa do ACS de realizar ações educativas em saúde. No geral, verificou-se que 52% dos participantes não acham as orientações difíceis de compreender. Enquanto, 24% dos entrevistados afirmaram que não compreendem as orientações realizadas pelos ACS, e os outros 24% afirmaram que os ACS não realizam orientações de saúde, situação exposta por 44,5% das gestantes. Tal fato torna-se complexo visto que a educação em saúde é mais uma importante atribuição dos ACS, perpassando novamente pela falta de capacitação dos ACS. As principais orientações que os ACS realizam são sobre higiene pessoal, calendário de vacina, cuidados com idosos, crianças e gestantes, além de orientar sobre a forma correta de administrar os medicamentos. Porém o que se questiona é a capacidade técnica de se realizar tais orientações, considerando que em pesquisas atuais, os ACS relatam não ter preparo e capacitação para desempenhar tais funções (BRAGA 2014; PINTO e FRACOLLI, 2010).

Ao mesmo tempo, entrevistados em sua maioria, demonstraram que se sentem felizes com o atendimento desses profissionais e consideram que os mesmos estão preparados para desempenhar as funções de ACS, como pode-se observar na Tabela 3.

**Tabela 3** - Avaliação dos indivíduos sobre a capacidade técnica dos ACS das UBSFs de Viçosa, MG, 2013.

<b>Análise da capacidade profissional do ACS</b>				
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Hipertenso</b>	<b>Gestante</b>	<b>Idoso</b>	<b>Diabético</b>
	<b>(n = 13)</b>	<b>(n = 9)</b>	<b>(n = 13)</b>	<b>(n = 13)</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Capacitado	92	78	85	85
Não Capacitado	-	22	15	15
Não Informou	8	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa

No geral, 85% dos entrevistados consideraram os ACS capacitados para desempenhar suas funções, porém apenas 2% destes correlacionaram a capacidade dos ACS ao fator de confiança e vínculo estabelecidos e outros 2% relacionaram à formação técnica.

Sobre essa questão Pinto e Fracolli (2010) afirmam que as poucas capacitações que os ACS recebem ainda são pautadas no antigo processo de saúde-doença, não envolvendo a comunidade no processo da promoção da saúde, e que é necessário haver

ações prioritárias para ensinar os ACS a transmitir o conhecimento recebido à comunidade. Por isso, a literatura destaca a atuação técnica e política desse profissional:

*[...] O componente técnico se relaciona ao atendimento aos indivíduos e famílias com o objetivo de prevenção de agravos ou monitoramento de grupos ou problemas específicos. No componente político, explora-se o ACS como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, que apoia o autocuidado, fomenta a cidadania e a transformação social. Porém, outras dimensões precisam ser consideradas na discussão das expectativas de atuação do ACS e dos desafios para o “novo” perfil desse profissional, como mecanismos de seleção, processos de capacitação (treinamento introdutório e educação continuada) e a sistemática da supervisão adotada (PINTO e FRACOLLI, 2010, p. 768) (grifo nosso).*

De acordo com Imbrizi et al (2012), poucas instituições realizam cursos e quando isso ocorre não envolvem todos os ACS. O modelo de aprendizado é o tradicional, sem envolver temas vivenciados pelos ACS, tão pouco as angústias e dificuldades enfrentados diariamente por eles.

É necessário realizar com a equipe reflexões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de se evitar a visão fragmentada e reducionista que ainda representa a prática desses profissionais, que não incorporam muitas vezes a realidade das famílias e da comunidade e fazem das orientações meras reproduções de significados (GOMES et al., 2009). Para Imbrizi et al (2012), a atuação dos ACS está vinculado muitas vezes ao assistencialismo ou a crenças religiosas o que impede o profissional em avançar e fortalecer sua prática em saúde.

Essa situação pode ser percebida nas entrevistas, principalmente em relação à expectativa das famílias no atendimento e acompanhamento do ACS. Em muitas falas os indivíduos retrataram a atenção prestada como uma caridade, não relacionando essa tarefa à promoção de saúde ou prevenção de doenças, como se pode notar na tabela 4.

**Tabela 4** – Expectativa dos usuários quanto ao atendimento e avaliação da capacidade profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família na microrregião de Viçosa, Minas Gerais, 2013.

Variáveis	Expectativa com o atendimento prestado			
	Hipertenso (n = 13) %	Gestante (n = 9) %	Idoso (n = 13) %	Diabético (n = 13) %
Sente-se feliz	100	78	92	92
Não se sente feliz	-	22	8	8
Não Informou	-	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa

Dessa forma, a percepção dos usuários sobre o trabalho do ACS, está diretamente explicada pelas dificuldades enfrentadas por esses profissionais. Tais dificuldades influenciam diretamente na efetivação da cidadania e dos direitos sociais dos usuários das UBSFs, em especial aqueles que compõem o grupo dos vulneráveis, interferindo na qualidade de vida destes enquanto usuários dos serviços de saúde.

## **7. CONCLUSÕES**

O maior avanço da Estratégia Saúde da Família é a possibilidade de aproximação com a realidade das famílias/indivíduos e comunidades. Porém, não há divulgação entre as famílias atendidas sobre as atribuições e tarefas dos ACS e tal atitude desvaloriza e desmotiva o planejamento das ações, comprometendo o vínculo criado com os usuários.

A falta de investimento e de recursos é um fator que agrava o desempenho das equipes de saúde, tendo reflexo direto no trabalho do ACS que está no início do processo de atendimento.

Compreendeu-se com este estudo que, os usuários participantes de grupos vulneráveis acreditam acessar o direito à saúde quando são bem atendidos nas unidades pelo médico, enfermeiro e ACS e quando não faltam consultas, exames e medicamentos de uso contínuo.

Entretanto os usuários não compreendem as atribuições dos ACS, e não fazem distinção entre tarefa prescrita de tarefa real, mas acreditam que esses profissionais podem contribuir de forma positiva para o acesso de bens e serviços de saúde e qualidade de vida. É o que este estudo pode concluir.

Porém, os usuários por manter uma relação de vínculo estreitado pelo trabalho realizado pelo ACS não percebem a falta de preparo desses, e acreditam que pelo fato de terem participado de um processo seletivo, possuem competência e preparo para assumir as tarefas que lhes cabe realizar.

Dessa maneira, o trabalho do ACS deve ser reposicionado para um lugar de destaque junto à eSF e o usuário. Pois, por ser um morador da comunidade, reconhecer a cultura local e os problemas diários, garantiria maior confiabilidade junto aos usuários e valorizaria a profissão, passando esta a ser a base sólida de um relacionamento em prol da saúde dos indivíduos e suas famílias. Tal relacionamento espera-se, seja

construído com vínculos reais e expandido para influenciar nas ações de promoção em saúde e prevenção de doenças, garantindo a ampliação da participação social e avanços nas políticas públicas de saúde nos municípios.

### **Agradecimento**

Agradecemos ao CNPq pelo aporte financeiro disponibilizado a este estudo com a concessão de bolsa.

## **8. REFERÊNCIAS**

BRAGA, Gracilene Maria Almeida Muniz. **O planejamento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua interface com o acesso dos usuários aos serviços de saúde de Viçosa, Minas Gerais**. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília, DF. 2001.

FRAGA, Otávia de Souza; ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão. **Agente Comunitário de Saúde: Elo entre a comunidade e a equipe da ESF?** Trabalho de conclusão de curso – Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2665.pdf>> Acesso em: 21 nov. 2013.

GOMES, Karine de Oliveira; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; MITRE, Sandra Minardi; BATISTA, Rodrigo Siqueira. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Estratégia Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.4, 2009, p.744-755,

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, 2007, p.426-33.. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf>> Acesso em: 23 nov. 2013.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde e as ações de cuidado aos clientes portadores de hipertensão arterial. **Revista RENE**. Fortaleza, v. 6, n. 3, 2005, p. 95-104.

NEVES, José Luis. Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades. **Caderno de pesquisas em Administração**, São Paulo, V. 1, N<sup>o</sup> 3, 2<sup>o</sup>, 1996.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, 2002, p.75-94.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; CARDOSO, Paloma Sodré; MORAES, Tatiana Nemoto Piccoli; CENTA, Maria de Lourdes. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, 2009, p. 497-506.

PINTO, Adriana Avanzi Marques, FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica Enfermagem** [Internet]. V. 12, n. 4, 2010, p. 766-9. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a24.htm>> Acesso em: 23 nov. 2013.

PUPIN, Viviane Milan; CARDOSO, Cármen Lúcia. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 2, 2008, p. 157-163.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Estratégia Saúde da Família: A Construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana Enfermagem**. v. 13, n. 6, 2005, p. 1027-34. Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

ZANELLI, José Carlos. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estudos de Psicologia**. v. 7, 2002, p. 79-88. Número Especial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, importantes considerações acerca do tema estudado foram sinalizadas para o crescimento e enriquecimento de outros trabalhos.

As reflexões derivaram da análise dos resultados do estudo, e se colocam como proposta analítica do tema e não generalizações, embora possa ser comparada a outros resultados de estudos que tratam da mesma temática.

Desta forma o estudo pode concluir que:

O desempenho dos ACS é parte do contexto onde estão inseridos, por isso avançar e atender às expectativas das famílias em um momento, em outros precisam recuar, pois esbarram no excesso de burocracia. Além disso, o estudo identificou que os agentes comunitários de saúde realizam mais atividades burocráticas do que atividades técnicas junto a ESF e à comunidade, gerando dificuldade em estabelecer junto às famílias atendidas maior vínculo e aproximação para então facilitar o acesso e consecução dos direitos sociais à saúde.

A ação dos agentes comunitários de saúde é restrita devido às dificuldades encontradas no cotidiano, como falta de vaga para consultas, exames, falta de participação da população e mesmo dos agentes comunitários de saúde nas decisões da ESF. A organização do trabalho dos ACS está “mal” desenhada, os agentes estão desmotivados e a falta de capacitação dos profissionais contribui diretamente para o exercício de sua função aquém da expectativa da comunidade atendida e do próprio Agente.

A falta de planejamento da rotina dos ACS influencia diretamente na desmotivação dos profissionais e corrobora para a ineficiência do Programa na intervenção e prevenção às doenças junto às famílias atendidas e no acesso dessas famílias ao Direito Social à Saúde.

A população mesmo não conhecendo o “valor jurídico” sobre o que é ter direito à saúde consegue com a exposição de seus valores relatar de forma correta o que é acessar o direito social à saúde e a cidadania.

A ação dos agentes comunitários de saúde não reflete a finalidade da Administração Pública em relação ao bem público, pois falta participação da população

e dos agentes comunitários de saúde nas decisões da ESF, desmotivação entre os profissionais e excesso de burocracia.

A Estratégia Saúde da Família tem permitido maior aproximação da eSF com a população, refletido no significado de “ponte” ou “elo” entre os ACS, equipe e os indivíduos e famílias, porém não tem conseguido ampliar o acesso ao direito à saúde devido a grande demanda por especialistas e excesso de burocracia. Tal fato aponta para o despreparo de nossas políticas no que se refere a ampliação do direito de cidadania e participação social.

Em relação às famílias, concluímos que elas reconhecem o trabalho dos ACS e acreditam que esse trabalho pode contribuir para ampliar o acesso ao direito à saúde, mesmo que na prática o que podemos notar é que nem as famílias nem os ACS sabem ao certo as atribuições de profissão.

## APÊNDICE I

### QUESTIONÁRIO PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

**Dados de Controle:**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ UBSF: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Nome do ACS:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** ( ) 1º grau (ensino fundamental) incompleto ( ) 1º grau (ensino fundamental) completo ( ) 2º grau (ensino médio) incompleto ( ) 2º grau (ensino médio) completo ( ) curso técnico de enfermagem ( ) outro curso técnico - especifique

\_\_\_\_\_  
( ) 3º grau (ensino superior) incompleto: especifique \_\_\_\_\_

( ) 3º grau (ensino superior) completo: especifique \_\_\_\_\_

Tempo de função como ACS: \_\_\_\_\_

**Composição familiar:**

\_\_\_\_\_

**Principal Renda:**

( ) a do ACS: Valor: \_\_\_\_\_

( ) do marido ou companheiro: Valor: \_\_\_\_\_

( ) do ACS e do marido/companheiro: Valor: \_\_\_\_\_

( ) da mãe ou do pai: Valor: \_\_\_\_\_

( ) da sogra(o): Valor: \_\_\_\_\_

( ) do filho(a): Valor: \_\_\_\_\_

1. Você participou da capacitação promovida em 2009 pelo CRAS e Defensoria Pública sobre os Direitos Sociais? ( ) Sim ( ) Não

2. Você ao iniciar suas atividades como ACS participou ou recebeu algum treinamento? ( ) Sim ( ) Não

3. Que atividades você desenvolve em seu cotidiano como Agente Comunitário de Saúde?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. A realização das tarefas e do seu trabalho do dia a dia é planejado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Há dificuldades de relacionamento com a equipe de ACS, Médicos, Enfermeiros ou Técnicos Administrativos? ( ) Sim ( ) Não. Como e porquê?

\_\_\_\_\_

6. Quais são os principais conflitos vivenciados?

\_\_\_\_\_

7. Qual a importância da “VISITA DOMICILIAR” como um instrumento para a organização e desenvolvimento do seu trabalho? Como faz uso deste em seu dia a dia? É você que agenda a visita domiciliar?

---

8. Como você visualiza mudanças em sua rotina de trabalho e de que forma ela pode contribuir para a melhoria no acesso das famílias ao direito social à saúde?

---

9. Você se sente motivado para o trabalho? O que motiva o planejamento de suas atividades? Quais são as suas estratégias, em face aos imprevistos ou eventos não planejados?

---

---

10. Você se sente capacitado a operar e socializar as leis da área de saúde?

( ) Sim ( ) Não Como?

---

11. Você passa mais tempo realizando atividades burocráticas ou técnicas?

( ) Sim ( ) Não Por quê? Quais?

---

12. Como é a aceitação do ACS durante as visitas domiciliares?

a) ótima

b) boa

c) razoável

d) ruim

13. Como você visualiza uma organização do trabalho ideal para a UBSF? Está de acordo com as normas prescritas?

---

---

14. Quais são os pontos positivos e negativos da sua atividade laboral?

---

15. Você se considera um elo entre a eSF e a comunidade?

( ) Sim ( ) Não Como isso acontece?

---

16. Você acha que as famílias acessam os serviços de saúde buscando atendimento na UBSF?  Sim  Não

17. Você acha que sua vida privada sofre influencia do seu trabalho? Como isso acontece?  
 Sim  Não

---

18. Você se considera um agente efetivador do direito à saúde?  
 Sim  Não Como?

---

19. Você acredita que seu trabalho como ACS traz “felicidade” às famílias? Como, Explique.

---

---

## APÊNDICE II

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - FAMÍLIAS ATENDIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

#### Dados de Controle

Entrevista n°. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora inicial: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hora final: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Grupo vulnerável: ( ) gestante; ( ) idoso; ( ) hipertenso; ( ) diabético

Idade: \_\_\_\_\_ Principal renda: \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** ( ) 1º grau (ensino fundamental) incompleto ( ) 1º grau (ensino fundamental) completo ( ) 2º grau (ensino médio) incompleto ( ) 2º grau (ensino médio) completo ( ) curso técnico de enfermagem ( ) outro curso técnico - especifique

( ) 3º grau (ensino superior) incompleto: especifique \_\_\_\_\_

( ) 3º grau (ensino superior) completo: especifique \_\_\_\_\_

**Composição familiar:** \_\_\_\_\_

1. Quanto tempo você é acompanhado(a) pelo ACS/UBSF? \_\_\_\_\_

2. Você compreende o papel do ACS? a) ( ) Sim b) ( ) Não

Descreva os papéis que você entende ser de função do ACS:

3. Você acha que o trabalho do ACS contribui para que você possa acessar o direito social à saúde? a) ( ) Sim b) ( ) Não

O que você entende por direito social à saúde?

4. Você considera o ACS um elo entre você e a eSF?

a) ( ) Sim b) ( ) Não

Justifique:

5. Considerando as opções abaixo, qual opção representa a importância para você do ACS que atende sua família?

( ) Muito importante      ( ) Razoavelmente importante      ( ) Não faz diferença

Explique sua resposta:

6. Se não existisse o ACS na UBSF você conseguiria com facilidade ter acesso aos serviços de saúde, como medicamentos, marcação de consulta, ou exames? a) ( ) Sim b) ( ) Não  
Caso positivo, de que forma?

7. Como você analisa a sua relação com o ACS ? (Explique o item que escolheu)

a) amigo

b) inconveniente

c) profissional

d) ele é mais um que visita sua casa

8. O ACS faz orientações de saúde para você ou outro membro de sua família? ( ) Sim ( ) Não. A forma como ele lhe dá orientações para acompanhamento de sua saúde é:

a) De fácil compreensão;

b) De difícil compreensão;

c) Não faz muitas orientações.

9. Quais serviços você mais demanda do ACS?

---

---

10. Ele corresponde as suas expectativas? Você se sente feliz com a atenção prestada pelo ACS? a) ( ) Sim b) ( ) Não

Explique sua resposta.

---

---

11. Você nota que o ACS que visita sua residência, está preparado para desempenhar suas funções? a) ( ) Sim b) ( ) Não

Por quê?

---

---

### **APÊNDICE III**

#### **ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

1. Características pessoais;
2. Rotina de trabalho;
3. Pontos positivos e negativos da função de ACS e da rotina na UBSF;
4. Papel desempenhado;
5. Capacitação;
6. Condições de trabalho;
7. Motivação para o trabalho;
8. Conflitos;
9. Visita domiciliar;
10. Direito social à saúde;
11. Normatizações e legislações;
12. Promoção e educação da saúde.
13. Relacionamento com a comunidade.