

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SEU
TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Juliana Aparecida Fialho Cardoso

Magister Scientiae.

**VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2016**

Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa

T

C268p
2016
Cardoso, Juliana Aparecida Fialho. 1987-
Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre seu
trabalho na estratégia de saúde da família / Juliana Aparecida
Fialho Cardoso. – Viçosa, MG, 2016.
xiv, 84f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Nina Rosa da Silveira Cunha.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f.70-75.

1. Agentes comunitários de saúde - Viçosa (MG). 2. Família
- Saúde e higiene. 3. Percepção. I. Universidade Federal de
Viçosa. Departamento de Administração e Contabilidade.
Programa de Pós-graduação em Administração. II. Título.

CDD 22 ed. 362.10425

JULIANA APARECIDA FIALHO CARDOSO

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SEU
TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

APROVADA: 25 de agosto de 2016.



Afonso Augusto T. F. C. Lima



Fernanda Cristina da Silva



Rosângela Minardi Mitre Cotta
(Coorientadora)



Magnus Luiz Emmendoerfer



Nina Rosa da Silveira Cunha
(Orientadora)

JULIANA APARECIDA FIALHO CARDOSO

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SEU
TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

**VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2016**

“Não sabendo que era impossível, foi lá e fez”

Jean Cocteau

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, minha fortaleza de todos os momentos, que me deu forças, em meio a tantas adversidades encontradas nesta etapa da minha vida. Fez-me reconhecer o meu potencial e me levantou a cada queda.

Aos meus pais, por toda compreensão, amor, cuidado; ao Rodrigo, parceiro de todas as horas.

À professora Nina Rosa e toda comissão orientadora, pelo despendimento de tempo e compreensão; em especial ao Professor Afonso, Professora Rosângela Minardi, Professor Magnus e Professora Fernanda Cristina, pela colaboração com meu trabalho.

Ao meu estagiário, Gustavo, por todo apoio, paciência, respeito, parceria e dedicação ao trabalho, como se fosse dele.

Aos meus amigos queridos, do mestrado, em especial, Mauro e Ivan, pela amizade, companheirismo, carinho, os quais muito me ajudaram a seguir firme e forte por esse caminho árduo da pós-graduação.

Aos queridos participantes da minha pesquisa, pela paciência, atenção, pois doaram seu precioso tempo de trabalho para atender-me da melhor forma possível, muito obrigada!

Aos meus queridos e inspiradores professores do Departamento, por todo apoio e incentivo.

À Fapemig (FORTIS), por permitir que eu me dedicasse essencialmente e integralmente a minha pesquisa.

À Luiza, a secretária mais amorosa e carinhosa desse mundo, muito obrigada! Agradeço também a todos os funcionários do DAD, pelo cuidado com todas as instalações, que nos atendem tão bem, sempre!

Às minhas amigas queridas do coração, Janice, Roberta, Francimara, Fernanda, Adriana, Daniela e Vanessa, pela escuta de sempre, por acolher meus desesperos e entender meus momentos de ausência!

BIOGRAFIA

JULIANA APARECIDA FIALHO CARDOSO, filha de Maria Vicência Pereira Fialho e Paulo Antônio Fialho, nasceu em Viçosa, Minas Gerais, em 19 de outubro de 1987.

Iniciou seus estudos em Viçosa, na Escola Municipal Arthur Bernardes, passando pela Escola Estadual Dr. Raimundo Alves Torres, também em Viçosa.

Iniciou a graduação em Psicologia na Faculdade de Saúde Ibituruna em Montes Claros, Minas Gerais. Em 2010, transferiu-se para a Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde – FACISA/UNIVIÇOSA, concluindo no ano de 2013.

Em 2014, iniciou a pós-graduação, a nível de mestrado, em Administração, na Universidade Federal de Viçosa - UFV, onde submeteu-se à defesa da Dissertação no mês de Agosto de 2016.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	ix
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE QUADROS	xi
LISTA DE TABELAS	xii
RESUMO.....	xiii
ABSTRACT	xv
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Justificativa e Problema de Pesquisa.....	3
2. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo Geral	4
2.2. Objetivos Específicos.....	4
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	5
3.1. Administração Pública no Brasil.....	5
3.2. Políticas Públicas no Brasil	7
3.3. Políticas de Saúde no Brasil	10
3.4. Atenção Primária da Saúde no Brasil e o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF).....	12
3.5. Características do Processo de Trabalho do ACS	14
3.6. Percepção e Processos de Trabalho em Saúde	16
4. METODOLOGIA.....	19
4.1. Local do estudo.....	19
4.2. Caracterização do estudo	20
4.3. Coleta dos Dados.....	21
4.4. Tratamento e Análise dos Dados	23
4.5. Aspectos Éticos.....	27
4.6. Objeto de estudo.....	27
4.7 Contexto de Viçosa	27
5. RESULTADOS	31
5.1. Características Sociodemográficas dos Participantes	31
5.2. Características do Trabalho do ACS.....	32

5.2.1 O ingresso do ACS na UBS	32
5.2.2 Visitas Domiciliares	32
5.2.3. Atividades Desempenhadas pelos ACS's	35
5.2.4 Desarticulação da capacidade gestora entre estados e municípios	36
5.3 Gestão do Trabalho	36
5.3.1 Planos de Carreira/Cargos e Salários	36
5.3.2 Regulação do exercício profissional	37
5.4. Educação em Saúde	38
5.4.1. Polos de Educação Permanente em Saúde	38
5.4.2. Controle Social no Setor	38
5.4.3 Treinamento dos ACS's	39
5.4.4. Processo de Trabalho	42
5.4.5. Percepção do trabalho	43
6. DISCUSSÃO	57
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICE I	76
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes	76
APÊNDICE II	82
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes	82
APÊNDICE III	84

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CEREST – Centro Regional de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador
CF – Constituição Federal
CNGTES – Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CNRH – Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
DEM – Departamento de Enfermagem e Medicina
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ETSUS – Escolas Técnicas Formadoras de Recursos Humanos do SUS
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MPT – Ministério Público do Trabalho
MS – Ministério da Saúde
NOB/RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PEP – Programa de Educação Permanente
PSS – Produção Social da Saúde
RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFV – Universidade Federal de Viçosa
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização das UBS's participantes da pesquisa	20
Figura 2 - Organização da Saúde – APS em Viçosa	28
Figura 3 - Média Mensal de Visitas Domiciliares Realizadas pelas ACS's	34
Figura 4 - Papéis desempenhados pelas ACS's no acolhimento aos usuários.....	35
Figura 5 - Conhecimento sobre a regulação do exercício profissional	37
Figura 6 - Foco dos Treinamentos para a função de ACS's	41
Figura 7 - Avaliação dos benefícios proporcionados pelos treinamento	42
Figura 8 - Valores Transferidos Fundo a Fundo – ACS's – Viçosa-MG	44
Figura 9 - Número de ACS's em Viçosa – MG	45
Figura 10 - Cobertura Populacional de ACS's em Viçosa – MG	48
Figura 11 - Quantidade de Agentes/Desempenho do Trabalho	49
Figura 12 - Disponibilidade de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades	51
Figura 13 - Aspectos importantes para permanecer no emprego	54
Figura 14 - Queixas mais frequentes dos usuários	55
Figura 15 - Relacionamentos interpessoais entre superior e subordinado	64
Figura 16 - Pautas das reuniões da equipe ESF	65
Figura 17 - Utilização das informações para organização e planejamento da rotina detrabalho da ESF	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias e subcategorias de análise	24
Quadro 2 - Centros Formadores e Escolas Técnicas do SUS-ETSUS	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades Básicas de Saúde (UBS's), Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e demais profissionais de saúde em Viçosa (MG), 2015	28
Tabela 2 - Participação nos treinamentos e importância para os ACS's	39
Tabela 3 - Percepção do ACS sobre as instalações e estrutura da UBS	47

RESUMO

CARDOSO, Juliana Aparecida Fialho, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, agosto de 2016. **Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho na estratégia de saúde da família.** Orientadora: Nina Rosa da Silveira Cunha. Coorientadores: Edson Arlindo Silva e Rosângela Minardi Mitre Cotta.

Em níveis de Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa o primeiro nível de atenção que considera os indivíduos, famílias e comunidades como objetos centrais em ações de prevenção, promoção e tratamento. Para isso, conta com uma equipe multiprofissional responsável pela saúde da população local e uma de suas exigências é a presença de um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Lotado geralmente em Unidades Básicas de Saúde (UBS's), este profissional executa atividades domiciliares, tais como visitas e orientações às famílias. A partir desse contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar as percepções do ACS acerca do seu trabalho na ESF de Viçosa. De caráter exploratório, este estudo de caso entrevistou 14 ACS's lotados em 4 UBS's de Viçosa-MG, valendo-se do método de análise de conteúdo mista, estruturado em cinco categorias: a) características sócio-demográficas; b) características do trabalho; c) gestão do trabalho em saúde; d) educação em saúde; e) processo de trabalho. Como resultados mais relevantes, podem ser destacados: o ingresso do mesmo na administração pública municipal, o qual ainda acontece sem a realização de concurso, caracterizando um vínculo precário que privilegia contratos temporários ou terceirização de serviços para admissão dos agentes; Evidencia-se ainda, que há desarticulação entre unidade gestora municipal e estadual, o que tem comprometido em muito as atividades nucleares do ACS, como as visitas domiciliares; Especificamente sobre a gestão do trabalho em saúde, foi possível observar, a partir da percepção dos agentes, que o conhecimento sobre a existência dos planos de cargos, carreiras e salários (PCCS) é algo que necessita ser mais bem difundido entre os mesmos; Já em relação à educação em saúde, destaca-se que é necessário avançar na construção de polos de educação permanente na região da Zona da Mata Mineira. Quanto ao processo de trabalho, o resultado mais relevante mostrou que o quadro funcional atual encontra-se insuficiente ao atendimento das demandas de trabalho nas UBS's. Por outro lado, apesar dessas barreiras, foram identificadas como principais motivações dos ACS's, o trabalho em equipe e a

interação com a comunidade. Ao final, o estudo sugere a capacitação periódica destinada aos ACS's para que se possa ampliar a organização profissional e capacidade dos mesmos em se constituírem mão-de-obra qualificada para atenção à saúde da comunidade.

ABSTRACT

CARDOSO, Juliana Aparecida Fialho, M.Sc., Federal University of Viçosa, August, 2016. **Community health agent's perception about the work in the family health strategy.** Advisor: Nina Rosa da Silveira Cunha. Co-advisors: Edson Arlindo Silva and Rosângela Minardi Mitre Cotta.

In levels of primary health care (PHC), in Brazil, the family health Strategy (FHS) represents the first level of attention that considers individuals, families and communities as central objects in prevention, promotion and treatment. For this, it has a multidisciplinary team responsible for the health of the local population and one of its demands is the presence of a Community Health Agent (CHA). Crowded usually in basic health units (BHU's), this professional performs household activities, such as visits and guidance to families. With the recognition of the importance of the profession of ACS within the unified health system (SHS), occurred in 2006, the III National Conference on management of work and education in health (NCMWEH) – event that sought to encourage the professionalization of the ACS through guidelines on health education, management of work and work processes. From this context, the present study aims to analyze the perceptions of the ACS about his work on CHA of Viçosa, based on the guidelines of the III NCMWEH. Exploratory character, this case study interviewed 14 CHA's crowded in BHU's 4 of Viçosa – MG, using the method of content analysis, structured in five categories: a) the socio-demographic characteristics; b) characteristics of the work; c) management of the work in health; d) health education; e) worker process. As most relevant results of this study can be highlighted: the admission of the same municipal public administration, which still happens without contest, featuring a precarious link favoring temporary contracts or outsourcing services for admission of agents; It is evidenced that there is disruption between municipal and State Manager unit, which has compromised the ACS nuclear activities such as home visits; Specifically on the management of health work. It was possible to note, from the perception of the agents, that knowledge on the existence of plans for offices, careers and salaries (POCS) is something that needs to be spread between them; Already in relation to health education, which still need to advance in the construction of permanent education centers in the region of Zona da Mata of Minas Gerais; As for the worker process, the most relevant result

showed that the current staff is insufficient to meet the demands of work in UBS's. On the other hand, in spite of these barriers were identified as major motivations of the ACS's, teamwork and interaction with the community. In the end, the study suggests periodic training for CHA's to expand the professional organization and capacity of same in if they are skilled labor for community health care.

1. INTRODUÇÃO

Inicialmente, as ações de Saúde Pública no Brasil estiveram vinculadas ao controle dos quadros graves de saúde, às epidemias e ao momento político no qual o país se encontrava. A preocupação concentrava-se na saúde da cidade em relação ao produto agroexportador – o café –, logo, a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política (COTTA *et al.*, 2013).

Assim, até 1930, o Brasil não tinha um modelo sanitário para o país, deixando as cidades brasileiras à mercê das epidemias. As práticas de saúde se orientavam, historicamente, pelo paradigma *Flexneriano*, cujas ações eram, essencialmente, individualizadas e medicamentosas, tendo no hospital seu principal local de resolução dos problemas (COTTA *et al.*, 2013).

Destaca-se que *Flexner* regulamentou o funcionamento das escolas médicas, codificando assim, a medicina científica, trazendo muitos benefícios no desenvolvimento das especialidades. Porém, esse movimento acabou desencadeando um processo de declínio das ações de atenção à saúde que não conseguissem, de alguma forma, se adequar ao modelo proposto. Isso gerou um serviço de saúde voltado para o indivíduo, excluindo o seu contexto ambiental, social e histórico (COTTA *et al.*, 2013).

A sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora baseada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por essa razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitarismo campanhista (ESCORES, 2008).

A partir da segunda metade da década de 1970, o movimento da Reforma Sanitária brasileira, ancorado pelos ideais do Paradigma de Produção Social da Saúde (PSS), iniciou uma série de ações e projetos de saúde, visando implementos políticos coletivos interdisciplinares, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como nível de atenção privilegiada (COTTA *et al.*, 2013).

Esse novo paradigma de saúde, o PSS, implementado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tem a APS como prioritária, abordando a saúde como sendo um

conjunto de determinantes sociais que cercam um indivíduo. Logo, ser saudável seria, de acordo com este paradigma, mais que ausência de doença – a consequência de diversas manifestações de um indivíduo na sociedade, atuante e consciente de seus direitos e deveres (COTTA *et al.*, 2013).

Essa nova concepção de saúde se materializou no Brasil, por intermédio da criação do SUS, previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142 de 1990 (Leis Orgânicas da Saúde). Como princípios, o SUS destacou a Universalidade, a Integralidade e a Equidade. Por meio da participação popular, da regionalização e descentralização dos serviços de saúde, alterou-se assim, a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando-se obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão e sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto, na prestação dos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe um novo modo de práticas de saúde, tendo a família como objeto de atenção, considerando-a em seu contexto social, econômico e cultural. Estabelece, ainda, que uma equipe multiprofissional seja responsável pela saúde da população adstrita nas ações de prevenção da doença, promoção e tratamento de saúde, composta por Médico, Enfermeiro, Auxiliares de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e um Dentista, a partir do ano 2000 (BRASIL, 1997).

De acordo com essa perspectiva, analisar a percepção do ACS como parte integrante da equipe ESF torna-se de fundamental importância, uma vez que a partir desta análise pode-se demonstrar as principais dificuldades enfrentadas por este ator social, permitindo também a compreensão do seu processo de trabalho, a partir do convívio com a comunidade.

1.1 Justificativa e Problema de Pesquisa

Devido à complexidade do trabalho do ACS, suas práticas necessitam estar submetidas a processos contínuos de avaliação e reflexão, pautados por metodologias abrangentes e críticas. Pesquisar questões pertinentes ao trabalho do ACS remete ao repensar o modelo de saúde, à valorização do saber popular e ao entendimento de que esse trabalhador é fonte contínua de informações acerca das famílias (SICOLI, 2003; MARTINES e CHAVES, 2007; NASCIMENTO e CORREA, 2008; MELO *et al.*, 2010).

A partir desse contexto chega-se à pergunta norteadora desta pesquisa: Quais as características do processo de trabalho do ACS na ESF?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em 04 (quatro) Unidades Básicas de Saúde de Viçosa-MG.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Apresentar o contexto de trabalho do ACS;
- b) Caracterizar o processo de trabalho do ACS e
- c) Identificar as potencialidades e fragilidades do processo de trabalho dos ACS's.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção abarca os principais temas que envolvem o presente problema de pesquisa, destacando o contexto da administração pública brasileira, sua trajetória e principais avanços, os quais possibilitaram conquistas importantes para o cidadão brasileiro em termos dos ganhos ao acesso da saúde.

3.1. Administração Pública no Brasil

A evolução da administração pública no Brasil passou por três modelos diferentes de gestão: a administração patrimonialista, a administração burocrática e o gerencialismo. Na administração patrimonialista, o patrimônio do Estado se confundia com o patrimônio de quem o governava.

A administração burocrática surge para combater o nepotismo advindo da administração patrimonialista (são princípios inerentes a esse tipo de administração a impessoalidade, o formalismo, a hierarquia funcional, a ideia de carreira pública e a profissionalização do servidor, consubstanciando a ideia de poder racional legal).

O terceiro modelo, o gerencialismo, apoia-se na burocracia, conservando seus preceitos básicos, tais como a admissão de pessoal segundo critérios objetivos rígidos: a meritocracia na carreira pública, as avaliações de desempenho, o aperfeiçoamento profissional e um sistema de remuneração estruturado (CAMPELO, 2010).

Posteriormente, um novo modelo de gestão pública denominado “Modelo Societal” se insere, como uma forma de lutar por novas experiências, por meio da efetivação de políticas públicas afirmativas e desmonopolizadas. Desse modo, dariam mais atenção ao setor social, por intermédio da participação da sociedade no governo, de forma prática, e não meramente teórica como os políticos apregoavam em seus discursos de cunho gerencialista (PAULA, 2005).

Diante disso, a participação social na política brasileira, por meio dos conselhos gestores, fóruns temáticos e movimentos populares, ocorridos desde a década de 1960, tiveram desdobramentos nas três décadas subsequentes, dentre os quais se destacam as frentes populares nos anos de 1990 (PAULA, 2005). Assim, a gestão social foi ganhando contornos e adeptos para sua materialização como modelo de Administração Pública Societal.

Nesse contexto, os mecanismos de controle social se efetivaram por meio do pilar maior: a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (Lei Complementar 101/00), que ratificou o preceito constitucional da fiscalização da gestão pública por meio do Poder Legislativo com auxílio do Tribunal de Contas e pelo sistema de controle interno de cada Poder e do Ministério Público (BRASIL, 2000).

Dentre os princípios constitucionais da administração pública atual, nos termos do artigo nº 37, da Constituição Federal de 1988 (CF/88), destacam-se os princípios da Legalidade, da Impessoalidade, da Moralidade, da Publicidade e por fim, o da Eficiência (BRASIL, 1998).

O primeiro se destaca pelo caráter legal que o administrador público deve seguir. O mesmo encontra-se fundamento constitucionalmente no art. 5º, II (BRASIL, 1988), prescrevendo que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”. Ou seja, o administrador público está sempre sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem-estar comum.

Em seguida, o princípio da Impessoalidade traz uma perspectiva de “não olhar a quem” quando se está no âmbito da administração pública. Cabe ao administrador conter a sua marca pessoal, ou seja, os atos públicos não são praticados pelo servidor, e sim pela Administração a que ele pertence (BRASIL, 1988).

Em caráter terceiro, o princípio da Moralidade admite que o administrador, ao agir, deverá decidir não só entre o legal e o ilegal, o conveniente e o inconveniente, o oportuno e o inoportuno, mas também entre o honesto e o desonesto (BRASIL, 1988).

Já a Publicidade é o princípio de que a publicação em órgão oficial é requisito de eficácia dos atos administrativos que devam produzir efeitos externos ou impliquem oneração do patrimônio público (BRASIL, 1988). Ou seja, enquanto não for publicado, levado ao conhecimento de todos, o ato administrativo não produzirá efeitos.

O último princípio é o da Eficiência, que foi introduzido pela Emenda Constitucional nº 19/ 98 (BRASIL, 1998). Relaciona-se com as normas da boa administração no sentido de que a Administração Pública, em todos os seus setores, deve concretizar suas atividades com vistas a extrair o maior número possível de efeitos positivos ao administrado. Dessa forma, apenas pesa-se a relação custo benefício, buscando a excelência de recursos, enfim, dotando de maior eficácia possível as ações do Estado.

Destarte, a CF/88 ao declarar, em seu art. 3º, os chamados objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, além de positivar os chamados direitos sociais, impõe ao próprio Estado pena, caso não cumpra esses preceitos elencados como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a proteção que a CF/88 defende, confirma o compromisso dos direitos individuais com os direitos sociais, garantindo assim, efetiva proteção aos indivíduos, famílias, coletividade e meio ambiente (VELLOSO, 2003).

3.2. Políticas Públicas no Brasil

A história da sociedade civil foi sendo transformada ao longo dos séculos de maneira muito significativa. A sociedade, além de contribuir para essa mudança, também foi muito beneficiada, principalmente com o ganho da democracia, que é o que prevalece no Brasil hoje, especificamente. As políticas públicas se apresentam atualmente, como o marco central. Pode-se dizer que a conquista da democracia, mesmo diante de todas as dificuldades enfrentadas hoje e na execução desta, é um fator para reconhecer as ações de governo em benefício à coletividade (SOUZA, 2006).

Assim, as políticas públicas têm papel fundamental na sociedade por diversos motivos. Elas impactam diretamente a economia brasileira, pois a maior parte delas promove papel preventivo, evitando assim gastos maiores nas diversas áreas, como, por exemplo, na saúde, onde a política tenta evitar superlotações em hospitais, além da promoção de qualidade de vida e bem-estar dos beneficiários do SUS.

As políticas são elaboradas de acordo com agendas pré-determinadas por órgãos que possuem essas responsabilidades. Em sua maioria, tais órgãos são públicos (governo) ou privados (desde que um real benefício à sociedade em geral seja apresentado), ou ainda, até mesmo os próprios cidadãos que, por intermédio de mecanismos de participação social, conseguem sugerir alguma política pública (BIB, 1996; GELINSKI; SEIBEL, 2008).

Carvalho *et al.* (2010) afirmam que as políticas públicas funcionam como um mecanismo de solução dos problemas da sociedade, em que o poder público procura antecipar necessidades ao planejar e implementar ações que possam criar condições estruturais de desenvolvimento socioeconômico.

Logo, criam-se agendas onde prioridades são estabelecidas, com o objetivo de dirigir ações governamentais a determinadas necessidades públicas. Podem ser sociais (saúde, educação, habitação, etc.), macroeconômica (fiscal, monetária, cambial, etc.) e outras (científica, tecnológica, agrícola, etc.).

O agir público pode ser dividido em fases parciais do processo político-administrativo de resolução de problemas, que correspondem a uma sequência de elementos do processo. Comum a todas as propostas de divisões do ciclo político são as fases da formulação, da implementação e do controle dos impactos das políticas e a avaliação (FREY, 2000; BIB, 1996; GELINSKI; SEIBEL, 2008).

No processo de formulação de políticas públicas, necessidades da sociedade são colocadas em pauta ou levantadas pela sociedade, objetivando a implementação de uma possível política pública. Assim, para a análise do processo de formulação de políticas públicas é necessário o tratamento de condições específicas de uma dada formação social. A importância da representação de interesses reside em que essas condições, quando referidas ao processo político que inscreve uma determinada política pública, não estão previamente dadas (FREY, 2000; TREVISAN; BELLEN, 2008).

Assim, o plano de formulação de uma política pública requer condições, que residem em um nível singular e são dadas pela organização política específica onde se formula a política pública. São relevantes as organizações sociais e política vigente (regime político e padrão de organização da sociedade), as condições econômicas e, em maior ou menor grau, as condições tecnológicas e culturais (ENAP, 2006).

Quanto mais atores sociais envolvidos no processo político, maior ele será, mesmo sob as mais diversas formas organizacionais, com interesses diversos e, portanto, com diferentes graus de poder. O processo político engloba tantos atores sociais quantos dele quiserem fazer parte, ao menos onde existirem canais democráticos de manifestação de demandas. Das relações estabelecidas entre esses atores, resultará a política pública em si, sendo essa apenas uma das etapas de todo o processo (ENAP, 2007).

Na implementação, as metas da formulação política devem ser alcançadas com sucesso. Carvalho *et al.* (2010) definem a implementação como um “estado de ter alcançado os objetivos da política e, implementar, (verbo) como um processo onde tudo acontece na tentativa de alcançar o propósito da política”. Assim, esta é

uma etapa dinâmica, de significado próprio, que não está restrito apenas à tradução de uma dada política em ação, mas que pode transformar a política em si.

Assim, pode-se dar importância à fase de implementação, pois representa a fase de execução de uma política pública, ou seja, a fase em que uma política, praticamente, beneficia determinado grupo de pessoas envolvidas e dependentes de tal ação. É uma etapa dinâmica, com poder de transformar a política em si, podendo transformá-la de maneira simultânea (CARVALHO *et al.*, 2010). O processo acontece na interação entre determinações de objetivos e as ações empreendidas para atingi-los.

Frey (2000) complementa esse ciclo trazendo o processo de avaliação, onde os programas já implementados passam por uma verificação de seu real impacto para a sociedade beneficiada. Investigam-se os *déficits* de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder extrair consequências para ações e programas futuros. Nessa etapa, caso os objetivos do programa tenham sido atendidos, o ciclo político pode ser suspenso ou chegar ao fim, senão à iniciação de um novo ciclo, isto é, a uma nova fase de percepção e definição de problemas (FREY, 2000; VIEGAS, 2003). Dessa forma, a fase da avaliação é imprescindível para o desenvolvimento e a adaptação contínua das formas e instrumentos de ação pública.

Trevisan e Bellen (2008) e Ala-Harja e Helgason (2000) complementam afirmando que, a avaliação pode ser entendida como uma forma de detectar a presença ou identificar um valor desejado a partir de resultados advindos da implementação de determinada política, tendo como base um quadro referencial ou critérios de aceitabilidade pretendidos, ou seja, avaliar os resultados de um programa em relação aos objetivos propostos. Contudo, ainda não há um consenso na literatura acerca do que seja conceitualmente uma avaliação de política pública, pois esse conceito admite múltiplas definições, algumas até contraditórias, necessitando assim, da análise de cada caso e de cada contexto.

Viegas (2003) relata a experiência brasileira em políticas públicas e destaca quatro pilares principais do processo de avaliação delas: procedimentos e orientação (têm em sua origem um cunho mais qualitativo de análise); conteúdo e técnicas (cunho mais quantitativo de análise).

Em acréscimo, a área de políticas públicas é perpassada por uma variedade de disciplinas, instituições e executores, abrangendo diversas questões, necessidades e pessoas, afirmam Trevisan e Bellen (2008). Tal fato acaba

contribuindo para a inexistência de um consenso acerca das avaliações das políticas das mais diferentes áreas de concentração.

Portanto, o que se pode perceber em toda essa discussão é que a análise aprofundada de cada política é o segredo para toda implementação de sucesso. Isso refletirá num processo de avaliação mais produtivo e com boas chances de contribuir de forma efetiva para o melhoramento das políticas sociais.

Dessa forma, as etapas de implementação, de acompanhamento e de avaliação de políticas públicas determinam o sucesso ou não de uma ação governamental. Percebe-se, assim, que esses processos, juntamente com a fase de elaboração, não devem ser analisados de forma individualizada, pois um interfere e diz da importância do outro.

Visto o ganho da sociedade perante a implementação de políticas públicas, especificamente no setor da saúde, a formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos traduzem seus propósitos em programas, ações e oferta dos serviços à população (COTTA *et al.*, 2013; SOUZA, 2007).

3.3. Políticas de Saúde no Brasil

No Brasil, historicamente, a assistência à saúde da população era dirigida para os trabalhadores, que tinham atendimento por meio das caixas de previdência, ou então pagavam por serviços particulares. Quem não podia pagar, recorria às Santas Casas de Misericórdia ou a postos de saúde municipais, que viviam sempre lotados (MARQUES; MENDES, 2003).

Mendes (2002) destaca que em 1924 foram criados os centros de saúde, cuja ação fundamental era a educação sanitária, com foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Daí em diante, pode-se perceber um corte nítido entre a saúde pública e a atenção médica da época. Assim, houve o primeiro ciclo de expansão da Atenção Primária em Saúde (APS), com início na década de 40, a partir da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (MENDES, 2002).

O SESP foi inspirado no modelo sanitarista-campanhista americano, sendo o pioneiro na criação de unidades de APS, as quais articulavam ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo das doenças infecciosas (MENDES, 2002).

A formação profissional, a partir desse modelo, priorizava o enfoque curativo e os primeiros serviços estruturados surgem na década de 50, mais especificamente no

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Esta expansão dá origem à necessidade de novos referenciais teóricos e metodológicos para instrumentar este campo de atuação, o que faz com que na década de 70, aumente, consideravelmente, o número de trabalhos científicos desenvolvidos a partir da necessidade de novos modelos de trabalho (ROSA *et al.*, 2005).

Na metade dos anos 60, houve uma hegemonia do modelo médico-assistencial privatista, incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente ao grupo materno-infantil e a doenças infecciosas e carenciais. Além disso, paralelamente, desenvolviam-se na medicina previdenciária, unidades ambulatoriais, destinadas à atenção médica aos portadores de emprego formal (MENDES, 2002).

No final dos anos 70, surgiram movimentos que desencadearam no mundo expectativas por uma nova saúde pública. Dentre os movimentos, um passou a ser referência mundial e foi denominado de Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Sua realização aconteceu na cidade de Alma-Ata, em 1978, na antiga União Soviética, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (MARQUES; MENDES, 2003).

Outras questões sobre saúde pública no mundo e no Brasil podem ser mais bem entendidas nos trabalhos de Santana e Carmagnani (2001); Sisson (2007); Spinks e Hollingsworth (2009), que mostram os desafios enfrentados na contemporaneidade pelas organizações de saúde pública.

A partir do movimento da Reforma Sanitária, em meados da década de 80, houve um deslocamento da ênfase na atenção curativa, especializada, médica e medicamentosa, centrada no hospital, para uma atenção que priorizasse a proteção e promoção da saúde, a prevenção de agravos e enfermidades (COTTA, 2013).

A criação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) promoveu grandes mudanças no cenário nacional, no financiamento e na organização de serviços de saúde, centrados na comunidade, na família e tendo como destaque o trabalho em equipe multi, inter e transdisciplinar (COTTA, 2013). Assim, a visão de saúde passa de mera ausência de doença para o acesso a bens e serviços, como consequência de um conjunto de determinantes sociais e qualidade de vida da população.

Desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, teve a finalidade de alterar a situação de desigualdade na

assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 1988). Logo, tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade, adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão.

O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação - Vigilância Epidemiológica- são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária.

Segundo Marques e Mendes (2003), no contexto das discussões sobre saúde pública no Brasil, houve um incremento de políticas públicas voltado a programas temáticos de saúde e para a Atenção Primária em Saúde. A Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo (1985) publica a proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios. O documento trazia uma proposta técnica, para profissionais de saúde preocupados em inserir um tipo de atenção à saúde mental nas práticas institucionais (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA SUS, 2006).

3.4. Atenção Primária da Saúde no Brasil e o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF)

O paradigma *flexneriano* é preponderante nas ações de saúde desenvolvidas a partir dos hospitais, tomado em sua negatividade, estruturado como resposta à prática da atenção médica, técnico-assistencial. Paradigma esse, contrário ao da Promoção da Saúde, que conta com ações ligadas à saúde coletiva e com a valorização do enfoque epidemiológico (ROSA e LABATE, 2005; COSTA *et al.*, 2013).

Em 1910 foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canadá – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como Relatório Flexner (Flexner Report) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América

(EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 492).

A formação profissional, a partir desse modelo, priorizava o enfoque curativo e os primeiros serviços estruturados surgem na década de 50, mais especificamente, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Esta expansão dá origem à necessidade de novos referenciais teóricos e metodológicos para instrumentar este campo de atuação, o que faz com que na década de 70, aumente consideravelmente o número de trabalhos científicos desenvolvidos a partir da necessidade de novos modelos de trabalho (ROSA; LABATE, 2005).

Assim, aconteceu, em Alma Ata, no Cazaquistão, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Nessa conferência, a APS foi definida como parte integral do sistema de saúde, respondendo por tratamentos acessíveis e aceitáveis à comunidade, assumindo papel central no desenvolvimento das comunidades e do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

Logo, como determinação desta carta, foram eleitos alguns elementos fundamentais à APS: educação e saúde; saneamento ambiental; programa de saúde materno-infantil; prevenção de moléstias endêmicas locais; tratamento adequado de lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (BRASIL, 2002). Assim, a carta de Alma Ata revela a importância de fatores ligados à saúde indiretamente para a APS.

Nesse contexto, o Paradigma da Produção Social de Saúde (PSS) rompe com as ideias de saúde como ausência de doença, ao colocar-se,

Como modelo de atenção à saúde resultante do PSS, tem-se o trabalho multiprofissional, inter e transdisciplinar, coletivo, cuja ênfase é dada à Atenção Primária em Saúde (APS), à promoção da saúde, à prevenção de agravos e enfermidades, centrado no cuidado à saúde e no ser humano (COTTA *et al.*, 2013. p. 28).

A experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a Saúde da Família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, na estruturação dos serviços de saúde e no padrão de assistência à saúde oferecida à população pelo sistema público de saúde (BRASIL, 2000).

Desse modo, a partir de 1995, houve um marco pela expansão da APS. Tal expansão foi incentivada, em primeiro lugar, pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pelas secretarias estaduais. Ao mesmo tempo em que isso ocorria, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível da Atenção Básica (MARQUES; MENDES, 2003).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (MARQUES; MENDES, 2003; ROSA; LABATE, 2005).

Na compreensão das interações entre profissionais de saúde e usuários, construção de identidades e relações de confiança, Ayres (2004) destaca a importância de se investir na reflexão e nas transformações relativas às características da interação humana:

É no conjunto da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta (AYRES, 2004, p. 23).

Nesta perspectiva, o ACS se insere nesse contexto como um ator de suma importância na ESF, transformando-se em elo entre governo local e população. Portanto, um profissional que desempenha papel de extrema importância.

3.5. Características do Processo de Trabalho do ACS

A equipe de Saúde da Família é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Salienta-se que o número de Agentes Comunitários varia conforme o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe, numa proporção de um ACS para 750 pessoas acompanhadas (BRASIL, 2012a).

Logo, com o objetivo de construir uma saúde mais humanitária, surge no contexto nacional, o Agente Comunitário de Saúde a partir da década de 1990. Tal profissional aparece quando alguns Estados do Nordeste, buscando estratégias para a melhoria das condições de saúde da população, instituem esse trabalhador na

área, com a implementação de ações desenvolvidas e assimiladas nas comunidades, por integrantes delas próprias (BRASIL, 1997).

Assim sendo, o ACS é um profissional integrante da equipe de saúde da família que realiza, sob supervisão do gestor local, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema (SILVA; DAMALSO, 2002; SANTOS *et al.*, 2010).

Desse modo, ao identificar a realidade da família, seus problemas, necessidades e anseios; o ACS tem o poder de consolidar um diagnóstico de saúde da comunidade, informando à equipe de saúde para o planejamento de ações (BRASIL, 1997).

O ACS desempenha um papel chave na Estratégia de Saúde da Família, estando presente tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados. O ingresso desse trabalhador no SUS dar-se-á por meio de processo seletivo público ou por concurso público (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

O lugar do ACS deve articular dois espaços: o da saúde institucionalizada (fundamentada em um discurso biomédico) e o relacional, junto com a comunidade. Esse lugar de intermediação constante pode colocar o ACS em situações de contradição e sobreposição diante da sua equipe e, até mesmo, diante da comunidade (BRASIL, 1997).

Assim, para a Associação Paulista de Medicina (2006), a estratégia, iniciada com a incorporação de Agentes Comunitários às unidades básicas de saúde, contribui para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica possam ser executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde.

O ACS executa dentro do seu nível de competência, ações e atividades básicas de saúde: acompanhamento de gestantes e nutrízes, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, garantia do cumprimento do calendário da vacinação e de outras vacinas que se fizerem necessárias, controle das doenças diarreicas, controle da Infecção Respiratória Aguda (IRA), orientação quanto a alternativas alimentares, utilização da medicina popular, promoção das ações de saneamento e melhoria do meio ambiente (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009b).

Dessa forma, como será abordado a seguir, o profissional da saúde recebeu importância e valorização nacional a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da III Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde.

3.6. Percepção e Processos de Trabalho em Saúde

Para Mendes-Gonçalves (1994), o trabalho é entendido como uma atividade humana, realizada por um grupo de pessoas que a ela se dedica e, assim, reproduz uma existência humana. Este, determinado por uma necessidade ou carência, subsistência para a satisfação das necessidades materiais, funcionando, assim, como instrumento de trabalho, constituído pelo trabalhador que assim estende sua possibilidade de intervenção sobre o objeto (MENDES-GONÇALVES, 1994).

O processo de trabalho em saúde “é marcado por uma direcionalidade técnica, pressupondo uma antevisão dos resultados e uma ação que, para ser implementada, requer uma adaptação constante às características particulares do indivíduo com sua história”, registra Fracoli (1999) *apud* VANDERLEI e ALMEIDA, 2007, p.446).

Nesse sentido, o ambiente compartilhado em saúde é construído na inter-relação dos sujeitos envolvidos, trabalhadores e usuários, em um movimento dinâmico de aprendizagem, não podendo, assim, ser polarizado entre o que se é ofertado e o que se é recebido. Ou seja, é um processo permanente de inter-relação entre sociedade, modo de produção, valores, costumes, sentimentos, razões, que estão em movimento, estão entre luta de opostos, estão se cristalizando e se modificando ao mesmo tempo (VANDERLEI e ALMEIDA, 2007; FROTA, 2008). Logo, é necessário que haja um sentimento de interdependência, de lateralidade entre trabalhadores, colegas, usuários e gestão.

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, Anexo I, Capítulo II, Item 4, diz respeito às especificidades da Estratégia Saúde da Família - ESF, com ênfase para o processo de trabalho, estabelecendo diretrizes e normas para seu funcionamento (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, a Saúde da Família é construída mediante realidade local e todas as suas limitações, fragilidades e fortalezas existentes, tornando-se fruto da adesão, integração e vinculação de atores e fatores. Logo, alguns desses fatores podem ser decisivos para o desempenho do trabalho, uma vez que predisõem à

geração de desestímulo profissional: condições salariais, infraestrutura, processo de trabalho, são exemplos (BEZERRA; NASCIMENTO, 2005; FROTA, 2008).

Como se sabe, os trabalhadores são os protagonistas do processo de trabalho, portanto,

há de se viabilizar a satisfação *para e no* trabalho, com vistas ao sucesso das ações. Reforça-se ainda que apesar de práticas exclusivamente administrativas serem necessárias, por si só não garantem a viabilidade desejada (FROTA, 2008. p. 24).

Logo, os processos de trabalho, de maneira geral, são estabelecidos a partir das práticas organizacionais – como citadas acima – e das interações sociais de seus membros. E o que possibilita essas interações são as percepções (percepções próprias e coletivas), processo psicológico básico inerente a todo e qualquer ser humano (ROBBINS, 2004).

Segundo Robbins (2004), percepção é o processo em que as pessoas selecionam, organizam e interpretam informações existentes, por meio de suas impressões sensoriais (tato, olfato, paladar, audição e visão), com a finalidade de dar sentido ao ambiente ou ao modo como veem objetos e situação. Ou seja, vemos o mundo da forma como fomos condicionados a vê-lo. Assim, quando descrevemos o que vemos, estamos descrevendo a nós mesmos, nossas percepções e paradigmas.

Protágoras afirmava que perceber é conhecer. Tudo o que conheço é o que me aparece e verdadeiro é o que percebo. A depender do sujeito que percebe, o mundo aparece como lugar de infinitas possibilidades de verdades, porque de infinitas possibilidades de percepção. O objeto percebido torna-se existente no encontro com quem o percebe (CHRISTOV, 2011. p. 26).

Dentre os fatores que influenciam na percepção, podem ser destacados os fatores internos e os externos. Os internos estão ligados ao observador, influenciados fortemente pela forma como se vê objetos e pessoas e que geralmente variam de acordo com as relações mantidas, o trabalho desenvolvido e a forma como se lida com sucessos e fracassos. Outro ponto seria a forma como se observa e se interpreta uma situação, objeto ou pessoa, a qual está intimamente ligada a valores, crenças, experiências passadas, interesse, emoção e motivação vivenciadas por cada indivíduo. Os fatores externos também podem interferir na percepção, como o

tamanho, o tempo e a semelhança de um alvo em relação ao histórico de vivências que o observador tem. Logo, como os alvos não são observados isoladamente, a sua relação com o cenário influencia a percepção, assim como a tendência de agrupar coisas próximas ou parecidas (ROBBINS, 2004).

4.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção apresenta-se o percurso metodológico deste estudo. Inicialmente apresenta-se o local do estudo. Em seguida caracteriza-se a pesquisa realizada bem como as estratégias utilizadas para a coleta de dados. Logo após ressalta-se os aspectos éticos envolvidos na pesquisa. Tece-se, ainda, algumas considerações acerca do objeto de estudo e, por fim, alguns apontamentos sobre o contexto da cidade de Viçosa.

4.1.Local do estudo

Os dados foram coletados em 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município, nos bairros Silvestre, João Braz, Amoras e Bom Jesus. Cada UBS é constituída de uma equipe de Saúde da Família, à exceção do Bom Jesus que apresenta 2 equipes, totalizando 5 equipes de Saúde da Família. As 4 UBS's eleitas encontram-se em pólos distintos da cidade (Figura 1). Assim, buscou-se com este estudo, retratar a realidade das 4 UBS's de Viçosa, referente à Atenção Primária em Saúde (APS) deste município.

Figura 1 - Localização das UBS's participantes da pesquisa.



Fonte: Adaptado Google Mapas (2016).

4.2. Caracterização do estudo

A pesquisa apresenta caráter descritivo, estruturada em uma abordagem qualitativa.

A pesquisa descritiva busca revelar as características de denominado fenômeno, proporcionando uma nova visão sobre o problema, além de tentar estabelecer relações entre variáveis (GIL, 2008; FIGUEIREDO, 2008; MINAYO, 2010). O presente estudo apresenta-se como descritivo na medida em que tem como objetivo a descrição de características de um determinado grupo, neste caso, dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o seu processo de trabalho, suas potencialidades e fragilidades, vivenciadas nas UBS's no município de Viçosa.

A pesquisa, ao buscar o aprimoramento de ideias, tende a tornar mais explícito o problema investigado, uma vez que foi realizada em uma área onde há pouco conhecimento acumulado, como é o caso desta.

Trata-se, logo, de um Estudo de Caso ao estudar de forma mais aprofundada a realidade específica do processo de trabalho na perspectiva dos ACS's nas 04

(quatro)UBS's do Município de Viçosa. Gil (2002) destaca que o estudo de caso possibilita estudar uma realidade específica, situações particulares, cujos resultados poderão contribuir para estudos futuros. Todavia, não permite generalização das informações.

Assim, o Estudo de Caso pode ser considerado um procedimento que busca a compreensão e planejamento de uma determinada intervenção, pois apresenta a possibilidade de integrar diferentes técnicas e campos do conhecimento, dirigindo o conhecimento teórico ao individual (BARBIER, 2006).

Na pesquisa qualitativa, considera-se o ambiente como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave, sendo que o processo de pesquisa é o foco principal de abordagem e não o resultado ou o produto (MINAYO, 2010; GIL, 2002). Para Flick (2009), a pesquisa interessa-se em ter acesso a experiências, interações, documentos e às particularidades da situação estudada.

4.3.Coleta dos Dados

Como estratégia de coleta de dados foram utilizadas fontes de dados primários e secundários.

Os dados primários são gerados por um pesquisador para uma finalidade específica, visando solucionar um problema de pesquisa (COOPER e SCHINDLER, 2003). Já os dados secundários são aqueles que se encontram à disposição do pesquisador em boletins, livros, revistas, dentre outros. Para Lakatos e Marconi (2000) as fontes secundárias possibilitam a resolução de problemas já conhecidos e a exploração de outras áreas onde os problemas ainda não se cristalizaram suficientemente.

Os dados secundários foram obtidos por meio de informações e documentos disponibilizados pela Coordenação da Estratégia Saúde da Família, a qual faz parte da Secretaria Municipal de Saúde. Dados como, por exemplo, o Relatório de Profissionais por Equipe, do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde). Este relatório contém informações como: A Unidade Saúde da Família (bairro pertencente), nome dos profissionais de todas as Unidades do Município, a especialidade (cargo), carga

horária de trabalho, micro áreas das quais fazem parte e data de entrada. Todos com o objetivo de conhecer melhor o público estudado, no caso, os ACS's.

No presente estudo, os dados primários foram testados a partir de um questionário-piloto, aplicado em uma Unidade Básica de Saúde do município de Teixeira (MG), cidade vizinha, com características semelhantes. A partir da pré-análise destes resultados, optou-se por retirar as questões 4 e 5 do questionário, por motivos de dificuldade dos profissionais quanto ao entendimento das mesmas.

A partir de então, o questionário reformulado e formado de questões abertas e fechadas (Apêndice I) foi aplicado aos ACS's. Pretendeu-se, então, abordar a rotina de trabalho dos ACS e a percepção sobre seu processo de trabalho de acordo com os temas: "Características Sócio Demográficas dos participantes", "Características do Trabalho do ACS", "Educação em Saúde", "Gestão do Trabalho" e "Processo de Trabalho".

Assim, o questionário foi estruturado com 41 questões (abertas e fechadas), dispostas em blocos/categorias (Dados Gerais, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde), tendo como campo de respostas das perguntas fechadas a escala tipo *Likert*, cinco níveis de avaliação: 1 - Concordo Plenamente; 2 - Concordo Parcialmente; 3 - Não Concordo nem Discordo; 4 - Discordo Parcialmente; 5 - Discordo Totalmente. Quanto às perguntas abertas, como suporte, foi realizada no decorrer da aplicação destes questionários a técnica de gravação em aparelho digital, que teve informações transcritas posteriormente, no próprio instrumento de coleta de dados.

As escalas do tipo *Likert*, ou escalas somadas, requerem que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à opinião ou atitude que está sendo medida. Atribui-se valores numéricos e, ou, sinais às respostas para refletir a força e a direção da reação do entrevistado à declaração, permitindo assim, a ordenação de indivíduos através da 'favorabilidade' de sua atitude com relação a determinado objeto (OCKERT, 2005).

As principais vantagens das Escalas *Likert* em relação às outras, segundo Mattar (2001), são a simplicidade de construção; o uso de afirmações que não estão explicitamente ligadas à atitude estudada, permitindo a inclusão de qualquer item que se verifique, empiricamente, ser coerente com o resultado final; e ainda, a

amplitude de respostas permitidas apresenta informação mais precisa da opinião do respondente em relação a cada afirmação.

Assim, foram realizadas entrevistas estruturadas, em formato de questionário com 14 ACS's de 4 UBS's. Foram excluídos da pesquisa trabalhadores em período de férias e que atuaram menos de seis meses no cargo, por não apresentarem experiência consolidada da realidade.

4.4. Tratamento e Análise dos Dados

As entrevistas gravadas em aparelho digital e transcritas na íntegra e os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2009; MINAYO, 2010).

A Análise de Conteúdo é um método de tratamento e a análise de informações é escolhida por meio de técnicas de coleta de dados. Aplica-se à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação oral, visual, gestual, alocada a um texto. Tem como fundamento a compreensão crítica do significado das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas (o dizível e o indizível) (BARDIN, 2009).

Bardin (2009, p.121) apresentou as seguintes tipologias das categorias de análise:

a) Pré-análise: organização, operacionalização e sistematização das informações. Por ser flexível, permite alterações para melhor explicação do fenômeno estudado. Na pré-análise destaca-se a leitura superficial do material, a qual consiste na identificação da estrutura da narrativa. Por exemplo, conteúdos ideológicos, significados a respeito do fenômeno – visão de homem e mundo. Identificar palavras-chave utilizadas pelo narrador. b) Análise do material: codificação e agrupamento dos dados em unidades; categorização e quantificação da informação. c) Tratamento dos resultados: *por que* e o *que* analisar. Privilegia o quantitativo. Não exclui a interpretação qualitativa.

Neste estudo, cada categoria é composta por múltiplas subcategorias, as quais traduzem a importância específica de um elemento que caracterize os ACS's de Viçosa e região em comparação ao referencial apontado anteriormente.

Constituiu-se, também e especificamente, categorias e subcategorias de análise como forma de avaliar que tipo de treinamento os ACS's estão recebendo e de que forma ele se enquadra na gestão do trabalho em saúde (Quadro 1).

Quadro 1 - Categorias e subcategorias de análise.

Categorias	Objetivos	Sub-categorias
1) Características do Trabalho do ACS	Descrever características gerais do trabalho do ACS dentro da UBS's.	1.1. O ingresso do ACS na UBS. 1.2. Visitas Domiciliares. 1.3. Atividades Desempenhadas pelos ACS's. 1.4. Atuação em Outras Comunidades 1.5. Desarticulação da capacidade gestora entre estados e municípios.
2) Gestão do Trabalho em Saúde	Compreender como o ACS entende e percebe sua estrutura de trabalho dentro da ESF, bem como verificar a existência de regularidade no exercício profissional do ACS.	3.1 Planos de Carreira. 3.2. Cargos e Salários. 3.3. Regulação do exercício profissional.
3) Educação em Saúde	Identificar iniciativas de Educação do trabalho na rotina do ACS, bem como compreender como este percebe esses processos.	4.1. Pólos de Educação Permanente em Saúde. 4.2. Controle Social no Setor. 4.3. Treinamento dos ACS's.
4) Processo de Trabalho	Verificar os principais determinantes de trabalho na visão do ACS.	5.1. Percepção do trabalho. 5.2. Identificação dos avanços e dificuldades da ocupação.

Fonte: Elaborada pela autora.

Desse modo, as duas primeiras categorias (1 e 2) foram elaboradas com o objetivo de ampliar a análise do perfil das ACS's e as duas seguintes (3 e 4), para tentar abordar aspectos do formato da profissão de ACS e sua capacitação na ESF. A última categoria, a de número 5, foi criada com o objetivo de complementar a temática e subsidiar melhor o problema de pesquisa. A seguir, todas as subcategorias serão descritas:

Categoria “Características do Trabalho do ACS”

- O ingresso do ACS na UBS: com esta subcategoria busca-se discorrer como se dá o processo de inserção do ACS no seu contexto de trabalho, ressaltando a existência de procedimentos de admissão formais ou informais como requisito mínimo a esta função.

- Visitas domiciliares: tendo em vista o cunho tático do ACS de Viçosa para com as famílias que são responsáveis, torna-se importante entender de que forma as visitas domiciliares se apresentam como a principal função do ACS.
- Atividades desempenhadas pelos ACS's: assim como a visita domiciliar tem sua importância na consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), entender outras atividades desempenhadas pelo ACS fornece a compreensão sobre aspectos pouco discutidos sobre as ações que tais atores desempenham, tomando por base o ACS de Viçosa e região.
- Atuação em outras comunidades: com esta subcategoria é possível debater se as demandas da comunidade estão acima da capacidade do ente estatal, e se com isso, o ACS está desempenhando a função de atendimento em outras comunidades, visando suprir essa possível carência, e como o mesmo reage perante este processo.
- Desarticulação da capacidade gestora entre estados e municípios: uma das propostas do modelo societal de administração pública é a articulação por meio da desmonopolização do atendimento ao setor social. De modo que, a importância dessa subcategoria reside em discutir os contornos da articulação (ou desarticulação) do estado e município, e suas possíveis implicações ao nível de trabalho do ACS de Viçosa e Região.

Categoria “Gestão do Trabalho em Saúde”

- Planos de carreira: por meio desta subcategoria busca-se aferir que nível de conhecimento o ACS de Viçosa e região têm sobre as iniciativas de Gestão do Trabalho em Saúde voltadas aos planos de carreira, utilizando-se como respaldo o documento-base da III CNGTES e NOB-RH/SUS.
- Cargos e Salários: dentro dessa subcategoria busca-se auferir o mesmo grau de conhecimento mencionado na variável anterior.
- Regulação do Exercício Profissional: a partir dessa subcategoria, que se destina a averiguar o conhecimento dos ACS's de Viçosa e região sobre a regulação do seu exercício, pretende-se relacionar preceitos básicos sobre o exercício profissional no documento base da III CNGTES, dentro da temática de gestão do trabalho em saúde.

Categoria “Educação em Saúde”

- Polos de Educação Permanente em Saúde: como uma das subcategorias da categoria Educação em Saúde, esta subcategoria dá conta de unidades, escolas, instituições e outros grupos destinados ao treinamento dos ACS's em Viçosa e Região, e como estão dimensionadas as unidades de educação permanente, a partir de um contexto territorial no qual os ACS's estão inclusos.

- Controle Social no Setor: espera-se com essa subcategoria captar a forma como o controle social é exercido pelos ACS's, ou seja, de que forma o ACS compreende os espaços de participação social da saúde no município e como isso impacta na oferta dos serviços da UBS, juntamente ao estado e à sociedade civil, considerando-se também o preparo e educação do ACS voltados para a negociação e o diálogo.

- Treinamento dos ACS's: esta subcategoria contempla o treinamento tanto do ACS para o exercício de sua função técnica, quanto para a implementação da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, visa discutir, à luz dos dispositivos legais, a necessidade de treinamento para o ACS de Viçosa e Região.

Categoria “Processo de Trabalho”

- Percepção do Trabalho: nesta subcategoria buscou-se apresentar a relação que os ACS's desenvolveram com o seu trabalho, em que o sujeito expresse essa relação de um ponto de vista subjetivo.

- Identificação dos avanços e das dificuldades da ocupação: também na perspectiva do ACS's, buscou-se elucidar como a atividade se delineou no decorrer do seu exercício, quais os seus ganhos e seus pontos a serem melhorados.

A Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria nº 1.823, 23 de agosto de 2012) garantiu retaguarda técnica especializada em saúde do trabalhador para o conjunto de ações e serviços da rede do Sistema Único de Saúde através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Organizado segundo o método do apoio matricial às equipes de referência das diversas instâncias da rede de atenção, promoção e vigilância em saúde, garantindo funções de suporte técnico, de educação permanente, de assessoria ou coordenação de projetos de assistência, promoção e

vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência, além de atuar como articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador (BRASIL, 2012b, p. 22).

Na sequência, foram utilizados referenciais para que, a partir das articulações dos dados do estudo, pudessem emergir novas interpretações. No intuito de preservar o anonimato dos participantes, adotou-se a terminologia ACS 1 a ACS 14.

4.5.Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa para análise e aprovação, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c).

4.6.Objeto de estudo

Percepção do ACS sobre o seu processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

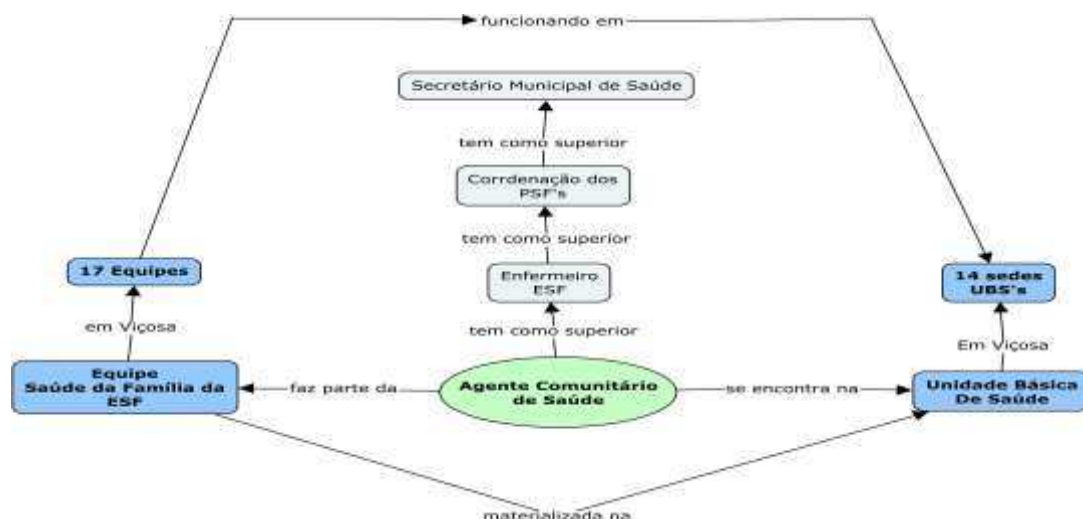
4.7 Contexto de Viçosa

A população de Viçosa-MG é composta por 76.745 habitantes, de acordo com estimativa populacional da cidade realizada recentemente (IBGE, 2014). Por ser considerada uma cidade universitária, Viçosa foi selecionada como local de estudo, tendo em vista a representatividade nacional, em termos educacionais, que a Universidade Federal de Viçosa (UFV) traz à cidade. Questões envolvendo tal assunto tornam-se muito importantes devido à oferta de cursos de graduação como Nutrição, Enfermagem e Medicina, que a UFV oferece, impactando direta ou indiretamente a população local.

Em Viçosa, 63,03% da população estão cobertos pela APS (48.000 pessoas). O número de equipes saúde da família na cidade cresceu consideravelmente nos últimos 10 anos, passando de um número de 3 equipes em 2005 para 17 em 2015. Neste contexto, o número de Agentes Comunitários de Saúde também cresceu de forma considerável do ano de 2005 a 2015, passando de 30 ACS's para 90 ACS, cobrindo assim (em acesso) a população de Viçosa num percentual de 67,43% (BRASIL, 2015).

Viçosa dispõe de 17 equipes e 14 sedes de saúde da família, as quais são vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, MG. Em caráter ilustrativo, a Figura 2 traz um panorama do funcionamento da Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Viçosa-MG, destacando a posição do ACS dentro da organização dos serviços de saúde.

Figura 2 - Organização da Saúde – APS em Viçosa.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados obtidos na coordenação das Unidades Básicas de Saúde de Viçosa-MG (Secretaria Municipal de Saúde, 2015).

A Tabela 1 apresenta a relação de Unidades Básicas de Saúde (UBS's) de Viçosa, MG, o número de Agentes Comunitários de Saúde de cada unidade, o número da equipe total e a descrição de cada profissional que pertencem a essa equipe.

Tabela 1 - Unidades Básicas de Saúde (UBS's), Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e demais profissionais de saúde em Viçosa (MG), 2015.

(UBS's)	ACS's (nº)	Equipe Total	Membros
Bom Jesus (1)	4	8	*ACS's ¹ /Aux.esc ² /Enf ³ /Méd ⁴ /Téc.enf ⁵ .
Bom Jesus (2)	4	8	ACS's/Aux.esc/Enf/Méd/Téc.enf.
Novo Silvestre	4	9	ACS's/Aux.esc/Enf/Faxin ⁶ /Med/Téc.enf.

Silvestre	5	10	ACS's/Aux.buc. ⁷ /Dent ⁸ /Enf/Téc.enf.
João Braz	5	9	ACS's/Aux.esc/Enf/Med/Téc.Enf.
Vale do Sol (São Sebastião)	6	11	ACS's/Aux.esc/Enf/Med/Nut ⁹ /Téc.Enf.
Posses	6	13	ACS's/Aux.lav ¹⁰ /Aux.buc/Dent/Enf/Med/Téc.enf.
Santa Clara	8	13	ACS's/Aux.esc/Enf/Faxin/Med/Téc.Enf
Barrinha (1 e 2)	7	16	ACS's/Aux.buc/Dent/Enf (2)/Faxi/Med/Nut. Téc.enf.
Nova Viçosa	6	12	ACS's/Aux.buc/Dent/Enf/Med/Nut/Téc.Enf.
Santo Antônio (1)	6	10	ACS's/Enf/Faxi/Med/Téc.enf.
Santo Antônio (2)	7	13	ACS's/Aux.esc/Aux.buc/Dent/Enf/Med/Téc.enf.
Amoras	6	12	ACS's/Aux.esc/Aux.buc/Dent/Enf/Med/Tec.enf.
Cachoerinha	3	10	ACS's/Aux.esc/Aux.buc/Dent/Enf/Faxi/Med/Téc.enf.
São José do Triunfo	6	12	Aux.buc/Dent/Enf/Faxi/Med/Téc.enf.
Nova Era	7	11	ACS's/Aux.esc/Enf/Med/T.enf.
TOTAL	90	177	10 cargos

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados obtidos na coordenação das Unidades Básicas de Saúde de Viçosa-MG (Secretaria Municipal de Saúde, 2015).

*1 Agentes Comunitários de Saúde; ² Auxiliar de Escritório; ³ Enfermeiro; ⁴ Médico; ⁵ Técnico Enfermagem; ⁶ Faxineiro; ⁷ Auxiliar Bucal; ⁸ Dentista; ⁹ Nutricionista; ¹⁰ Auxiliar de Lavanderia.

O Estudo foi desenvolvido em 4 Unidades Básicas de Saúde, nos bairros Silvestre, João Braz, Amoras e Bom Jesus. Cada UBS é constituída de uma equipe de Saúde da Família, à exceção do Bom Jesus que apresenta 02 (duas) equipes, contemplando 5 equipes Saúde da Família, da Estratégia Saúde da Família. Vale reforçar que, as UBS's selecionadas se localizam em regiões distintas da cidade (Figura 1), com o objetivo de retratar parte da realidade da APS em Viçosa.

Contudo, apesar da tentativa de realização de uma pesquisa censitária, as entrevistas foram aplicadas de acordo com a receptividade de cada UBS, ou seja, as que se prontificaram a participar da pesquisa, após contato realizado. Nesse sentido, a pesquisadora conseguiu chegar às 04 (quatro) UBS's.

Em face dessa realidade, adotou-se a Amostra por Conveniência. Embora não apresente grande representatividade, estatisticamente e de forma adequada, a amostra tende a atender aos objetivos propostos. Trata-se, portanto, de uma amostragem do tipo não probabilística intencional, em razão das UBS's escolhidas apresentarem características típicas para estudo do fenômeno. Logo, foi desenvolvido um estudo de caso.

5.RESULTADOS

Nesse capítulo foram apresentados os resultados da pesquisa, com base no referencial teórico adotado e nos autores que abordam o objeto de investigação.

Destarte, dos 90 ACS's atuantes no município, 14 ACS's participaram da pesquisa, pertencentes a 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e 5 equipes Saúde da Família (Amoras, Bom Jesus I e II, João Braz e Silvestre). Vale destacar que há três UBS's no município que comportam mais de uma equipe Saúde da Família, por isso o número de UBS's e Equipes são distintos.

Reforça-se aqui, que por motivos de falta de entendimento dos ACS's, prejudicando, assim, a continuidade da entrevista, foram retiradas do questionário dos ACS's, após estudo piloto, as questões 4 e 5: (Você conta com o apoio e incentivo de gestores, para participar do comitê municipal de desprecarização do trabalho no SUS? Em que medida as mesas de negociação de trabalho interferem nas suas relações de trabalho?).

5.1.Características Sociodemográficas dos Participantes

De acordo com os dados coletados junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) das 04 (quatro) UBS's (Amoras, Bom Jesus I e II, João Braz e Silvestre), constituída por 05 (cinco) equipes Saúde da Família de Viçosa, foi possível traçar um perfil sociodemográfico dos sujeitos.

Ao se levantar características sociodemográficas das ACS's participantes, constatou-se que estas são, todas do sexo feminino, possuem ensino médio completo (73%) e renda média mensal familiar de, aproximadamente, 02 (dois) salários mínimos. De todas as pesquisadas, a carga horária cumprida na função de Agente Comunitário de Saúde é de 40 horas semanais. Além disso, o tempo de experiência nesta atividade é, em média, 06 (seis) anos, considerando este conjunto amostral.

Tomando por base esse cenário, a próxima seção aborda, dentre outros fatores do trabalho dos ACS's, o formato de contratação destes, tendo em vista a variedade de regimes de trabalho hoje existentes, assim como, as atividades desempenhadas, o caráter das visitas feitas às famílias das comunidades, a atuação

nas demais comunidades quando necessário e a falta de articulação entre capacidade gestora estadual e municipal.

5.2.Características do Trabalho do ACS

Essa categoria explicita as características gerais do trabalho do ACS nas UBS's, a forma de ingresso no trabalho e outras questões envolvendo aspectos particulares e do dia-a-dia do agente e suas principais dificuldades. Serão abordados os seguintes tópicos: O ingresso do ACS na Administração Pública, Visitas Domiciliares, Atividades Desempenhadas pelos ACS's, Atuação em outras Comunidades e a Desarticulação da capacidade gestora entre estados e municípios. Essas características merecem destaque, pois, a partir delas pode-se conhecer a forma como o ACS se insere no trabalho com a comunidade e assim, compreender a sua importância na promoção da saúde.

5.2.1 O ingresso do ACS na UBS

Na análise dessa subcategoria, percebeu-se, do ponto de vista do ACS, certa dificuldade em reconhecer a sua forma de ingresso na administração pública municipal. A maioria afirma ser submetida a “Processo Seletivo”, porém não sabe reconhecer se esse seria uma forma de “Terceirização de Serviços” (21%) ou “Contrato Temporário” (29%) com vigência de 02 (dois) anos.

5.2.2 Visitas Domiciliares

As visitas domiciliares se caracterizam como a principal atividade desempenhada pelos ACS's, o que determina e mantém o contato da comunidade com as Unidades Básicas de Saúde (UBS's).

Todos os ACS possuem uma meta de visitas domiciliares que precisa ser feita durante o mês, calculada pelo enfermeiro-chefe de cada UBS, de acordo com o número de pessoas a serem atendidas em determinada área. Essas metas são determinadas pela Secretaria Municipal de Saúde e acompanhadas pelos enfermeiros responsáveis pelas UBS's.

O cálculo do número de visitas é feito a partir do número de pessoas pertencentes a determinada micro-área de uma UBS, podendo variar, no mínimo 400 e no máximo 750 pessoas por Agente Comunitário, o que reflete também, no número de domicílios a serem visitados. Apesar disso, o Ministério da Saúde estabelece como parâmetro que, pelo menos, uma vez por mês, um domicílio seja visitado (BRASIL, 2001b).

Contudo, essas metas, atualmente, não estão sendo alcançadas na cidade de Viçosa pelas ACS'S e, infere-se que seja por conta de dois fatores: o primeiro deles que se destaca é a excessiva burocracia existente hoje, no dia a dia das Unidades, fato corroborado pelo seguinte relato:

[ACS 1]: “Como na atualidade, diante das mudanças do e-SUS, está ficando pesado, porque não dá conta de fazer um serviço direito, não dá pra fazer com qualidade porque, o que acontece...são metas pra bater...tudo digitado no cadastro do e-SUS...muita burocracia, então, fica bem difícil, não vai ficar com qualidade, aí tem 229 famílias, equivalente a 700 e poucas pessoas...é muito...Não dá pra um agente ficar com 700 pessoas, devido às mudanças que “está” tendo, entendeu?...”.

Retomando a discussão sobre os fatores que geram o não alcance das metas estabelecidas aos ACS's de Viçosa, foi possível constatar que o segundo fator é a falha de comunicação, que pode ser comprovada por meio do seguinte trecho de uma ACS: [ACS 2]: “É porque não é repassado pra gente o que é realmente pra gente fazer, entendeu? e muitas vezes nós acabamos fazendo coisas que não precisam ser feitas! As vezes, a gente preenche “papel” aqui sem necessidade”.

Logo, percebe-se uma falha na comunicação entre enfermeiros e ACS's, bem como um comprometimento da qualidade das informações que partem da SMS e chegam às UBS's, o que, conseqüentemente, prejudica a visita domiciliar. Essa realidade é percebida a partir do relato de uma das ACS's:

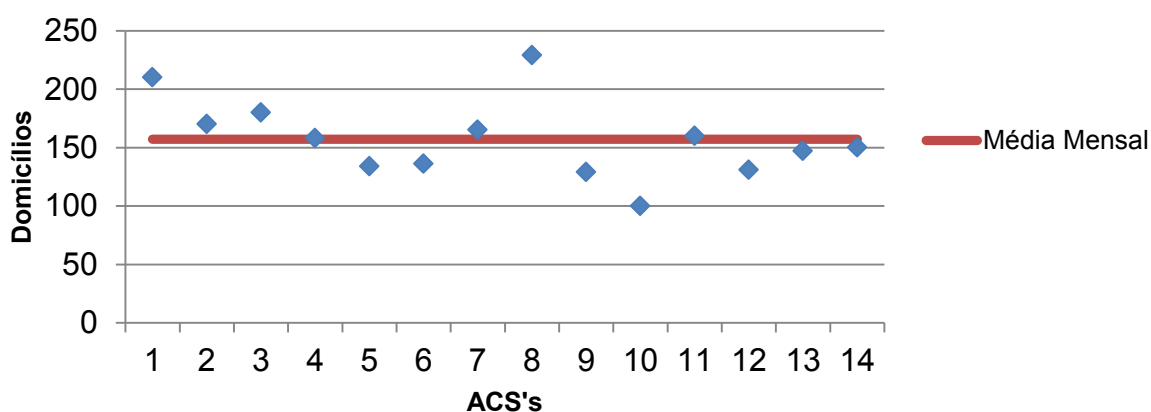
[ACS 6]: “Temos que fazer pelo menos 50% das visitas né, mas ela entende que tem dias que a gente não consegue fazer...se eu tenho 100 famílias cadastradas, tenho que ter no mês as 100 visitas, tenho que cobrir. Aí quando não dá a gente justifica por escrito que estávamos fazendo serviço interno...”

Nesse trecho, a ACS relata a média de visitas domiciliares mínimas que precisam ser feitas durante o mês e destaca que é uma orientação da enfermeira-chefe da Unidade, além de afirmar que são feitas justificativas acerca das casas não visitadas durante o mês.

Considerando os trechos coletados, pode-se perceber que não há um rigor acerca da quantidade correta de casas a serem visitadas, pois estas são facilmente justificadas pelo próprio ACS e aprovadas pela enfermeira-chefe da unidade.

Diante dessa problemática, foi solicitado ainda, que as ACS's indicassem a quantidade de visitas domiciliares que, de fato, tem sido realizada mês a mês, de forma que se chegou a uma média mensal de visitas de aproximadamente 150 domicílios/mês (Figura 3).

Figura 3 - Média Mensal de Visitas Domiciliares Realizadas pelas ACS's.



Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Com o objetivo de garantir a cobertura da população, através dos serviços prestados pelas UBS's, as visitas domiciliares são acompanhadas pelos órgãos superiores de saúde, como a Secretaria Municipal de Saúde. Ressalta-se, assim, que há uma real dificuldade da ACS no cumprimento dessas metas, visto a falta de rigor no repasse de informações pertinentes sobre isso. Dificuldade, esta, mantida pela Secretaria Municipal de Saúde e coordenação da ESF do Município, percebido em todo o trâmite de acesso aos dados necessários à realização desta pesquisa.

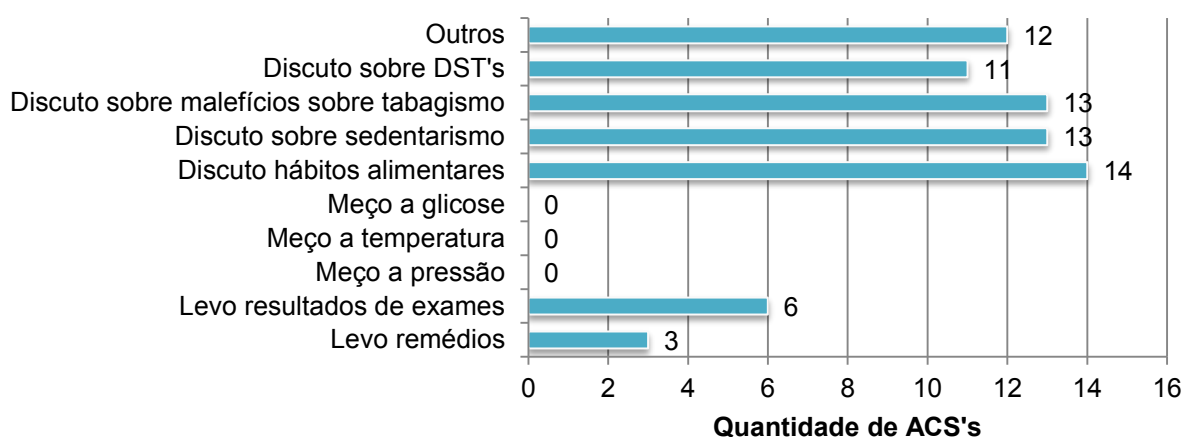
5.2.3. Atividades Desempenhadas pelos ACS's

O ACS desempenha vários tipos de atividades na realização das visitas domiciliares (Figura 4). As que mais se destacam são as conversas sobre hábitos alimentares saudáveis, sedentarismo e tabagismo. Outras questões envolvendo a assistência também são destacadas pelas ACS's:

[ACS 4]:“a gente sempre pergunta se teve internação, a questão também das crianças, a vacinação, a questão da tosse né, em caso de risco de tuberculose, sobre diarreia que tem que ter um controle, mais essas coisas...”.

[ACS 5]:“Verificar se já fez preventivo, mamografia...minha função é orientar, alerta sobre atividades físicas, a gente trabalha com prevenção né?!...”.

Figura 4 - Papéis desempenhados pelas ACS's no acolhimento aos usuários.



Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Pôde-se perceber que, dentre as práticas mais recorrentes dos ACS's com a comunidade se destacam aquelas que são realmente de promoção à saúde. Essas práticas, como por exemplo, a discussão sobre sedentarismo, alimentação e tabagismo podem ser valoradas de forma positiva, encarando o ACS como um importante aliado e mediador entre a comunidade e a equipe de saúde.

Além dessas atividades, as ACS's destacaram que costumam conversar com os usuários sobre como anda a saúde, se o cartão de vacina das crianças está em

dia, se as mulheres já realizaram o preventivo, dentre outros, como demonstrado na fala acima.

5.2.4 Desarticulação da capacidade gestora entre estados e municípios

Algumas ACS's apontam sua posição ao falar do assunto e afirmam que, muito do que é discutido e passado para elas fazerem é desarticulado e não atendem à realidade do trabalho delas com a comunidade. [ACS 12]: "Olha a cobrança é muita! Porque tudo bate em cima de metas né... São muitas cobranças, mas, infelizmente, são poucos funcionários, não dá né...".

5.3 Gestão do Trabalho

O tema "Gestão do Trabalho" hoje tem sido trabalhado incessantemente pelas organizações de modo geral, principalmente na área pública, onde muitos conflitos interferem, de forma decisiva, na prestação dos serviços à população. Fato que pode ser explicado pelo ambiente de trabalho ser formado por uma grande multiplicidade de valores sociais. Assim, deve-se buscar fortalecer as relações por meio da inserção de modos de convivência que valorizem o respeito e a coletividade (BRASIL, 2005b).

A concepção de gestão do trabalho pressupõe entender o trabalho como uma categoria central na construção dos atores sociais, em um movimento construtivo, no qual, ao mesmo tempo em que o trabalhador se constrói, atua e se reconhece como pertencente ao ambiente de trabalho (BRASIL, 2005b. p. 33).

Logo, busca-se neste tópico, compreender como o ACS entende e percebe sua estrutura de trabalho dentro da ESF, bem como verificar a existência de regularidade no exercício profissional do ACS.

5.3.1 Planos de Carreira/Cargos e Salários

Todavia, pode-se perceber, por meio dos relatos dos ACS's, que esta não é uma realidade no município e o que pode ser reflexo da situação em muitos municípios do Brasil, pois muitos deles nunca ouviram falar no plano: "Não, não procuro muito saber dessas coisas não..." (ACS 2).

Vale ressaltar que as ACS's desconhecem esse plano e não usufruem do benefício.

5.3.2 Regulação do exercício profissional

Contudo, mais da metade dos ACS's entrevistados (57%) (Figura 5), desconhece a existência da regulação formal da profissão de ACS no Brasil, a qual teve como marco importante a assinatura do Decreto 3.189, em 1999, que reconhece o trabalho do ACS como “de relevante utilidade pública” e destaca a importância social da categoria no movimento em direção à criação da categoria de agente comunitário de saúde (BRASIL, 1999). Em verde, 21% não se manifestaram sobre o assunto.

Figura 5 - Conhecimento sobre a regulação do exercício profissional.



Fonte: Pesquisa de campo (2015).

[ACS 1]: “Eu acho que existe, só não sei o nome, mas a gente sabe que tem umas leis né, direitos e deveres, o que a gente pode ou não fazer...tem na cartilha, então tem né...”.

Quando questionado se há algum tipo de conflito entre os conselhos profissionais distintos dentro da ESF, mais da metade dos ACS relata que não há tanto, pois cada um sabe o tipo de atividade que pode ou não desenvolver.

Contudo, alguns ACS's usaram o espaço das entrevistas para relatarem a falta de diálogo entre os diversos profissionais da equipe: [ACS 9]: “...O que eu vejo de conflito é que, às vezes, falta muito diálogo entre a equipe sabe, muitas

informações sobre os nossos pacientes, a gente não fica sabendo depois que encaminhamos, acho isso falta de respeito”.

5.4.Educação em Saúde

Em todos os campos indicados para a prática de ensino-aprendizagem em saúde, deve-se assegurar qualidade assistencial, pedagógica e didática satisfatória. Assim, a análise desta categoria envolve reconhecer os pólos de educação permanente, o controle social exercido e o treinamento destes ACS's. Na sequência, abordam-se esses três tópicos, evidenciando-se características das iniciativas de educação para o trabalho do ACS, assim como a devida compreensão do mesmo em relação a estes processos.

5.4.1.Polos de Educação Permanente em Saúde

Com relação à oferta de capacitações para as equipes Saúde da Família no município, de maneira geral, não se obteve um resultado que confirmasse pólos de Educação Permanente em Saúde no município. Contudo, mais da metade dos ACS's entrevistados relataram a participação continuada do Departamento de Enfermagem e Medicina (DEM) da Universidade Federal de Viçosa (UFV), com o Programa de Educação Permanente (PEP), onde várias palestras são ministradas, com o objetivo de suprir demandas de trabalho, envolvendo a Estratégia Saúde da Família e o próprio trabalho rotineiro do ACS. Contudo não se pode considerar como um treinamento oficial das ACS, apresentando-se como um projeto de extensão do DEM.

Os Polos foram gerados pelo Ministério da Saúde com base na Lei e na NOB-RH/SUS; foram aprovados pelo CNS e, em seguida, pactuados na CIT; finalmente, foram instituídos pela Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Hoje, são mais de 100, por todo o País, e a educação permanente em saúde é a sua principal estratégia de ação (BRASIL, 2005b. p. 46).

5.4.2.Controle Social no Setor

Quanto à participação em reuniões do Conselho Municipal de Saúde, 64% das ACS's afirmaram ter participado, alguma vez, de reuniões do Conselho ; 36% nunca

participaram, mas destacaram a importância da ação. Contudo, pode-se perceber no relato de uma das ACS's, a conscientização sobre a importância da participação social da comunidade e a necessidade da participação do ACS neste contexto.

[ACS 2]: “Já participei de duas reuniões do Conselho, só fui pra assistir mesmo, tinham várias coisas sendo discutidas, cobranças de pessoas que parecem que agendam com antecedência, pra poder falar. Eu achei muito importante, aí eu já tô com ideia de criar um conselho de saúde de bairro aqui tem muito tempo. Aí a gente está tentando conscientizar e mobilizar a população pra ver como funciona, pra só depois a gente instituir, pra não pegar as pessoas e elas não terem noção de nada e a coisa não ir pra frente. Então a gente está tentando reunir uma vez por mês, ir colocando ideias, deixando a pessoa desabafar, o que acha que tá ruim, que pode mudar, melhorar... Aí na próxima, a gente vai passar como funciona o regimento, como vai ser”.

5.4.3 Treinamento dos ACS's

A Tabela 2 apresenta as assertivas referentes ao treinamento na função de ACS e na ESF. Obedecendo à uma escala *Likert*, esses resultados visam mostrar, em porcentagem, quantas ACS's sentem-se preparadas para a realização das atividades a partir destes treinamentos.

Tabela 2 - Participação nos treinamentos e importância para os ACS's.

ASSERTIVAS	Cpl	Cpa	Ncnd	Dpa	Dto
“Participei de treinamentos, os quais me capacitaram/prepararam para o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde”.	57%	14%	0%	0%	29%
“Recebi treinamento introdutório sobre a Estratégia de Saúde da Família”.	29%	0%	7%	0%	64%
“Me sinto, hoje, melhor preparado depois de receber os treinamentos.”	71%	0%	0%	0%	29%

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Legenda: Cpl = Concordo plenamente; Cpa = Concordo parcialmente; Ncnd = Não concordo nem discordo; Dpa = Discordo parcialmente; Dto = Discordo totalmente.

Como pode ser observado, 57% deles afirmaram participar dessas iniciativas quando ofertadas, levando em consideração o Programa de Educação Permanente (PEP) e palestras de alguns estagiários que estão na UBS. 29% afirmam não ter participado de treinamentos. Vale ressaltar que alguns ACS's não reconhecem (dados da entrevista semiestruturada) o PEP do DEM-UFV como sendo um tipo de treinamento, que apesar de não ser um treinamento oficial, como destacado anteriormente, funciona como único apoio de educação em saúde para os ACS's do município, na atualidade.

Já na questão do treinamento introdutório em ESF, a Tabela 2 aponta situação contrária: 64% discordam totalmente nesse quesito, o que indica que foram raros os agentes que receberam o treinamento que contemple essa temática. Desse modo, apenas 29% afirmam ter recebido tal treinamento, e 7% não concordam e nem discordam.

Outras ACS's destacam sua participação em treinamentos:

[ACS 11]: "E nós temos também as capacitações com as meninas do PEP. De vez em quando também tem algumas atividades com as meninas do NASF. Até que a gente não pode reclamar não, a gente tem tido umas capacitações muito boas".

[ACS 6]: "uma vez fizeram para os ACS's, mas tem muito tempo... deve ter uns 5 anos isso...a gente sempre tem os estagiários que tem uns cursos para nós, igual, há pouco tempo teve as meninas da Psicologia. Sobre ética, com uma advogada também já teve, como lidar com os prontuários".

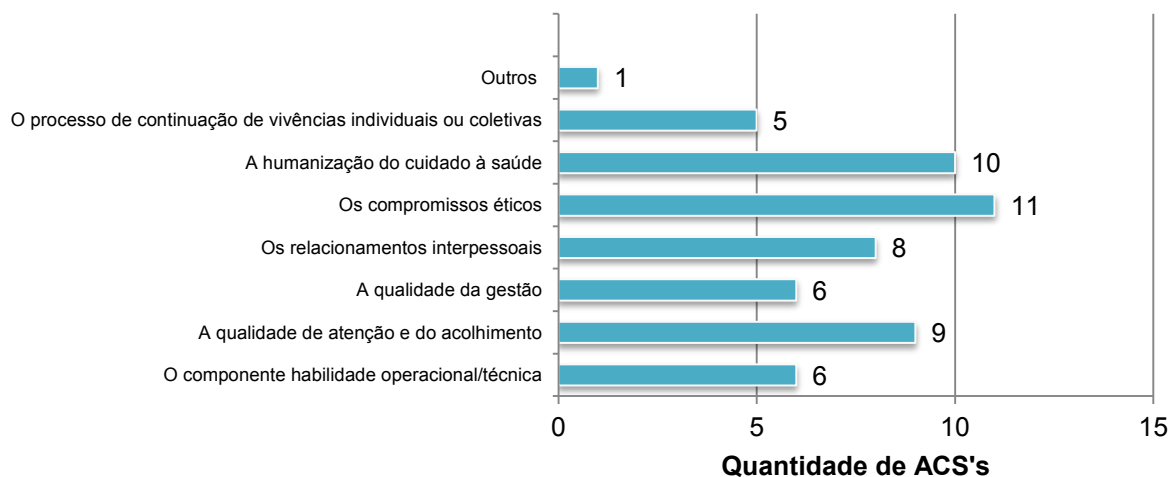
Apesar da situação apresentada, a Tabela 2 também mostra que 71% apresentam-se preparados para o trabalho, considerando os treinamentos anteriormente realizados; e 29% demonstraram estar totalmente despreparados para o exercício das funções, considerando também os treinamentos dos quais participaram.

Quando perguntadas se viram alguma desvantagem nos treinamentos, a resposta foi negativa. Não obstante, sugeriram temáticas que envolvessem mais o dia-a-dia de trabalho, em treinamentos futuros.

Foi solicitado aos participantes da pesquisa que indicassem qual a abordagem teve enfoque predominante nos treinamentos de ACS's. Em sentido decrescente, os compromissos éticos, os relacionamentos interpessoais, a qualidade de atenção e do acolhimento, os componentes habilidade operacional/técnica e o processo de continuação de vivências individuais ou

coletivas puderam ser comprovados e assim, relevantes para o exercício dos ACS de Viçosa (Figura 6).

Figura 6 - Foco dos Treinamentos para a função de ACS's.

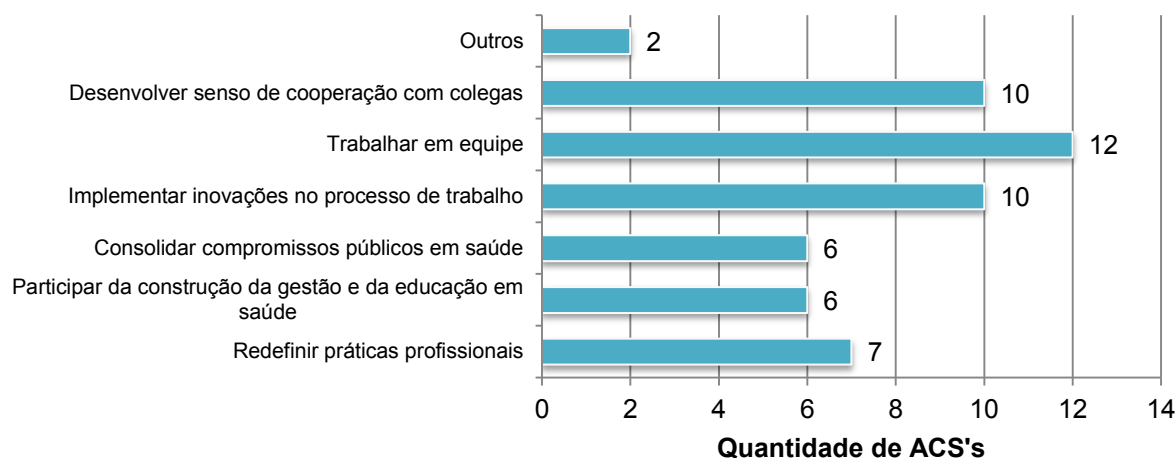


Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Quando investigadas sobre outros assuntos mais debatidos nos treinamentos que receberam, as ACS's destacaram ainda, ética no trabalho e algumas doenças como a tuberculose.

Com a finalidade de identificar quais os principais benefícios auferidos nos treinamentos, foi-lhes solicitado que avaliassem os benefícios mais relevantes. A Figura 7 expõe que toda a amostra considerou o trabalho em equipe como o ganho mais relevante após os treinamentos. Já a implementação de inovações no processo de trabalho, a redefinição de novas práticas profissionais e a participação da construção da gestão e da educação da saúde apresentaram importância considerada intermediária para esse grupo. Por último, um número pouco expressivo percebeu outros benefícios após o processo de treinamento ter ocorrido, como o aprendizado, de maneira geral, e o fortalecimento do vínculo entre os ACS's da cidade.

Figura 7 - Avaliação dos benefícios proporcionados pelos treinamentos.



Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Todas as ACS's entrevistadas concordaram que o aprendizado, fruto dos treinamentos que já participaram, foi de fundamental importância para a otimização da prestação do serviço à comunidade. Reforçaram, também, que os treinamentos não possuem nenhuma desvantagem, pelo contrário, é uma oportunidade que deveria ser oferecida com maior frequência.

Todavia, uma ACS afirmou que o tempo que passam nos treinamentos, acaba atrasando o trabalho burocrático na UBS, conforme assinalou a ACS1: o trabalho acaba acumulando quando temos que ir para o PEP.

5.4.4. Processo de Trabalho

O processo de trabalho em saúde apresenta similaridades e diferenças, se comparado ao trabalho em outras áreas de prestação de serviços. As realidades social, histórica e política do País corroboram a permanência de uma cultura de práticas autoritárias e centralizadoras de gestão. Isso é intensificado pela falta de capacitação adequada de muitos profissionais da saúde, como os ACS's, tanto da parte técnica como na parte político-social destes, o que pode acabar levando a uma reprodução de

um modelo mecanicista e tecnicista, com base em normativas e padronizações produzidas pelos que planejam e dirigidas àqueles que executam, resultando, muitas vezes, em situações de constrangimento e coerção no trabalho (BRASIL, 2005b. p. 32).

Destarte, esta seção busca apresentar o processo de trabalho das ACS's participantes da pesquisa e tenta apresentar a percepção destas acerca das condições de trabalho dentro das Unidades as quais fazem parte. Além disso, tenta elucidar de que forma as condições de trabalho interferem na dinâmica das equipes Saúde da Família.

5.4.5. Percepção do trabalho

Esse tópico aborda como as ACS's entrevistadas percebem seu processo de trabalho na ESF, envolvendo temas como: condições físicas e psicológicas de trabalho, a forma como as profissionais são distribuídas, a opinião delas sobre o quantitativo de profissionais atuando hoje na Unidade, além da percepção destas com relação às principais demandas da comunidade. Tais aspectos, em conjunto, tentam demonstrar de que forma problemas do trabalho afetam a rotina do ACS dentro da ESF.

• Quantitativo de ACS's nas Unidades

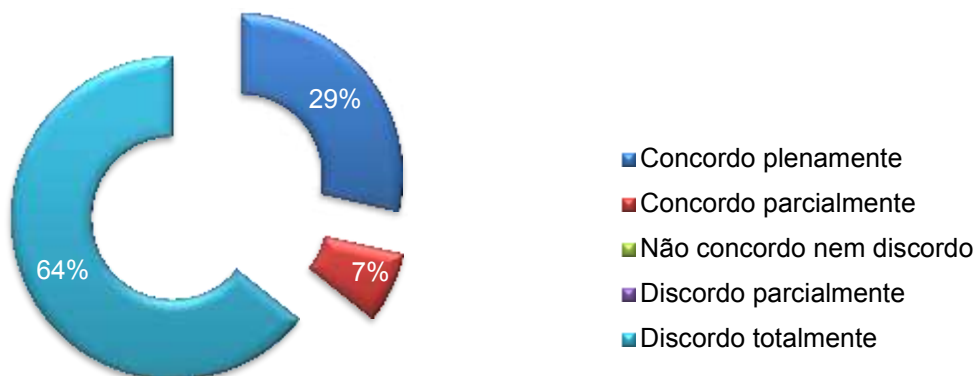
A distribuição adequada de profissionais dentro de uma Unidade Básica de Saúde pode impactar diretamente no dia a dia de uma comunidade, uma vez que este quesito dita a forma como a equipe se organizará para atender às exigências advindas dos órgãos superiores e também dos próprios usuários.

Assim, a Figura 8 demonstra que mais da metade das ACS's entrevistadas (64%) afirmam que o número de ACS's não é suficiente para o desempenho das atividades. Todavia, vale ressaltar que algumas UBS's estavam com o quadro mínimo de ACS's desfalcado, o que pode justificar parte da discordância quanto ao número de ACS's.

Apesar desse dado, 29% asseguram que o quadro de ACS's está contemplando as exigências da comunidade da qual fazem parte, por não

perceberem nenhum tipo de problema na prestação do serviço relacionado à falta de ACS na Unidade. Na sequência, 7% ressaltam que o quadro de ACS's atual da UBS's não tem tanta interferência na rotina de trabalho com a comunidade.

Figura 8 - Quantidade de Agentes/Desempenho do Trabalho.



Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Levando em conta a maioria de respostas discordantes quanto ao número de ACS's da UBS ser suficiente para o desempenho das atividades, no relato das ACS's, fica evidente a insatisfação com o quadro de ACS's nas 4 UBS's estudadas.

[ACS 1]: "Não, falta ACS, falta outros profissionais também...".

[ACS 2]: "Falta mais agente, porque agora a gente conseguiu mais uma, semana passada chegou mais uma, a gente não dá conta de fazer o serviço né?..".

[ACS 13]: "Eu acho que não, igual eu te falei, tiraram uma menina e não contrataram outra, aumentou muito o número de visitas, muito o número de pessoas pra gente *ta* atendendo...".

Estas reiteram que faltam também outros profissionais como, por exemplo, um auxiliar administrativo, para ajudar nas rotinas de transcrição de visitas domiciliares. Tal fato pode ser observado nos relatos abaixo, além de questionarem o sistema atual de lançamento dos dados dos usuários, afirmam serem precários e obsoletos.

[ACS 2]: "Se tivesse um *tablet* pra gente já chegar na casa da pessoa, fazer a visita e já lançasse tudo na hora, eu acho que a gente ia ganhar mais tempo... Porque é o tipo da coisa...A gente vai na casa, faz visita, vem anota, chega aqui tem que passar tudo pra uma folha, depois digitar tudo,

demanda muito tempo...Então é complicado...ou então mais um auxiliar administrativo ajudaria também...”.

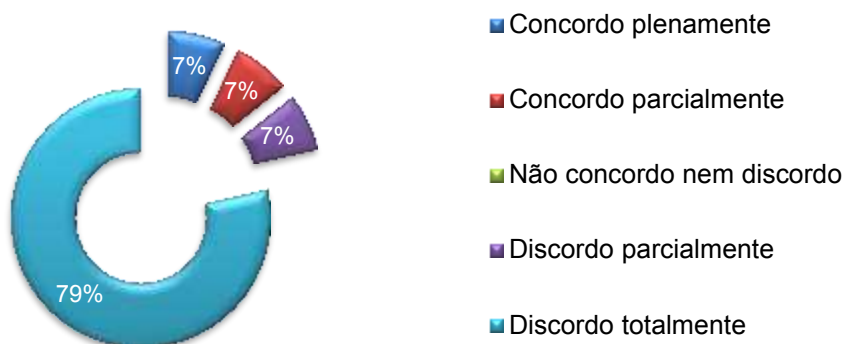
[ACS 4]: “A população é carente, não em termos financeiros, mas de uma atenção mesmo, então eu penso que um auxiliar administrativo ajudaria nisso, e não perderíamos tanto tempo em coisas burocráticas...”.

Desse modo, analisando os relatos das ACS's, torna-se perceptível que elas possuem uma visão muito própria acerca da importância do contato do ACS com a comunidade, além de se sentirem insatisfeitas em não conseguirem atender de forma plena, a comunidade por meio das visitas domiciliares, onde este contato se concretiza de fato.

- **Disponibilidade de materiais e equipamentos**

A Figura 9 e os recortes das falas das ACS's demonstram a insatisfação delas em relação à disponibilidade de materiais e equipamentos necessários para a realização das atividades diárias e básicas das UBS's. Assim, 79% discordam acerca da disponibilidade de materiais e equipamentos das UBS's serem necessários para o cumprimento das atividades. 7% delas concordam que a disponibilidade é adequada; a mesma quantidade concorda parcialmente, uma vez que a falta de materiais não afeta sua rotina de trabalho. A porcentagem se repete quanto ao quesito “discordo parcialmente”.

Figura 9 - Disponibilidade de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades.



Fonte: Pesquisa de campo (2015).

[ACS 1]: “O que falta? Desde uma borracha até um ventilador. Não tem filtro, não tem borracha, não tem caneta, não tem lápis, ventilador, estamos lutando pra conseguir um, não consegue, se bobear a gente vai ter que comprar um pra nossa sala, que é muito quente, difícil de trabalhar! Quer dizer, ambiente que a gente está trabalhando é quente, tem rato, se você quiser trabalhar mais tranquilo, você tem que trazer uma garrafinha de água de casa também, porque não tem um filtro. Até tem um bebedouro ali, mas quando falta água na rua, não bebemos água! ”.

[ACS 14]:“As vezes falta material pra fazer curativo, as vezes falta medicamento, as vezes falta material de limpeza, não é pra mim, mas você vê o menino da limpeza falando direto que falta...falta praticamente de tudo um pouco...”.

Logo, pode-se perceber a má gestão dos recursos destinados à saúde, de maneira específica à APS. Ou seja, o recurso destinado a demandas de almoçarifado, requisito básico para o funcionamento de qualquer ambiente de trabalho, não estão sendo atendidas, chegando ao extremo das próprias ACS's terem que comprar materiais com recurso próprio. Contudo, casos de maior gravidade, como óbitos por falta de algum material ou equipamento de trabalho, não foram relatados pelas ACS's, no momento da entrevista.

- **Estrutura Física das UBS's**

De acordo com a Tabela 3, foi questionado aos ACS se as UBS possuem infraestrutura adequada no que se refere a oito itens: banheiros limpos, paredes sem mofo, consultório médico com lavabo, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinas, espaço para reuniões e sala de espera. O resultado, em geral, apresentou uma alta taxa de satisfação: banheiros limpos (71%); consultório médico com lavabo (71%) e sala de enfermagem (79%). Dos que apresentaram maior insatisfação, o índice máximo foi de 93%, para a sala de vacinas, ou seja, não existe uma sala específica para vacinação nas UBS's participantes da pesquisa.

Tabela 3 - Percepção do ACS sobre as instalações e estrutura da UBS.

	Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Banheiros Limpos	71%	29%	0%	0%	0%
Paredes sem mofo	43%	43%	0%	0%	14%
Consultório Médico com Lavabo	71%	0%	0%	0%	29%
Sala de Enfermagem	79%	21%	0%	0%	0%
Sala de Curativos	50%	36%	0%	0%	14%
Sala de Vacinas	7%	0%	0%	0%	93%
Espaço para reuniões	36%	57%	0%	0%	7%

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Para cada quesito respondido “concordo parcialmente”, houve a justificativa de que havia o espaço, porém de forma improvisada, como por exemplo, a sala de reuniões, em que, de forma unânime, os ACS’s relataram que a sala deles servia de espaço para as reuniões da equipe.

Apesar do firmamento desse pacto, a realidade das UBS’s do município estudado não apresenta tais condições.

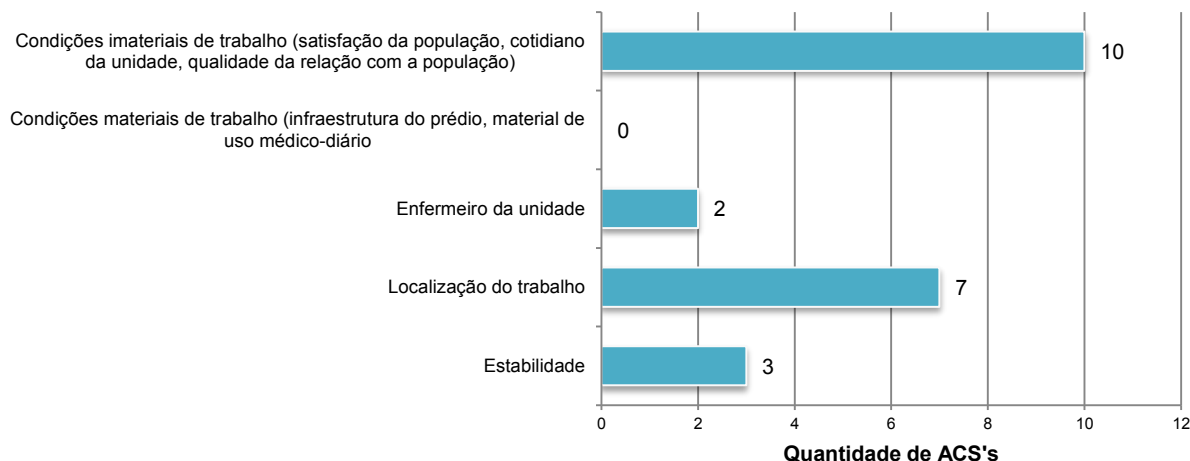
[ACS 3]: “Não falta mais porque muitas vezes a gente acaba comprando, mas não é certo né? Eu acho assim, se você (prefeitura) contrata uma pessoa, você tem que dar suporte pra ela trabalhar, né?... A gente pede todo mês, faz todo mês pedido pro almoxarifado, mas não vem, tudo está sempre em falta...Nem material pra feira de saúde tem nada, os usuários é que fazem doação de tudo que você imaginar.”

- **Fatores de permanência no emprego**

Como pode ser percebido na Figura 10 e nos trechos de entrevistas de dois ACS’s, a grande maioria deles relatou o vínculo com a comunidade e o reconhecimento desta com o trabalho desenvolvido por eles (condições imateriais de trabalho), como aspectos primordiais para se manterem no emprego hoje. Já o

questo “condições materiais de trabalho” também chama atenção por nenhum ACS ter julgado esse aspecto como importante.

Figura 10 - Aspectos importantes para permanecer no emprego.



Fonte: Pesquisa de campo (2015).

[ACS 1]: “Eu gosto muito de mexer com população de modo geral...tô sempre envolvida, participando de alguma coisa...”.

[ACS 3]: “Esse foi meu primeiro emprego, então a gente tem o carinho das pessoas, então o que me faz continuar é isso, é a sensação de poder ajudar as pessoas...”.

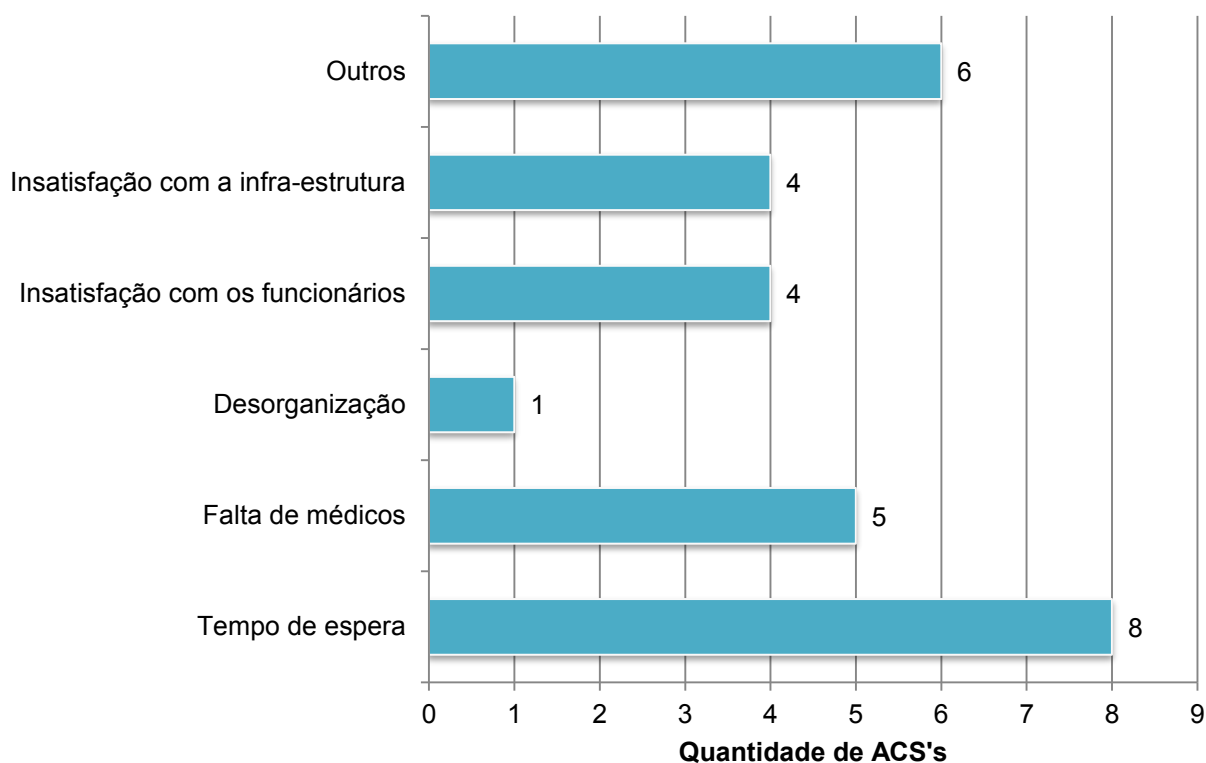
• Queixas dos Usuários

Como demonstrado na Figura 11, as queixas mais comuns dos usuários, ouvidas pelas ACS's entrevistadas, são as referentes ao tempo de espera pelas consultas das especialidades médicas. Fato corroborado com a fala do Secretário Municipal de Saúde e de uma das ACS's participantes, respectivamente:

“Ainda precisamos organizar melhor a forma como as requisições de consultas chegam para serem liberadas. Hoje as requisições dos médicos chegam sem justificativa, então isso precisa mudar pra sabermos quem é urgente ou não e essa espera pra quem precisa realmente diminuir”.

[ACS 2]: “... quando o paciente precisa de uma especialidade, por exemplo, o psiquiatra vem duas vezes por mês...às vezes tem demanda de 10, 12... ‘o oftalmo’, também tem uma fila quilométrica, então as especialidades são difíceis e demoradas...”.

Figura 11 - Queixas mais frequentes dos usuários.



Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Algumas outras queixas dos usuários foram apresentadas pelas ACS's entrevistadas (destaque "outros" da Figura 14) como falta de remédios nas UBS's e de dentista.

Segundo os ACS's, os usuários costumam comunicar suas demandas com o próprio ACS por ser o personagem mais próximo da comunidade. O relato a seguir ilustra esta afirmativa e complementa, ainda, outros recursos utilizados pela comunidade para reivindicações.

[ACS 1] "Na verdade, eles se queixam muito com 'nós', porque eles já têm uma abertura maior pra poder reclamar com a gente, e eles tem uma confiança com a gente, por a gente ir na casa deles! Agora tem coisa que não da pra gente resolver né, ai a gente fala ou pra eles irem lá embaixo (Secretaria) ou vocês vão no Paulinho Brasília e reclamam lá! Agora, é antiético? É! Mas se o pessoal aqui não faz nada, nós vamos mandar eles pra onde?"

Dessa forma, fica evidenciada a relação de confiança estabelecida entre comunidade e ACS, relação, esta, reconhecida pela enfermeira entrevistada. Essa relação de confiança se reforça por meio do relato de outra ACS, quando questionada sobre os principais desafios que ela enfrenta no dia a dia de trabalho. Ela afirma que o uso drogas no bairro, é o problema mais difícil que a UBS enfrenta na comunidade em que atua.

[ACS 1]: “Até que a gente como agente de saúde tem abertura, eles tem uma confiança na gente, então a gente tem mais acesso, já levei profissionais de saúde lá pra conversar e eles falam, “Oh hoje eu já usei, não vou conversar porque eu não to bem... não maltrata a pessoa, pede pra ir outro dia, quando a pessoa usou também, não adianta ir lá...Mas ai assim, tem criança pequena no recinto, que precisa ser acompanhada, às vezes a mãe não traz a criança na unidade, às vezes você consegue levar pra ver a criança, mas você não tem o peso da criança, não tem um cartão de vacina da criança, às vezes a criança já esta com seis meses e a gente não tem acesso ao cartão de vacina dela, a gente fica na luta pra conseguir o cartão de vacina”.

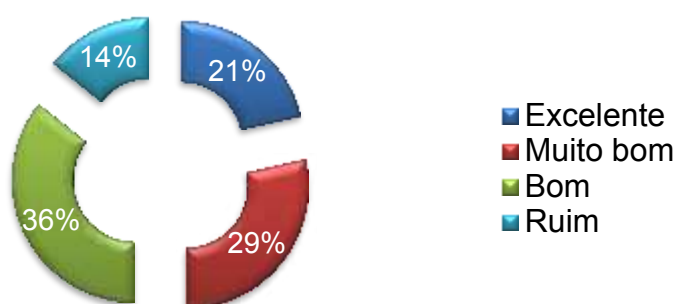
A mesma ACS ainda complementa a questão psicológica envolvida no atendimento aos usuários, destacando a falta de atenção dos órgãos superiores e também da própria equipe de trabalho:

[ACS 1]: “Mas assim, a gente entra na casa das pessoas pra fazer seu trabalho, mas você acaba vendo coisas que você não quer ver, ouvindo coisas que você não precisa ouvir. Mas ninguém ‘ta’ nem aí, os que trabalham com você muito menos, que não procura saber informações também pra poder te dar...”

Logo, além dos problemas enfrentados na rotina da equipe dentro da UBS, tais como, falta de estrutura física adequada, falta de materiais de trabalho (até mesmo de almoçarifado), ocupação com funções burocráticas de lançamento de dados das visitas domiciliares, as ACS's ainda enfrentam problemas como a convivência com usuários de drogas. Além disso, presenciam crianças necessitando de maiores cuidados no seu dia-a-dia. Tais fatos reforçam ainda mais a necessidade de melhorar a capacitação do ACS, visando adequar seu nível de apreensão e conhecimento dos princípios do SUS e ESF, para que possam atuar segundo as diretrizes desse sistema e contribuir efetivamente para sua consolidação.

- **Relacionamentos Interpessoais**

Figura 12 - Relacionamentos interpessoais entre superior e subordinado.



Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Como observado na Figura 12, as opiniões sobre a qualidade da relação interpessoal na UBS, variou consideravelmente: 36% avaliaram o relacionamento com seus colegas e superiores como “Bom”, seguido de 29% que julgaram como “Muito Bom”; 17% como “Excelente” e 21% como “Ruim”. Este último quesito é ilustrado abaixo (item “principais obstáculos e fatores facilitadores do trabalho do ACS”), por meio da fala de uma das ACS’s, como um obstáculo para o desempenho ideal das atividades dentro da UBS. Pode-se presumir, assim, que essas relações são subjetivas e variáveis, dependendo do contexto de trabalho, além de não se apresentarem como um dado preocupante dentre os resultados obtidos.

- **Principais obstáculos e fatores facilitadores do trabalho do ACS.**

No que diz respeito aos aspectos desafiadores e facilitadores do trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Viçosa, os entrevistados concordam com a falta de estrutura física adequada das 04 (quatro) UBS's, com a comunicação falha entre a equipe (sentido vertical e horizontal) e com o precário sistema de transporte dos ACS's quanto ao acesso à zona rural.

Em relação aos obstáculos:

[ACS 2]: "... a falta das especialidades... porque a gente é muito cobrado mesmo! E também a falta de compromisso de alguns colegas também né, que acaba dificultando o trabalho..."

[Enfermeira]: "as condições de trabalho, eles tinham que dar mais condições de trabalho, estamos sem aparelho de glicemia, e difícil de conseguir, não fazem a licitação, se o paciente passa mal como eu meço a glicemia? Físicos também, era pra termos uma unidade própria e aí a vigilância sanitária sempre barra algo porque não temos condições mesmo, está fora do nosso alcance..."

[ACS 8]: "A falta de uma sede própria. Aqui não temos uma UBS adequada e acessível pra população, não tem sala de vacina..."

[ACS 4]: "... transporte, falta de material pra trabalhar, falta de informação, as vezes ficamos sabendo de outros setores pelos pacientes, então acho essa falta de informação direta a nós é muito falha!"

Foi perguntado, em seguida, às ACS's quais seriam os agentes facilitadores do trabalho e o que as motivam a permanecer no emprego. O que se obteve de mais relevante, nas falas, foi a questão do vínculo criado com a comunidade e a relação de confiança que esta mantém com as ACS's.

[ACS 5]: "...morar no bairro, você já ser conhecido pela população onde você trabalha, isso facilita muito o trabalho... E também a satisfação de poder estar contribuindo pra saúde da comunidade onde moro, isso é bem positivo, muito gratificante..."

[ACS 1]: "...o que deixa mais animada é tipo: eu preciso trocar uma receita pra um paciente, aí o médico troca! Às vezes, eu preciso que a enfermeira vá comigo em alguma visita ou em alguma consulta, ela vai, tem boa vontade de ir, se é longe, não tem carro, ela vai a pé! Isso motiva a gente! Sentir que pode contar com a equipe!"

Esclarece-se assim, a questão do vínculo com as famílias atendidas pelas ACS's como algo satisfatório e recompensador no dia-a-dia de trabalho na UBS's.

- **Reuniões Administrativas**

Dos quesitos apresentados como sugestões de pautas das reuniões (Figura 16), o que mais se destacou foi o “Planejamento das Atividades”, seguido de “Casos Específicos de Usuários”. Também foi apresentado que a “Avaliação da Qualidade do Trabalho Feito” seria um tema presente em reuniões. Ressaltando que a elaboração de pautas não é rotineira em nenhuma das Unidades participantes da pesquisa. Além disso, algumas UBS’s não possuem periodicidade determinada para a realização das reuniões, tampouco, pauta organizada de forma sistemática, onde todos os integrantes da Unidade participam da elaboração, como destacado pela ACS a seguir: [ACS 8] “Costumamos discutir todos os três. Acho que é mais qualidade do trabalho! Pauta a enfermeira que faz, nunca participamos da elaboração, pelo menos eu não, né?...”

Contudo, pode-se perceber que há uma tentativa de se sistematizar melhor a rotina de trabalho da UBS. Outros temas, como problemas advindos da falta de materiais e equipamentos nas Unidades, também foram citados.

[ACS 6]: “A gente costuma discutir mais sobre planejamento das atividades, coisas mais internas, funcionários, problemas internos mesmo. A frequência era de acontecer uma vez por semana, mas não está sendo assim não. Tem ficado, uma vez por mês ou a cada 40 dias... é bem espaçado, não é direto não...”.

[ACS 1]: “Quando acontecem as reuniões, porque ultimamente está tendo muita capacitação e tem muito tempo que não tem reunião. Mas quando acontece, geralmente são discutidos esses casos aí de usuários. Tem o caderno de ata, a gente assina...E assim, quando dá tempo a gente numera o que a gente vai falar, no caso a pauta né, mas eu dou opinião pra pauta, só não sabe se eles escutam o que a gente fala né?”.

Figura 13 - Pautas das reuniões da equipe ESF.

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Desse modo, nos relatos, bem como na Figura 13, ambos ligados aos temas de pauta e reuniões administrativas, percebe-se fragilidades: mal planejamento das reuniões, a falta de participação dos membros das equipes na elaboração das pautas destas e a ausência de periodicidade desses encontros. Observa-se que pouco foi relatado sobre essa questão, apesar de ter aparecido em alguns relatos, a discussão do planejamento das atividades.

- **Visitas domiciliares, metas e troca de informações na equipe.**

Com relação ao alcance das metas pessoais de trabalho dos ACS's, ou seja, metas referentes às visitas domiciliares que precisam ser feitas durante o mês, boa parte dos ACS's entrevistados mostraram tranquilidade ao responder que sabem da existência das metas de visitas domiciliares, vindas da Secretaria Municipal de Saúde, mas que tais metas são facilmente justificáveis, caso não sejam alcançadas.

[ACS 12]:“...tem muito trabalho interno que impede o trabalho nas casas...muita coisa pra digitar...”.

[ACS 5]:“...por ser zona rural não tem essa cobrança, depende do carro. Quando entrei tinha o carro fixo da unidade, hoje não tem mais então...pra mim é muito ruim, vou pra casa desmotivada, mas eu não posso fazer muito, porque a pé não dá pra ir, não tenho veículo também, então normalmente eu não consigo nem passar perto da metade da minha meta de visitas, às vezes eles me ligam...”.

Os resultados mostram que as ACS's reconhecem que as informações passadas por elas, nas reuniões da equipe, na maioria das vezes, são utilizadas para planejar melhor a rotina de trabalho das UBS's, como demonstrado na Figura 14.

Figura 14 - Utilização das informações para organização e planejamento da rotina de trabalho da ESF.



Fonte: Pesquisa de campo (2015).

[ACS 1]: “a gente costuma utilizar as informações das colegas, por exemplo: “Ah, na minha área eu fiz isso e deu certo, de repente isso pode te ajudar também...aí uma vai ajudando a outra né...”

Assim, como citado no tópico “Reuniões da Equipe”, pela Enfermeira participante da pesquisa, há uma valorização da troca de informações e debates sobre os principais problemas enfrentados pela UBS, tanto da parte das ACS's, quanto da Enfermeira da Unidade.

No entanto, outro fator que merece destaque com relação às informações trocadas entre as equipes participantes da pesquisa, é que a dificuldade na execução do trabalho, tanto do ACS, quanto dos outros profissionais (devido a

situações de más condições físicas e materiais de trabalho, principalmente), impede uma comunicação interna de qualidade, pois o contato entre a própria equipe é precário. Fato que leva ao entendimento de que o princípio do 1º contato da Atenção Primária em Saúde (MENDES, 2002), vem sendo ferido em sua raiz, uma vez que, da forma como o serviço está sendo organizado e sistematizado pela equipe, a acessibilidade do usuário ao sistema é prejudicada de sobremaneira

6. DISCUSSÃO

Em se tratando da área de saúde, a predominância absoluta de mulheres na amostra, coincide com os estudos de diversas regiões do País, que encontraram em suas amostras, a maioria composta por mulheres (ASSUNÇÃO, 2003; BARCELLOS *et al.*, 2006; COUSSEAU, 2004). Esse resultado corrobora a afirmativa de Machado (2006) de que, no setor da saúde, a feminilização é confirmada como uma marca registrada, posto que, em 2006, as mulheres perfaziam mais de 70% de todo o contingente de trabalho em saúde – e com tendência ao crescimento.

Segundo Silva *et al.* (2002) e Neuman (2002), o objetivo do papel dos ACS's era a de serem educadores permanentes e elos entre os serviços de saúde e a comunidade, o que ainda se mantém, contudo com demandas e exigências de trabalho diferentes, como será apresentado mais à frente.

Em se tratando do nível de escolaridade do ACS, vale ressaltar que o Ministério da Saúde não exige grau específico para a função de agente, somente que saiba ler e escrever (BRASIL, 1999). No entanto, quanto maior o grau de escolaridade, mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade.

A renda de um salário mínimo por mês é estabelecida pelo Ministério da Saúde, como um ganho mínimo mensal do ACS. Na realidade de Viçosa, como pode ser observado, essa média é perpassada. Os recursos para efetuar o pagamento do seu salário provêm em parte, do governo federal, do governo municipal e, em menor proporção, do governo estadual (BRASIL, 2001b).

Viana *et al.* (1998) afirma que, na Estratégia Saúde da Família (ESF), os trabalhadores não são contratados como funcionários públicos e podem ser remunerados por uma combinação de procedimentos e produtividade, isto é, remunerados por desempenho. A Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa tem contratado os ACS's por meio de contrato temporário de serviço de dois anos, através de processos seletivos.

Contudo, alguns trabalhos ressaltam que os ACS's, no Brasil, têm dificuldades de exercerem sua função e destacam a questão salarial como um dos pontos que dificultam o trabalho. A remuneração deles é muito discrepante em comparação aos salários dos outros profissionais da ESF, apesar de toda

responsabilidade envolvida no dia a dia destes profissionais (NUNES *et al.*, 2002; SILVA; DALMASO, 2002; LEVY; MATOS; TOMITA, 2004; FERRAZ; AERTS, 2005; DUARTE; SILVA JÚNIOR; CARDOSO, 2007; BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Assim, o Ministério Público do Trabalho (MPT), com objetivo de regularizar o exercício profissional do ACS, tem exigido dos órgãos competentes a realização de concurso como a única forma de ingresso dos ACS's na administração pública. Tal situação cria um impasse para a regularização desses vínculos, visto que a universalidade do concurso público (inciso II, do art. 37 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a exigência de o trabalhador residir previamente, por dois anos, no local de atuação são condições incompatíveis (BRASIL, 2005b).

Logo, uma das iniciativas do Ministério da Saúde foi o estabelecimento de diretrizes orientadoras, para elaboração de editais de concurso público - ou processo seletivo público - de ACS, com o objetivo fundamental de desprecarização do trabalho no SUS (BRASIL, 2005b).

Ressalta-se que a Atenção Básica no Brasil, hoje, possui um sistema de informações chamado Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), onde são lançados pelas equipes Saúde da Família de todo território nacional, dados de atividades e rotinas das UBS's brasileiras (BRASIL, 2014). Esse sistema foi reestruturado em 2014, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de melhorar a qualidade da informação em saúde e de otimizar o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos. A essa reestruturação deu-se o nome de Estratégia e-SUS AB, que conta com

dois sistemas de software para a captação de dados, sendo eles: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PECAB), que alimentam o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que substitui o SIAB e atende aos diversos cenários de informatização e conectividade nas unidades de saúde da atenção básica (BRASIL, 2014. p.5).

Logo, as atividades desempenhadas pelas ACS's vão ao encontro do que é esperado, pois percebe-se um ator que facilita o processo de promoção da saúde e prevenção de doenças dentro de uma comunidade, destacados nos trabalhos de Silva e Damalso (2002) e Santos *et al.* (2010).

Com relação à capacidade gestora entre Estado e Município,

no Brasil, o setor da saúde, apesar de ser uma área protegida, regulada e controlada pelo Estado, apresenta um cenário de desarticulação entre a saúde, como bem público, e aqueles que a produzem, os trabalhadores. Ademais, a gestão do trabalho no SUS tem sido feita, em grande parte, de forma empírica e burocratizada, o que potencializa o grau de conflito presente (BRASIL, 2005b. p. 42).

Destarte, tais dados demonstram uma fragilidade do sistema descentralizado de Administração Pública Nacional, levando-se em conta que a realidade de Viçosa-MG pode ser comparada a de outros municípios brasileiros, com porte econômico e social parecidos. Ou seja, ainda se fortalece um modelo burocrático de administração e pouco se incentiva um gerencialismo responsável, onde o processo de comunicação entre os entes deveria ser eficiente.

Assim, tampouco se pôde perceber um avanço do modelo vigente (Gerencial) para o modelo Societal de gestão, onde os atores envolvidos são conscientes dos seus direitos e deveres enquanto cidadão e profissional e usam dos espaços de controle social para modificar sua realidade (PERKINS e ZIMMERMAN, 1995).

Dentre as Diretrizes de um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, pode-se destacar: a garantia ao trabalhador da Saúde carreiras unificadas no SUS; a construção de uma maior identificação com o sistema de saúde atual; perspectivas de desenvolvimento na carreira; gestão democrática, compartilhada entre gestores e trabalhadores e o reconhecimento do trabalhador de saúde como ator (BRASIL, 2005b).

Com relação aos planos de carreira, cargos e salários dos trabalhadores do SUS, todos os ACS's entrevistados, ou seja, 100% desconhecem a iniciativa, bem como a existência de uma Portaria (GM 626, de 08 de abril de 2004) que regulamenta e elabora as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS - PCCS-SUS (BRASIL, 2006a).

A regulamentação da profissão do ACS veio a partir da Lei nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006 (BRASIL, 2006c), quando garantiu o exercício da profissão por meio, exclusivamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, prevendo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em

conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Bornstein *et al.* (2014) afirmam que, muitas vezes, o ACS se encontra no meio de uma disputa pela hegemonia do controle sobre seu processo de trabalho, envolvendo os interesses políticos dos gestores, a visão técnica dos enfermeiros responsáveis e as necessidades das pessoas da comunidade. Logo, seria possível existir uma submissão profissional do ACS em relação a outros membros da equipe ESF.

No entanto, pode haver uma falta de organização das informações e de tempo para se dar um retorno, o que levaria a um processo precário de comunicação entre os membros da equipe. Esse fato pode ser explicado por meio da afirmativa de Araújo (2004, p. 166):

Modelo de comunicação mais adotado no campo das políticas públicas, em geral e especificamente no da saúde coletiva é o da Comunicação & Desenvolvimento, introduzido no Brasil nos anos de 1950 [...] concebe a comunicação como moldagem de atitudes e comportamentos, que se efetivaria através de informação suficiente e adequada.

O Quadro 2 apresenta os Centros Formadores e Escolas Técnicas distribuídas pelo país. Minas Gerais apresenta duas Escolas Técnicas Formadoras de Recursos Humanos do SUS (ETSUS), fazendo parte das 36 que existem, hoje, em todo país, vinculadas ao SUS e responsáveis pela educação de cerca de 480.857, trabalhadores dos serviços públicos de saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2010b; BORGES *et al.*, 2012).

Quadro 2 - Centros Formadores e Escolas Técnicas do SUS-ETSUS.

Estado	
Região Norte	
AC	Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha
AM	Escola de Formação Profissional EnF Sanitarista Francisca Saavedra
AP	Centro de Educação Profissional em Saúde Prof. Graziela Reis de Souza
PA	Escola Técnica do SUS
RO	Centro de Educ. Técnico-Profissional na Área de Saúde de Rondônia
RR	Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima
Região Nordeste	
AL	Escola Técnica de Saúde Prof. Valéria Hora
BA	Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis
CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
MA	Escola Técnica do SUS Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva
PB	Centro Formador de Recursos Humanos
PE	Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco
PI	Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez
RN	Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza
SE	Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe
Região Centro-Oeste	
DF	Escola Técnica de Saúde de Brasília
GO	Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás
MT	Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso
MS	Escola Técnica do SUS "Prof. Ena de Araújo Galvão"
TO	Escola Técnica de Saúde do Tocantins
Região Sudeste	
ES	Núcleo de Educação e Formação em Saúde
MG	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
MG	Escola Técnica de Saúde da UNIMONTES
RJ	Escola de Formação Técnica em Saúde Enf. Izabel dos Santos
RJ	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
SP	Centro Formador de Osasco
SP	Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para a Área de Saúde do Estado de São Paulo
SP	Centro Formador de Pessoal para a Saúde – Franco da Rocha
SP	Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Araraquara
SP	Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis
SP	Centro Formador de RH de Pessoal de Nível Médio para a Saúde
SP	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo
Região Sul	
PR	Centro Formador de RH Caetano Munhoz da Rocha
RS	Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde do Rio Grande do Sul
SC	Escola de Formação em Saúde/EFOS
SC	Escola Técnica de Saúde de Blumenau

Fonte: Borges *et al.* (2012).

Assim, destaca-se a importância da existência de mais polos de educação em saúde no estado de Minas Gerais, principalmente em regiões como a da Zona da Mata Mineira, onde há universidades importantes, que oferecem cursos na área de saúde, como a Universidade Federal de Viçosa (UFV) que disponibiliza os cursos de Enfermagem e Medicina, citados nesta pesquisa como importantes fontes de conhecimento para a ESF, com o Programa de Educação Permanente (PEP).

Pôde-se inferir, então, que a falta de participação dos ACS's de Viçosa se dá por essa ausência de ETSUS na região. Isso torna esse dado preocupante, pois a maioria das ETSUS foram criadas a partir da década de 80 com o objetivo primordial de promover a profissionalização dos trabalhadores de nível médio para o desenvolvimento das ações de saúde (SÓRIO, 1998).

A criação de espaços para debates e mesas de negociação do trabalho no SUS, é uma forma de valorizar a força de trabalho envolvida e expressam um avanço significativo na tentativa de promover melhor atendimento aos usuários. Dessa forma, tornam-se necessários investimentos nos processos educativos que tenham por objeto a negociação do trabalho no sistema de saúde. Isso constitui uma estratégia importante para impulsionar o Sistema Nacional de Negociação Permanente do Trabalho no SUS (BRASIL, 2005b).

Logo, os Conselhos Municipais de Saúde se apresentam como uma dessas iniciativas. Quando perguntado ao ACS acerca de sua visão sobre a importância que ele daria para os Conselhos, apareceram opiniões diversas:

[ACS 4]: "... é muito importante, não participei, só ouvi falar até hoje..."

[ACS 1]: " Eu acho que eles deveriam dar uma atenção maior. Fazer uns projetos bacanas sabe! Eu nunca fui em nenhuma reunião. Mas eu vejo assim, a população está tão descrente da saúde, das condições de saúde em Viçosa, de tanto receber não e não, que eles não participam das coisas!"

Esses relatos demonstram a falta de conhecimento dos ACS's acerca do real papel dos Conselhos Municipais de Saúde, bem como, o desconhecimento da importância do Controle Social que poderiam estar exercendo como cidadãos.

Lacerda (2010) destaca em seu trabalho que o Decreto 3189/99 e a Lei 11350/06 regulam as atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família sobre o trabalho do ACS, destacando, assim, as atribuições de caráter político-

social, especialmente as ações sociais que contribuem com a organização da comunidade, em prol de transformações sociais e promoção dos direitos.

Logo, o ACS deveria estar exercendo papel de mobilizador social, uma vez que desempenha um papel importante de elo entre as políticas públicas de saúde (mais especificamente de Atenção Primária em /saúde) e comunidade/usuários. Contudo, esse papel não está sendo desempenhado pelas equipes de Saúde da Família acompanhadas neste estudo. Tomaz (2002, p. 86) destaca que,

na realidade, o ACS precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, deve participar das diferentes ações, na dimensão técnico-assistencial ou político-social.

Essa afirmativa reforça a importância de a Equipe Saúde da Família estar bem capacitada e integrada. Somente assim, a qualidade do serviço prestado seria alcançada e muitos adoecimentos no trabalho seriam evitados.

De acordo com o Pacto de Gestão, de 2006, acordado entre as três esferas do governo (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde), a Saúde da Família deve ser considerada como prioridade para o fortalecimento da Atenção Básica e possui como objetivo, além de cuidar da formação profissional dos seus servidores, garantir estrutura física necessária ao funcionamento das UBS's (BRASIL, 2006b). Logo, essa iniciativa busca garantir às UBS's recursos e materiais, equipamentos e insumos suficientes para a realização de todas as atividades propostas para esses serviços.

Esse resultado corrobora Barcellos *et al.* (2006) e Solla (1996), os quais relatam a importância dos ACS's como elemento de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde e também comprova que a comunidade está satisfeita com seu trabalho. Assim, o papel do ACS é reconhecido como um elemento que facilita as relações indivíduo/família com o sistema local de saúde.

Dessa forma, o ACS baseia muito o seu trabalho na qualidade do acolhimento aos usuários. Logo, muitas expectativas neles, são depositadas, podendo gerar, segundo Nunes *et al.* (2002), uma sobrecarga de responsabilidades e confidencialidades um tanto quanto danosas ao ACS, uma vez que este não recebe apoio e capacitação adequados para o desempenho do seu trabalho de Agente.

Deve-se destacar, até mesmo, a necessidade de os ACS's comprarem materiais com dinheiro do próprio bolso para a realização de alguns procedimentos, como por exemplo, o preventivo ginecológico. “Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama” (BRASIL, 2013. p. 17).

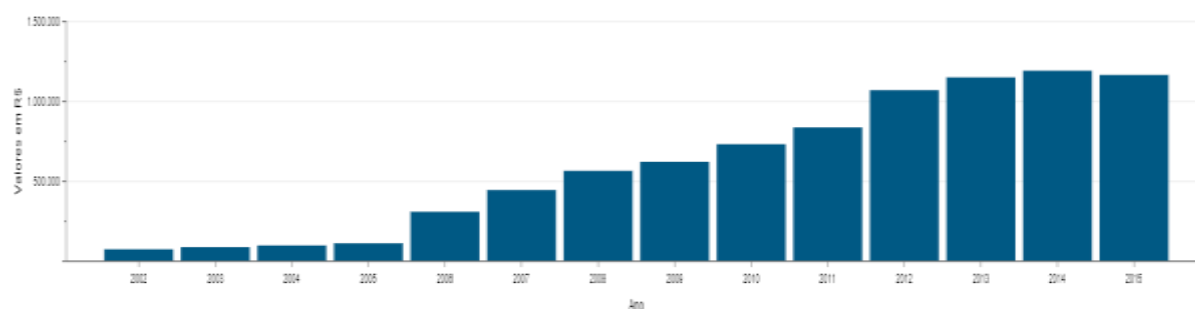
Nunes *et al.*, (2002) ressaltam a importância da visita domiciliar no trabalho do ACS. As visitas funcionam como instrumento de educação em saúde, a partir da troca de informações entre ESF e comunidade.

Considerado um avanço, o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da educação, no segundo semestre de 2004, publicou o Referencial curricular do curso Técnico de ACS, na busca de tentar elevar a escolaridade do ACS. Estes cursos ficam a cargo da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) (BRASIL, 2004b).

Bornstein *et al.* (2014) julgam que há uma certa dificuldade no que se refere à garantia do acesso de todos os ACS's do país a esses cursos técnicos. Tem sido difícil garantir a formação técnica completa em âmbito nacional ao ACS.

Vale fazer menção aos dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), os quais demonstram que houve um crescimento significativo nos valores transferidos fundo a fundo (de pouco mais de R\$ 400.000,00 para quase 1,4 milhão de reais), na carreira de ACS, a partir de 2006.

Figura 15 - Valores Transferidos Fundo a Fundo – ACS's – Viçosa-MG.

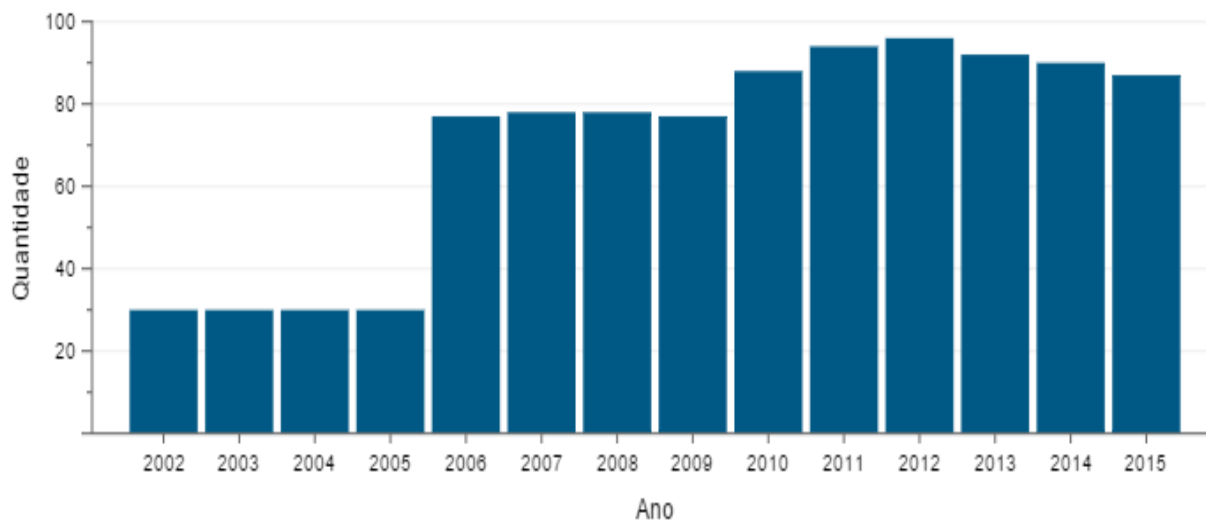


Fonte: Secretaria de Gestão e Apoio à Gestão Estratégica, DAB/SAS/MS (2015).

Tal fato pode ser corroborado por mais alguns índices - o número de ACS's no município e a cobertura populacional oferecida por eles também cresceu a partir de 2006. Isso pode ser observado nas figuras 16 e 17 (BRASIL, 2015). Em 2005, o

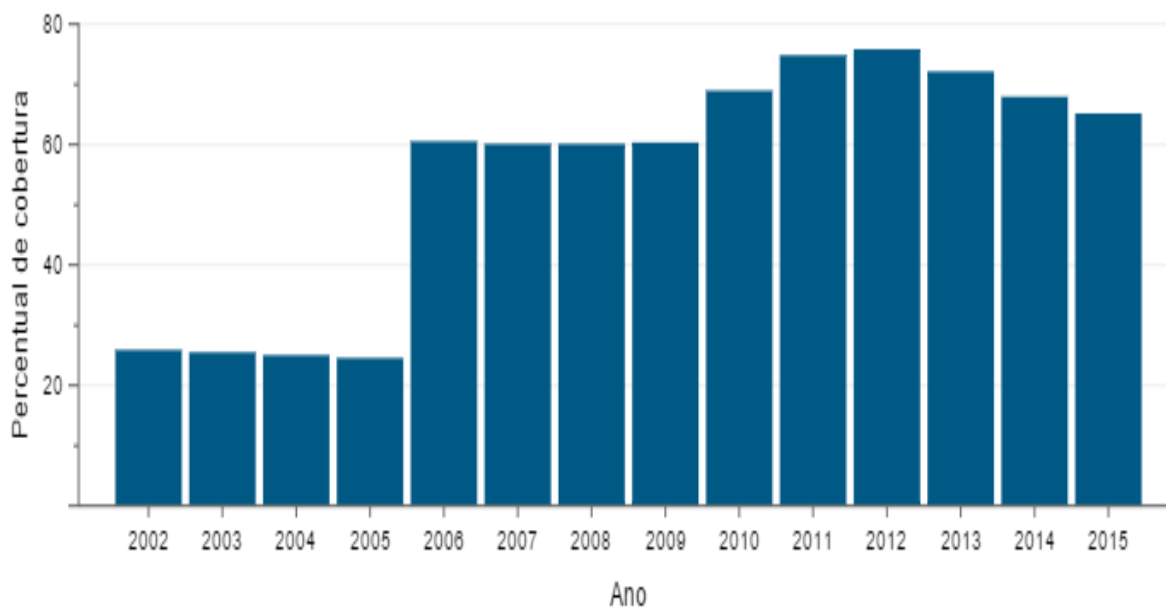
número de ACS no município de Viçosa era 35. Houve um salto em 2006 para quase 80; em 2012, chegou a mais de 90 ACS's e, hoje, se mantém em 90.

Figura 16 - Número de ACS's em Viçosa – MG.



Fonte: Secretaria de Gestão e Apoio a Gestão Estratégica, DAB/SAS/MS (2015).

Figura 17 - Cobertura Populacional de ACS's em Viçosa – MG.



Fonte: Secretaria de Gestão e Apoio a Gestão Estratégica, DAB/SAS/MS (2015).

Vale destacar também, que foi em 2006 que a profissão de ACS foi reconhecida e validada por meio da Lei nº 11.350 (BRASIL, 2006c); bem como os picos de investimentos mostrados na Figura 15 e o crescimento do nº de ACS's, no município, mostrado na Figura 16 e, por fim, o aumento da cobertura populacional de ACS's, mostrado na Figura 17.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, buscou apresentar a percepção do ACS acerca do seu processo de trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 4 UBS's do município de Viçosa-MG. Além disso, tentou-se destacar as principais dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores da área da saúde, relacionando eventos importantes que ocorreram no país, advindos da participação social, legislações criadas e o real desfecho dessas iniciativas no campo da Atenção Primária em Saúde (APS).

Foi possível desvelar por meio das entrevistas realizadas com os diferentes atores (Enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Secretário Municipal de Saúde) que há uma desarticulação considerável entre os direitos e deveres dos ACS's, reforçado pelo descomprometimento da Administração Municipal com a carreira do ACS, reflexo de outras realidades brasileiras.

Nesse sentido, tal quesito se torna preocupante, tendo em vista a relevância que a figura do ACS representa para a família que o recebe, integrando o ACS como ator de papel importante e representativo dentro do ambiente familiar, como foi demonstrado pelos relatos aqui apresentados.

Além disso, vale ressaltar as más condições de trabalho levantadas, tanto pelas ACS's, quanto pela enfermeira participante da pesquisa. Tornou-se notório que as condições materiais de trabalho interferem, sobretudo, na motivação dos profissionais envolvidos nesta pesquisa, além de passarem falta de confiança no trabalho que as UBS's prestam para a comunidade.

Muitos dos avanços ainda estão por vir, pois o ACS foi inserido como profissional de saúde muito recentemente. Portanto, ainda existem posicionamentos que entendem o ACS apenas como trabalhador voluntário e não como o elo fundamental entre as ações da APS (Ministério da Saúde e outras instâncias) e a comunidade que recebe tais serviços.

Ademais, reforça-se a necessidade dos ACS's serem capacitados para que estejam devidamente informados e cercados de possibilidades que possam emergir do contexto ao qual está inserido, buscando oportunizar o processo de ampliação da escolaridade e a organização profissional, a inclusão social e a capacidade de os ACS's se constituírem em mão de obra qualificada para a atenção à saúde da comunidade, no seu nível de competência.

Assim, a rotina do ACS se dá pelo acúmulo de trabalho, muitas vezes, advindos de outros profissionais dentro das UBS's (Enfermeiro, Médico, Auxiliar Administrativo). Tal acúmulo os apresentam como ineficientes, uma vez que compromete a função principal do ACS : o contato com a comunidade.

Um dos avanços necessários, portanto, seria a criação de mais Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS (ETSUS), com a missão de formar e qualificar trabalhadores dos níveis básico e médio, que atuam ou irão atuar nos serviços públicos de saúde, de forma mais polarizada para que atendam a maior parte das regiões do país.

Ademais, a intenção de destacar os pontos que precisam ser melhorados na Educação em Saúde dos ACS's, de maneira geral, se justifica, pois, esta reforça a ideia de que para se alcançar melhores condições de saúde à população, precisa-se promover saúde. E, para se promover saúde, os atores envolvidos precisam estar capacitados e bem preparados para lidar com as questões diversas, advindas das realidades que envolvem os usuários.

Vale ressaltar que, como toda pesquisa de campo, onde o trabalho é realizado com seres humanos, alguns limites e dificuldades foram encontrados na pesquisa.

Uma dificuldade encontrada na fase de coleta de dados foi a troca imprevisível do Secretário Municipal de Saúde, gerando transtornos nas rotinas de trabalho das UBS's. Além disso, os ACS's tiveram que cumprir tarefas dos Agentes de Endemias, o que acabou gerando insatisfação e trabalho dobrado dos ACS's nas comunidades. Tal fato gerou uma mudança de planos na condução de coleta dos dados da pesquisa.

Assim, essa foi uma limitação importante da pesquisa, requerendo, um estudo censitário na ESF de Viçosa-MG, para que esta realidade seja realmente entendida e corroborada com os dados coletados neste estudo.

Destarte, pode-se destacar que a maior contribuição deste estudo foi promover um embate de opiniões sobre diversos assuntos referentes à Atenção Primária no Município de Viçosa, dentre eles, enfermeiros, ACS's, Secretário Municipal de Saúde, bem como autores que discutem o tema com relação a forma como vem sendo conduzida a formação profissional dos servidores da saúde com relação às diretrizes da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Ela trouxe destaque à formação do ACS e enfatizou a necessidade de se

incentivar a educação na saúde, o que impacta diretamente no processo de trabalho na saúde e na recepção adequada dos serviços pelos usuários.

Para pesquisas futuras, observa-se a necessidade de uma melhor compreensão acerca da rotina de todos os atores envolvidos na Atenção Primária em Saúde (APS) de Viçosa-MG. Neste sentido, a pesquisa censitária possibilitaria um panorama mais amplo acerca do processo de implementação dos serviços de saúde, de maneira geral, no Município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em Direção às Melhores Práticas de Avaliação. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 5-59, out./dez. 2000.

ARAÚJO, I. S. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 4, p. 165-177, set.2003/fev.2004.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA SUS. Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**, São Paulo, v. 1, Editora Atheneu, 2006.

ASSUNÇÃO, R. S. **O Agente Comunitário de Saúde e sua Práxis no Programa de Saúde da Família no Município de Divinópolis-MG**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003/fev.2004.

BARBIER, R.A noção de ciências humanas clínicas e as análises institucionais. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. BARCELLOS, C. S. N.; PANDOLFI, M.; MIOTTO, M. H. M. B. Perfil do Agente Comunitário de Saúde de Vitória – ES. **UFES Revista de Odontologia**, v. 8, n. 1, p. 21-28, jan/abr. 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed. 70. Lisboa, Portugal: LDA, 2009.

BEZERRA, N. O.; NASCIMENTO, M. A. A. Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Feira de Santana-BA no Ano 2000 como Experiência Piloto: Vontade Política ou “Interesses Políticos”? **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 175-188, jul./dez. 2005.

BIB: Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais. São Paulo: **Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS)** v. 41, n. 19, 1996.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. M. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitário de saúde: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 259-68, jan./fev. 2008.

BORNSTEIN, J. V., DAVID, H. M. S. I. Contribuições da Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde para o Desenvolvimento do Trabalho da Equipe Saúde da Família. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, jan./abr. 2014.

BORGES, *et al.* Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: Regulação da Integração Ensino Serviço e Sustentabilidade Administrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 977-987, abr.2012.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto por Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1988. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília – DF, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em: 05 de Dez. 2014.

_____. Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o Regime e Dispõe sobre os Princípios e Norma da Administração Pública, Servidores e Agentes Políticos, Controle de Despesas e Finanças Públicas e Custeio de Atividades a Cargo do Distrito Federal, e dá Outras

Providências. **Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.** Brasília-DF, 4 de junho de 1998.

_____. Diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. **Decreto n. 3.189, de 4 de outubro de 1999**, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm> Acesso em: 05 de Dez. 2014.

_____. Constituição (1988). Lei Complementar Nº 101, De 4 De Maio de 2000. Brasília-DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm> Acesso em: 03 fev.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica de Saúde: Programa Saúde da Família.** v. 1 e 2. 2000.

_____. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS.** Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. **Projeto de Promoção da Saúde.** As cartas de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **PCCS – SUS: Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 52 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2006b. 72p.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 11.350, Regulamentação Da Profissão De ACS.** Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.. de 5 de Outubro de 2006. 2006c.

_____. **O SUS de A a Z: Garantindo a Saúde nos Municípios.** Ministério da Saúde. 3ª edição, Brasília, 2009a.

_____. 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: 2009b.

_____. Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão (MPOG).** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatística de Saúde Assistência Médico Sanitária, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília. 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf> Acesso em: 29 de abril de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Portaria GM/MS nº 1823, Brasília, 23 de agosto de 2012b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. Ministério da saúde. **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS**. e-SUS Atenção Básica. Versão Preliminar. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). **Redes e Programas. Saúde Mais Perto de Você – Atenção Básica**. 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/sala_apoio_gestao_estrategica.php> Acesso em: 29 de Abril de 2015.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – IBGE. Censo Demográfico. 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/2349G>> Acesso em: 07 de Abril de 2015.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – IBGE. CENSO. Estimativa População, 2014. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/2349G>> Acesso em: 07 de Abril de 2015.

CAMPELO, G. S. B. Administração Pública no Brasil: Ciclos entre Patrimonialismo, Burocracia e Gerencialismo, uma Simbiose de Modelos. **Ci. & Tróp.**, Recife, v. 34, n. 2, p. 255-296, 2010.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan./fev. 2004.

CARVALHO, M. L.; BARBOSA, T. R. C. G.; SOARES, J. B. Implementação de Política Pública: Uma Abordagem Teórica e Crítica. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTIÓN UNIVERSITÁRIA EN AMÉRICA DEL SUR: "BALANCE Y PROSPECTIVA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL MARCO DE LOS BICENTENARIOS DE AMÉRICA DEL SUR", n. 10, 2010, Mar Del Plata. **Repositório Institucional...** Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2010.

CHRISTOV, L. H. S. **Emoção, Percepção e Criatividade: A Contribuição da Psicologia para Artes e Ensino de Artes**. Cursos de Especialização para o Quadro do Magistério da SEESP. Ensino Fundamental II e Ensino Médio. Rede São Paulo de Formação Docente. Unesp / Redefor, Módulo II, Disciplina 03. São Paulo. 2011.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 7. ed. São Paulo: Bookman, 2003.

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL do Estado de São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo. **Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental**. São Paulo (Brasil): Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental, 1985.

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: Elemento Nuclear das Ações em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 7, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700030&lng=pt> Acesso em: 4 de fev. 2015.

COTTA, R. M. M. et al. **Políticas de Saúde: Desenhos, Modelos e Paradigmas**. Viçosa – MG: Editora UFV, 2013, 288 p.

COUSSEAU, M. E. P. **Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto – SP**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

DUARTE, R. L.; SILVA JUNIOR, D. S.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 11, n.23, p. 439-47, set.-dez. 2007.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.

ENAP, Escola Nacional de Administração Pública. **Políticas Públicas; Coletânea**. Organizadores: Enrique Saraiva e Elisabete Ferrarezi. – Brasília: v. 2, ENAP, 2006 (Obra completa).

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 10, n. 2, p. 347-55, abr./jun. 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3. Ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

FLICK, U. **Qualidade na Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREY, K. Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

FROTA, A.C. **O Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família: O Caso Fortaleza**. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, Rio de Janeiro: 2008.

GELINSKI, C. R. O. G.; SEIBEL, E. J. Formulação de Políticas Públicas: Questões Metodológicas Relevantes. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 42, n. 1 e 2, p. 227-240, abr./out. 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/>> Acesso em: 24 de Mar. 2015.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S. Dentists' work within the family health strategy: potential and limits in the struggle for a new care model. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 301-14, abr./jun. 2010.

LACERDA, A. “**Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde**”. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e Sofrimento no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, Set./2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf>> Acesso em: 4 de fev. 2015.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**. Edição Compacta. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MELO, B. M.; SANTOS, S. P.; BRANT, L.; OLIVEIRA, A. L. Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde: Instrumento de Inclusão Social. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 463-477, nov.2009/fev.2010.

MARQUES, A.; MENDES, R. M. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): Novos Rumos para a Política de Saúde e seu Financiamento? **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [online], v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf>> Acesso em: 4 de fev. de 2015.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES-GONÇALVES RB. Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: **Hucitec**; 1994.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O Agente Comunitário de Saúde: Formação, Inserção e Práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. / 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/11.pdf>> Acesso em: 4 de fev. de 2015.

NEUMANN, Z. A. A Experiência de Fazer Acontecer a Saúde entre os Excluídos da Sociedade. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 12, n. 3, p. 153-156, set. 2002.

NUNES, M. O. *et al.* O Agente Comunitário de Saúde: Construção da Identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, dez./2002.

OCKERT, D. **Substantive Scale Verification: A Likert Scale Analysis and Critique of University Student Pedagogical Activity Preferences**. JALT Hokkaido Journal, v. 9, p. 48-64, 2005.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever**. 2008.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PERKINS, D.D.; ZIMMERMAN, M.A. (1995). Empowerment meets narrative: listening to stories and creating settings. **American Journal of Community Psychology**. Oct. v. 23. n. 5. p. 569-79.

PAULA, A. P. P. **Por uma Nova Gestão Pública: Limites e Potencialidades da Experiência Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ROBBINS, S. P. **Fundamentos do Comportamento Organizacional**. 7. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

ROSA, W. A. G., LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a Construção de um Novo Modelo de Assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov/dez. 2005.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: Um Enfoque sobre seus Pressupostos Básicos, Operacionalização e Vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SANTOS M. R.; PIERANTONI C. R.; MATSUMOTO K. S. Agentes Comunitários de Saúde: A Visão dos Usuários do PSF da Região de Saúde de Juiz de Fora. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 258-265, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/16_5_2013__0_Agentes_comunitarios_de_saude.pdf> Acesso em: 4 de fev. 2015.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de Saúde: Concepções, Princípios e Operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p.91-112, fev. 2003.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o Ser, o Saber, o Fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. 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, p. 75-96, fev. 2002.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: v. 16, n. 3, p. 85-91, set/dez. 2007.

SOLLA, J. J. S. P. O PACS na Bahia: Avaliação do Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, n. 51, p. 4-15, jun. 1996.

SÓRIO, R.; LAMARCA, I. Novos Desafios das Escolas Técnicas de Saúde do SUS. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 8, n. 2, p. 147-164, 1998.

SOUZA, C. Estado da arte de pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 398 p.

SOUZA, L. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, nº 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SPINKS, J.; HOLLINGSWORTH, B. Cross-country Comparisons of Technical Efficiency of Health Production: A Demonstration of Pitfalls. **Applied Economics**. v. 41, p. 417–427, 2009.

TOMAZ, J. B. C. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um “Super-Herói”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. Avaliação de Políticas Públicas: Uma Revisão Teórica de um Campo em Construção. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, maio/jun. 2008.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A Concepção e Prática dos Gestores e Gerentes da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 443-453, mar./abr. 2007.

VELLOSO, C. M. S. **Dos Direitos Sociais na Constituição do Brasil**. [mar. 2003]. Madri, Espanha: Associação Nacional dos Magistrados do Trabalho, 2003. (Texto Básico de Palestra) Disponível em: <http://www.ufrnet.br/~tl/otherauthorsworks/dpr0027/velloso_carlos_dos_direitos_sociais_na_cf.pdf> Acesso em: 15 de Out. 2015.

VIÇOSA. **Secretaria Municipal de Saúde**. 2015.

VIEGAS, W. Avaliação de Políticas Públicas: Experiências Brasileiras: Procedimentos Metodológicos. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, n. 8, 2003, Panamá. **Documentos de los Congresos...** Panamá: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), 28-31 Oct. 2003.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
 Departamento de Administração e Contabilidade

Campus Universitário - Viçosa, MG - 36570-000 - Telefone: (31) 3899-2890 Fax: (31) 3899-2429
E-mail: ppgadm@ufv.br

QUESTIONÁRIOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Você está colaborando com uma pesquisa de mestrado, que tem como principal objetivo analisar as percepções do ACS acerca do seu processo de trabalho dentro da ESF do município de Viçosa-MG, de acordo com a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Esta pesquisa faz parte do Programa de Pós Graduação em Administração, do Departamento de Administração e Contabilidade da Universidade Federal de Viçosa.

Dados Gerais
Município:
Nome da unidade:
Qual a sua carga horária de trabalho:
Sexo: () F () M
Cargo: ACS () Há quando tempo você exerce este cargo?
Escolaridade: () Até Ensino Médio () Curso Técnico ou Ensino Superior: Qual? _____
Você possui renda de: () Até 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 salários mínimos () 3 salários mínimos () Igual ou superior a 4 salários mínimos

1) Fui ACS em outras unidades de saúde:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

2) Caso concorde, porque foi transferido?

3) A sua contratação na administração pública municipal, como ACS, foi feita:

() Por concurso público (x) pelo regime de terceirização de serviços () de cooperativas () sistema de bolsas de trabalho () contrato temporário () Outros _____

4) Você conta com o apoio e incentivo de gestores, para participar do comitê municipal de desprecarização do trabalho no SUS?

5) Em que medida as mesas de negociação de trabalho interferem nas suas relações de trabalho?

6) A profissão do ACS é regulamentada por algum Conselho Profissional?

() Sim () Não Qual? _____

7) Existem conflitos que alimentem a competição entre Conselhos Profissionais, ou seja, entre corporações regulamentadas?

8) No que se refere ao fortalecimento da capacidade gestora entre Estados e Municípios, você acredita que existe algum tipo de desarticulação entre a saúde e os trabalhadores?

GESTÃO E PROCESSO DE TRABALHO

9) Você é responsável por quantos domicílios?

Diariamente ____ Semanalmente _____ Mensalmente ____ Outra ____ Não Sabe ____

Quais seriam os principais desafios mediante este tipo de responsabilidade (atuação profissional)?

10) Considero o quadro de ACS's da minha unidade suficiente para o desempenho do trabalho:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

11) Se discorda, que profissional(is) falta(m):

Quais principais problemas enfrentados com este tipo de situação?

12) Nas reuniões da equipe ESF, são discutidos:

() Casos específicos de usuários () Planejamento das atividades () Qualidade do trabalho feito
Outros: _____

Você participa da discussão prévia da pauta das reuniões? ____ Sim x Não.

Porque?

13) A equipe de saúde da família dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades.

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

14) Caso discorde, o que falta? Quando faltam materiais e equipamentos quais são as principais consequências? Já ocorreram casos de óbitos por falta destes materiais e equipamentos?

15) A Unidade Básica de Saúde (UBS) da ESF possui infraestrutura adequada, referente a:

Banheiros limpos:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

Paredes sem mofo:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

Consultório médico com lavabo:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

Sala de enfermagem:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

Sala de curativos:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

Sala de vacinas:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

Espaço para reuniões:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

Sala de espera:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

Caso discorde, o que falta na infraestrutura? Quais são as principais consequências?

16) Com que frequência visita os domicílios da sua área?

() Semanal () Mensal () Não sabe () Outra:

17) Qual a sua meta de atendimentos estipulada pela sua chefia?

Qual impacto da sua meta para o ambiente onde Você trabalha?

18) Comumente alcanço minha meta:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

Por quê?

19) Você mantém a sua equipe informada sobre o seu trabalho?

() Sim () Não

20) A equipe utiliza dessas informações para planejarem e organizarem a rotina de trabalho da ESF?

() Sim () Não.

Se sim, quais são os principais procedimentos realizados?

21) Quais papéis você desempenha no acolhimento aos usuários?

() Levo remédios () Levo resultados de exames () Meço a pressão () Meço a temperatura () Meço a glicose () Discuto hábitos alimentares () Discuto sobre sedentarismo () Discuto sobre os malefícios do tabagismo () Discuto sobre DST's.

() Outros: _____

22) Quais aspectos você julga mais importantes para se manter no emprego:

() Estabilidade () Localização do trabalho () Enfermeiro da unidade () Condições materiais de trabalho (infraestrutura do prédio, material de uso médico-diário) () Condições imateriais de trabalho (satisfação da população, cotidiano da unidade, qualidade da relação com a população)

23) Em sua opinião, quais são as queixas mais frequentes dos usuários?

() Tempo de espera () Falta de médicos () Desorganização () Insatisfação com os funcionários

() Insatisfação com a infraestrutura () Outros: _____

24) Repasso as queixas ou demandas dos usuários para o meu superior:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

Por quê? O que é feito com este tipo de informação (queixas de usuários)?

“Eu tento mesmo, repassar minhas insatisfações, sempre falo com ele, não tenho medo do que ele pensa, mas nada é feito, não adianta”

25) O que você diz dos relacionamentos interpessoais? (Superior x subordinado e entre colegas):

() Excelente () Muito bom () Bom () Adequado () Ruim () Péssimo

26) Como a população comunica suas demandas ou queixas?

() Diretamente a você () Enfermeiro da UBS () Livro de queixas () Conselho de Unidade () Conselho Municipal () Pesquisa de Satisfação () Ouvidorias () Médicos () Outros:

27) Quais os principais obstáculos que você encontra em seu trabalho?

28) Quais os principais fatores facilitadores que você encontra em seu trabalho?

29) O que você sugere de melhoria em seu trabalho? Você tem feito alguma ação que permita trazer melhorias para o seu setor de trabalho?

30) Qual a importância que você dá para os Conselhos Municipais de Saúde? Já participou de alguma reunião? Se sim, como foi a sua participação e quais assuntos foram discutidos?

EDUCAÇÃO NA SAÚDE

31) Participei de treinamentos que me capacitaram/prepararam para o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

32) Se concorda, em que período de tempo?

___ Mensalmente___ Trimestralmente ___ Semestralmente ___ Anualmente

Outro _____

33) Qual (is) órgão(s) foi (foram) responsável(is) pelo treinamento? Que finalidades ele (treinamento) propunha atender? _____

34) Que benefícios este tipo de treinamento trouxe para Você e para o seu local de trabalho?

35) Recebi treinamento introdutório sobre a Estratégia Saúde da Família:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

36) Considero de suma importância os treinamentos:

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

37) Os treinamentos focaram (assinale mais de uma opção):

Não se aplica.

() o componente/habilidade operacional/técnica () a qualidade da atenção e do acolhimento () a qualidade da gestão () os relacionamentos interpessoais () os compromissos éticos () a humanização do cuidado à saúde () o processo de continuação de vivências individuais ou coletivas () Outros: _____

38) Os treinamentos permitiram-me (assinale mais de uma opção):

() redefinir práticas profissionais () participar da construção e da gestão da educação em saúde () consolidar compromissos públicos em saúde () implementar inovações no processo de trabalho () trabalhar em equipe () desenvolver o senso de cooperação com os colegas () Outros: _____

39) Me sinto, hoje, melhor preparado depois de receber treinamentos

() Concordo plenamente () Concordo parcialmente () Não concordo nem discordo () Discordo parcialmente () Discordo totalmente

40) Você tem conhecimento dos Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS (PCCS-SUS)?

() Sim () Não () Por quê?

41) De maneira geral, faça um resumo das vantagens e das desvantagens dos treinamentos que você participou. Você sugere outros assuntos (temáticas) para serem trabalhados em treinamentos futuros?

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
 Departamento de Administração e Contabilidade

Campus Universitário - Viçosa, MG - 36570-000 - Telefone: (31) 3899-2890 Fax: (31) 3899-2429
E-mail: ppgadm@ufv.br

QUESTIONÁRIO ENFERMEIROS**Dados Gerais**

Município: Viçosa

Nome da unidade:

Qual a sua carga horária de trabalho?

Enfermeiro-chefe desta UBS desde:

Formação:

 Superior em Enfermagem Outro: _____

 Você possui renda de: Até 1 salário mínimo 1 salário mínimo 2 salários mínimos

 3 salários mínimos Igual ou superior a 4 salários mínimos
3) A sua contratação na administração pública municipal, foi feita:
 Por concurso público pelo regime de terceirização de serviços de cooperativas sistema de bolsas de trabalho contrato temporário

 Outros _____
4) Cada equipe Saúde da Família cobre quantos domicílios:
 Diária Semanal Mensal Não sabe Outra _____
5) Qual impacto da meta de sua equipe de Saúde da Família para o ambiente onde Você trabalha?

Comumente a meta é alcançada:

 Concordo plenamente Concordo parcialmente Não concordo nem discordo Discordo parcialmente Discordo totalmente

Por quê?

6) Considero o quadro de ACS's da minha unidade suficiente para o desempenho do trabalho:

Concordo plenamente Concordo parcialmente Não concordo nem discordo Discordo parcialmente Discordo totalmente

7) Em caso de não ser suficiente, quais os principais problemas enfrentados com este tipo de situação?

8) Recebi treinamento introdutório sobre a Estratégia Saúde da Família

Concordo plenamente Concordo parcialmente Não concordo nem discordo Discordo parcialmente Discordo totalmente

9) Quais as principais demandas das famílias atendidas pela UBS que você atua?

10) Você promove reunião com os ACSs ? Sim Não

Por quê?

Em caso afirmativo, o que é discutido? Casos específicos de usuários Planejamento das atividades Qualidade do trabalho feito Outros:

11) Em relação aos outros profissionais da ESF, acho que os ACS's tendem a ficar no emprego menos tempo:

Concordo plenamente Concordo parcialmente Não concordo nem discordo Discordo parcialmente Discordo totalmente

12) Como a população comunica suas demandas?

Indiretamente a você Enfermeiro da UBS Livro de queixas Conselho de Unidade Conselho Municipal Pesquisa de Satisfação Ouvidorias Médicos Outros:

13) Os treinamentos para as equipes saúde da Família são obrigatórios? Com que frequência? Quais os temas abordados?

14) Existe algum esforço da Unidade em promover outros treinamentos? Sim Não. O que é feito?

O Município tem se esforçado em realizar algum tipo de treinamento?

15) Você tem conhecimento dos Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS (PCCS-SUS)?

Sim Não Por quê?

16) Você conta com o apoio e incentivo de gestores, para participar do comitê municipal de desprecarização do trabalho no SUS?

17) Em que medida as mesas de negociação de trabalho interferem nas suas relações de trabalho?

18) Existem conflitos que alimentam a competição entre Conselhos Profissionais, ou seja, entre corporações regulamentadas?

19) No que se refere ao fortalecimento da capacidade gestora entre Estados e Municípios, você acredita que existe algum tipo de desarticulação entre a saúde e os trabalhadores?

20) Quais seriam os principais desafios de sua atuação profissional em relação à sua Unidade e aos seus ACSs?

21) Quais os principais fatores facilitadores que você encontra em seu trabalho?

22) O que você sugere de melhoria em seu trabalho? Você tem feito alguma ação que permita trazer melhorias para o seu setor de trabalho e, em relação à atuação dos ACSs?

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

APÊNDICE III

ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO - SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

- a) Como o senhor Secretário de Saúde avalia a situação atual da saúde pública do município?
- b) Como o senhor avalia a Atenção Primária em Viçosa, levando em consideração seus pontos fortes, limitações, os avanços e impasses neste processo?
- c) Descreva, em sua opinião, a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para as comunidades atendidas pela Estratégia Saúde da Família.
- d) De que forma é organizado o processo seletivo dos ACS's no município? Quando começou? Quais as principais mudanças até hoje?
- e) Quais as principais reivindicações dos ACS's ao secretário?
- f) Quais são os planos para o futuro em relação à carreira do ACS do município?