

PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: POSSIBILIDADES E LIMITES

Marta Cocco da COSTA^a, Ethel Bastos da SILVA^b, Alice do Carmo JAHN^c, Darielli Gindri RESTA^d, Isabel Cristina dos Santos COLOM^e, Rafaela de CARLI^f

RESUMO

No presente estudo, objetiva-se conhecer e analisar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul, em uma abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada, aplicada a 23 ACS, e, para a análise dos dados, utilizou-se Análise de Conteúdo Temática. Os resultados evidenciaram, dentre as possibilidades: comunicação com as famílias atendidas, formação de vínculo e valorização/satisfação do profissional pela comunidade. Dentre os limites: dificuldade de trabalhar em equipe; dificuldade em realizar trabalhos coletivos na comunidade; remuneração baixa/sobrecarga de trabalho e falta de qualificação. Evidenciou-se a necessidade de reorganização do processo de trabalho desses profissionais, com maior investimento na formação e instrumentalização, por meio da adoção da política de educação permanente.

Descritores: Programa Saúde da Família. Trabalhadores. Condições de trabalho. Enfermagem em saúde comunitária.

RESUMEN

El presente estudio tiene el objetivo de conocer y analizar proceso de trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de una municipalidad la región Noroeste de Rio Grande do Sul. Se trata de una investigación con abordaje cualitativo. La recolección de datos fue realizada por medio de un guía de entrevista semiestructurada, aplicado a 23 ACS. Para el análisis de los datos, se utilizó Análisis de Contenido Temático. Los resultados evidenciaron entre las posibilidades: comunicación con familias atendidas, formación de vínculo y valoración/satisfacción con profesional por la comunidad; de entre los límites: dificultad de trabajar en equipo; dificultad en realizar trabajos colectivos en la comunidad; remuneración baja/sobrecarga de trabajo y falta de calificación. Se evidenciaron la necesidad de reorganización en el proceso de trabajo de estos profesionales, con más inversión en la formación y la instrumentación, por medio de la adopción de la política de educación permanente.

Descriptorios: Programa de Salud Familiar. Trabajadores. Condiciones de trabajo. Enfermería en salud comunitaria.

Título: Proceso de trabajo de los agentes comunitarios de salud: las posibilidades y los límites.

ABSTRACT

The current study is aimed at getting to know and analyzing the work process of Community Health Agents (CHA) from a municipality of the Northeastern region of the state of Rio Grande do Sul, through a qualitative approach. The collection of data was carried out by means of a semi-structured interview applied to 23 CHAs. The Thematic Content Analysis was utilized for the data analysis. The results evidenced some possibilities, such as: communication with the participating families, establishing bonds, and recognition of/satisfaction towards the professional agent by the community; and, among some of the limits were: difficulty to perform team work; difficulty to perform collective tasks in the community; low salary/work overload and lack of qualification. Evidence shows the need of reorganizing the work process of these professionals with higher investment in education and instrumentation by adopting a permanent educational policy.

Descriptors: Family health program. Workers. Working conditions. Community health nursing.

Title: Work process of community health agents: possibilities and limits.

a Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta I da Universidade Federal de Santa Maria – CESNORS. Pesquisadora e integrante do Grupo de pesquisa em Saúde Coletiva (GESC/UFRGS) e do Grupo de estudos sobre o cuidado nas etapas do desenvolvimento humano (GECEDH/CESNORS).

b Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Programa DINTER – UFSM/UNIFESP/ANA NERY. Professora Assistente I da Universidade Federal de Santa Maria – CESNORS. Pesquisadora e integrante do Grupo de estudos sobre o cuidado nas etapas do desenvolvimento humano (GECEDH/CESNORS).

c Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Programa DINTER – UFSM/UNIFESP/ANA NERY. Professora.

d Assistente II da Universidade Federal de Santa Maria – CESNORS. Pesquisadora e integrante do Grupo de estudos sobre o cuidado nas etapas do desenvolvimento humano (GECEDH/CESNORS).

e Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS. Professora Assistente II da Universidade Federal de Santa Maria – CESNORS. Pesquisadora e integrante do Grupo de estudos sobre o cuidado nas etapas do desenvolvimento humano (GECEDH/CESNORS).

f Enfermeira. Pesquisadora e integrante do Grupo de estudos sobre o cuidado nas etapas do desenvolvimento humano (GECEDH/CESNORS).

INTRODUÇÃO

A atenção básica à saúde, no Brasil, tem sido marcada com experiências de saúde pautadas em modelos que priorizam a doença e a intervenção médica individual e, em consequência, as organizações dos serviços em suas áreas técnica e administrativa apresentam dificuldades para realizar reflexões democráticas capazes de apreender as necessidades de usuários e trabalhadores. No entanto, essa linha condutora de ações em saúde que valoriza a tecnologia médica-hospitalar está sendo substituída por outro modelo cujo olhar centra-se na atenção à família, à qualidade de vida das comunidades e ao reconhecimento dos determinantes sociais como causas de adoecimento e tem como objetivo o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾.

Em 1991, a Fundação Nacional de Saúde e as Secretarias de Estado de Saúde, aliadas, criaram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito de fortalecer o SUS e reorganizar a atenção básica de saúde⁽²⁾.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) passaram a integrar as equipes de saúde da família e a somar suas ações de maneira complementar às dos demais membros da equipe. Dessa forma, agregou-se à equipe de saúde uma nova figura que faz parte da comunidade, trabalha para ela e com ela, dedicando-se a realizar trabalhos de promoção da saúde das populações a que pertencem. A profissão de ACS foi criada pela Lei 10.507 de 10/07/02, sancionada pelo Presidente da República, fixando as diretrizes para o exercício da atividade⁽¹⁾.

No que tange às competências dos agentes comunitários de saúde, destaca-se: integração da equipe com a população adscrita; planejamento e avaliação das ações em saúde com a equipe; promoção da saúde, prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades^(3,4). Estudo desenvolvido com ACS em São Bernardo do Campo – São Paulo, revela que as competências são, em sua maioria, realizadas pelo grupo pesquisado, enquanto as ações de planejamento, avaliação e promoção de saúde são praticadas de maneira distinta e precisam ser reforçadas⁽⁵⁾.

Os ACS têm auxiliado as equipes de saúde com atividades de apoio — recepção de usuários na unidade, busca de prontuários, organização e

controle do almoxarifado. Essas atividades descaracterizam a função dos ACS e podem influenciar a disponibilidade para realização da visita domiciliar, sua principal atividade. O trabalho de apoio que os ACS ofertam nas unidades mostra a deficiência de profissionais nas estratégias, sinalizando para a necessidade de os gestores reavaliarem a inclusão de auxiliares administrativos na ESF, diminuição do número de famílias por ACS, capacitações e educação permanente⁽⁶⁾.

Nessa direção, em relação ao processo de trabalho no setor saúde, esse trabalho ocorre a partir do encontro entre duas pessoas em que se promove interação de escutas e falas, permeadas pelas interlocuções subjetivas, em que são utilizadas as tecnologias duras, leve-duras e leves. A utilização dessas tecnologias no processo de trabalho pode sofrer interferências de acordo com as especificidades de cada área de conhecimento e suas competências, e também as influências do meio em que é produzido esse trabalho⁽⁷⁾.

Os estudos sobre o modo com que os ACS têm conduzido seu processo de trabalho desde o início da Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) mostram que a organização do serviço e as limitações no que se refere às experiências do modelo assistencial proposto pelo ESF são fatores que interferem na execução da prática dos ACS. Estudo realizado no município de Teixeira-PB identificou limites encontrados pelos ACS em seu processo de trabalho, entre os quais a falta de reconhecimento dos gestores, as condições socioeconômicas das famílias e a sua própria saúde⁽⁸⁾. Ainda no que se refere às dificuldades encontradas, os estudos destacam a falta de materiais para a realização das atividades diárias e a desarticulação do trabalho em equipe para o enfrentamento dos problemas dos usuários^(9,10).

O ACS é um profissional essencial nas equipes saúde, é o elo entre a comunidade e a unidade de saúde. Diante disso, tem-se, como primeiro pressuposto deste estudo, que no trabalho dos ACS existem elementos potencializadores nas práticas de cuidado mais horizontalizadoras e relacionais que produzem saberes e ações que se sustentem em si em benefício de uma atenção acolhedora. Entende-se que esses elementos são potenciais para (re)criar novas formas de atuação, desenvolvendo competências norteadoras de um trabalho que vise a mudança do modelo de saúde. Outro pressuposto é que no desenvolvimento do processo de trabalho

dos ACS são vivenciados limites, caracterizados pelas dificuldades junto às famílias e à equipe.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo descrever o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde de um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul, pontuando possibilidades e limites.

CAMINHO METODOLÓGICO

Considerando-se o objetivo proposto, optou-se por um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa permite compreender a realidade concreta, os fenômenos e os processos sociais⁽¹¹⁾. Foi desenvolvido junto à ESF e EACS de um município da Região Noroeste do Rio Grande do Sul, compreendendo a zona rural e urbana. Nesse município, os ACS atuam desde 1997. No momento da coleta dos dados o município contava com 29 microáreas que atingiam, aproximadamente, 50,4% da população total do município.

Os participantes do estudo foram 23 agentes comunitários de saúde, sendo 15 do Programa dos Agentes Comunitários de saúde e oito da Estratégia Saúde da Família. Consideraram-se, como critério de inclusão, os ACS que estivessem desenvolvendo suas atividades no momento da pesquisa e atuando há mais de seis meses.

Para a coleta de dados optou-se pela entrevista estruturada composta por duas partes: a primeira com dados sociodemográficos, e a segunda com questões referentes ao processo de trabalho dos ACS. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas individualmente nas Unidades de Saúde, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, no presente artigo inclui-se sete falas dos entrevistados mais representativas dos eixos temáticos. Os dados foram coletados entre os meses de junho a agosto de 2009. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo-se as recomendações descritas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (Processo número 23081.006580/2009-38).

Para análise dos dados optou-se pela Análise de Conteúdo Temática⁽¹¹⁾ e, após várias leituras das falas dos participantes, construíram-se dois eixos temáticos: **elementos facilitadores no processo de trabalho, e enfrentamentos/limites no processo de trabalho.**

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

O primeiro eixo temático, **elementos facilitadores do processo de trabalho**, revela a subjetividade das relações de trabalho entre os agentes comunitários de saúde e as famílias. Dentre os elementos facilitadores, destacam-se: *a comunicação com as famílias atendidas, a formação de vínculo e a valorização/satisfação do profissional pela comunidade.*

O primeiro elemento facilitador mais citado pelos ACS é a *comunicação com as famílias atendidas*. Sabe-se que muitos problemas enfrentados pelas equipes de saúde podem ser atribuídos à falha na comunicação entre os integrantes. Logo, melhorar o diálogo entre os profissionais poderá contribuir para a construção de um ambiente de trabalho saudável que promova um cuidado humanizado com o uso das tecnologias leves para criar vínculo com as famílias e, a partir daí, caminhar para atitudes potencializadoras do trabalho realizado pelo ACS⁽⁹⁾. A fala do ACS confirma essa condição.

[...] a parte de comunicação e informação, eu tenho bastante facilidade com isso também, de falar muito assim e ouvir bastante às vezes também (ACS 2).

Nesse sentido, o ACS, por ser uma pessoa que vive na comunidade, tende a ter maior compreensão das condições culturais, crenças, comportamentos, significados de vida e formas de se expressar dos usuários. Os ACS consideram esses elementos facilitadores da aproximação com as famílias e da apreensão das necessidades daqueles que habitam sua área de abrangência⁽⁹⁾.

O processo de trabalho do ACS é permeado por ações, por exemplo, a escuta, a obtenção da informação e a conversa frequentemente vivenciada nos momentos da visita domiciliar. Essas práticas são reconhecidas por eles como geradoras de prazer no trabalho, muito provavelmente pelo reconhecimento e gratidão dos usuários⁽¹³⁾.

O segundo elemento facilitador mencionado pelos entrevistados direciona-se à *formação de vínculo*. Nesse sentido, salienta-se que a empatia e o vínculo são considerados elementos centrais na relação de cuidado. Para que o relacionamento entre profissional de saúde e usuário seja promissor, é preciso o conhecimento mútuo, em que, muitas vezes, quando o vínculo é forte, na execução do cuidado, o profissional assume lugar de membro da

família na perspectiva do usuário; caso contrário se estabelece uma relação distante⁽¹²⁾.

Eu sempre tive bastante facilidade, de consegui que eles me deixassem entrar na casa deles [...] de consegui a confiança deles. Isso aí desde o princípio eu senti bastante facilidade com isso (ACS 2).

A narrativa expressa a construção do vínculo, especialmente no momento da visita domiciliar em que o trabalhador entra em contato com o universo privado das famílias, fazendo com que a relação entre agente e comunidade seja mais próxima, baseada no diálogo^(13,14).

Característica de dar e receber, de colocar-se no lugar do outro e de se solidarizar com seu problema, é condição básica para a criação do vínculo que se constitui em premissa básica para a atuação na Saúde da Família. Dessa forma, torna-se viável o papel do ACS como agente transformador que, ao mesmo tempo, transforma e é transformado⁽¹³⁾.

Estudo desenvolvido em Fortaleza, referente à visita domiciliar, revelou que os usuários de uma ESF têm preferência pelo atendimento no domicílio, pois possibilita maior vinculação e favorece o diálogo. Logo, não se pode dizer que a visita é o único meio de fortalecer o vínculo, mas um deles⁽¹²⁾.

As relações estabelecidas entre ACS/usuário é muito próxima e formam-se laços fortes de amizade tornando o trabalho do ACS, especificamente a visita domiciliar, algo prazeroso de ser feito.

As visitas domiciliar é uma coisa que eu gosto de fazer, as pessoas já me conhecem, já me recebem bem, nunca tive nenhum problema (ACS 13).

A fala expressa a dimensão que a visita domiciliar assume para esse ACS no seu cotidiano de trabalho. Outro estudo que buscou compreender as concepções da equipe de Saúde da Família sobre as visitas domiciliares, corrobora o presente estudo, em que as visitas são entendidas como uma oportunidade de conhecer o usuário no seu ambiente e na sua família; proporcionam o acompanhamento das famílias e dos usuários, o controle positivo das situações de saúde e a produção do cuidado. A visita surge também como um estado de “respeito” e de “confiança” conquistado por eles em relação aos usuários e construído por meio da “convivência” e do “contato” constante⁽¹⁵⁾.

Os dois elementos facilitadores citados conduzem ao terceiro elemento, *valorização/satisfação do profissional pela comunidade*, pois os ACS sentem-se úteis, valorizados e conseguem ver o usuário como um sujeito complexo, considerando não só os aspectos biológicos, mas estendendo as necessidades existenciais e humanas.

É o relacionamento com o pessoal, eu gosto deles e eles também me querem bem [...] a minha facilidade é de tratar bem, de ser bem recebida e bem tratada por eles, isso pra mim é muito bom (ACS 5).

Em estudo realizado na cidade de Teixeira-PB, os ACS também se sentem valorizados pelos usuários, quando estes manifestam que as demandas de cuidado são atendidas⁽⁸⁾. Dessa forma, é possível evidenciar a importância e a valorização desse profissional na comunidade, o que pode gerar satisfação, aumentando a autoestima do profissional e fazendo com que realize seu trabalho com empenho e dedicação.

O segundo eixo temático, **enfrentamentos/limites no processo de trabalho**, desmembrou-se na *dificuldade de trabalhar em equipe; dificuldade em realizar trabalhos coletivos na comunidade; remuneração baixa/sobrecarga de trabalho e falta de qualificação*.

O primeiro limite identificado nas falas dos ACS foi a *dificuldade de trabalhar em equipe*, devido à falta de articulação com o trabalho da enfermeira supervisora que desempenha diversas atividades, além do acompanhamento dos ACS. Isso faz com que os ACS sintam a necessidade de apoio dessa profissional em diversos momentos de cuidado.

Eu acho que assim, nos deparamos enquanto equipe é que nós não temos ajuda. A gente precisaria que outras pessoas nos auxiliassem, que se todos trabalhassem junto, eu acho que nós conseguiríamos fazer um trabalho muito melhor (ACS 12).

A narrativa expressa uma das dificuldades atuais do processo de trabalho, a construção e o fortalecimento do trabalho em equipe. Portanto, ressalta-se que a desarticulação do trabalho na esfera local entre os membros da equipe, especialmente como o(a) enfermeiro(a), e também nas esferas dos setores que complementam os serviços de saúde, compromete a proposta do EACS e da ESF, tanto no que se refere ao atendimento das necessidades do usuário quanto às necessidades do trabalhador.

Essa condição de trabalho é geradora de insatisfação profissional e estresse para o ACS⁽⁹⁾.

As ações de saúde nessas estratégias são estruturadas e pautadas na integralidade da assistência, a qual requer um trabalho multidisciplinar e complementar, sendo o trabalho em equipe necessário para a humanização das práticas de saúde. Reconhece-se que a organização do trabalho da equipe está relacionada à condição de vínculo estabelecida entre os profissionais e destes com as famílias atendidas⁽¹⁾. Sendo assim, o diálogo em busca do consenso parece ser essencial para o bom desenvolvimento do trabalho. Escutar o outro resulta na possibilidade da construção de um canal de comunicação, cujo objetivo é gerenciar conflitos emergentes do processo de trabalho oriundos das diferenças de pensamento entre os pares⁽¹⁶⁾.

O trabalho em equipe objetiva obter impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos⁽¹⁶⁾.

Estudo realizado em Florianópolis – Santa Catarina, revelou a dificuldade do trabalho em equipe, reforçando a necessidade da realização de um trabalho que valorize e incentive a participação de todos os integrantes da equipe na discussão dos problemas identificados na assistência às famílias. A troca de informações, o reconhecimento do trabalho dos outros e o respeito às diferenças são, pois, aspectos essenciais para uma equipe⁽¹⁷⁾.

O segundo enfrentamento mencionado pelos ACS é a *dificuldade em realizar trabalhos coletivos na comunidade*. Dentre as atividades desenvolvidas por esse trabalhador da saúde, destaca-se as de prevenção a doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias individuais ou coletivas, sendo o incentivo para formação de grupo uma das atividades propostas⁽¹⁸⁾. Neste estudo, observa-se dificuldade de formação de grupos de saúde.

Eu até tentei formar vários grupos lá, não consegui formar nenhum até agora, não sei se não tive apoio dos colegas mesmo ou dos nossos chefes e coordenadores. Que é assim tu tenta forma um grupo e daí as vezes eles mesmo também não vão, o meu pessoal é bem complicado (ACS 1).

Evidencia-se na fala acima que essa dificuldade pode estar relacionada à forma como vêm sendo realizadas as ações de saúde pela equipe, voltadas

para a busca de consultas na unidade e para tratamento da doença. Com isso, o usuário não consegue identificar o espaço da unidade como local de outros tipos de intervenção. Dessa forma, evidencia-se a importância do processo de educação nos espaços coletivos, sendo um desafio para o ACS associar o seu viés comunitário de trabalho ao viés do modelo biomédico comumente exercido pelas equipes de saúde que, mesmo trabalhando na ESF, muitas vezes não atuam com base no conceito ampliado de saúde⁽⁵⁾.

O terceiro limite identificado à *remuneração baixa e sobrecarga de trabalho*. O salário, ao invés de ser um estímulo ao profissional, no presente estudo, surge como uma limitação:

Um dos problemas principais seria a remuneração da gente, que é baixa né, não tem plano de carreira no nosso serviço, normalmente meus colegas aí tão trabalhando e já tão pensando mais na frente em arruma outro serviço (ACS 3).

Estudo realizado com ACS de Porto Alegre demonstrou que a maioria desses profissionais tem uma renda *per capita* baixa e, na maioria das vezes, são responsáveis pelo sustento da família⁽⁶⁾. Outros achados corroboram o presente estudo, os quais mencionam como causas de desmotivação do ACS, a sobrecarga de trabalho e a baixa remuneração^(11,5). Os baixos salários e a condição de vínculo desses trabalhadores nos serviços de saúde são situações enfrentadas pelos ACS. Observa-se que, comumente, os funcionários públicos são mal pagos e têm uma sobrecarga de trabalho em sua rotina profissional⁽⁸⁾, como elucida a fala:

Nosso trabalho fica muito isolado e nós não nos recusamos a fazer outros trabalhos que não a nossa função, só que isso acaba prejudicando o nosso trabalho, isso poderia se chama de desvio de função (ACS 16).

Mesmo nessas condições de trabalho, esses profissionais continuam sua jornada. Além da sobrecarga de trabalho, pode-se evidenciar o desvio de função, quando realizam atividades administrativas, recepção, entre outros. Um estudo realizado no município de Porto Alegre-RS, que buscou investigar o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde, também identificou essa dificuldade caracterizada pelos ACS como “trabalho burocrático”. Esse trabalho de “suporte” sinaliza que, além do ACS estar sobrecarregado com tarefas de sua atribuição, passa a desenvolver tarefas de outros profissionais nos serviços de saúde⁽⁶⁾.

O último enfrentamento referido pelos ACS é a falta de qualificação. Sabe-se que a educação em saúde é a finalidade principal das ações dos ACS. Para cumprirem a função de orientar e incentivar a comunidade no processo educativo, os ACS precisam estar preparados para orientar e buscar qualificar-se, como conhecer o saber popular e interagir com o saber reificado⁽¹³⁾.

Estudo realizado em duas cidades do interior paulista evidenciam que a capacitação dos ACS é insuficiente, pois, salientam os autores, os cursos não incluíam dados da realidade local⁽¹⁹⁾. Essa mesma situação foi evidenciada no estudo em questão, podendo ser observada na fala a seguir:

A gente teve um vídeo que era para ser nossa capacitação, falava sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde lá em Sertão que não tem nada a vê com a nossa realidade, é uma coisa completamente diferente, daqui [...] Então, foi só aquilo ali, depois a gente não teve mais nada (ACS 15).

A necessidade de capacitação expressa nas falas dos ACS também pode ser atribuída à inserção desses profissionais na área da saúde, sem experiência prévia. Somada a isso, destaca-se a dificuldade de entendimento dos gestores quanto à importância do ACS e de sua intervenção na comunidade.

Observa-se uma disponibilidade por parte desses profissionais para a capacitação, porém parece estar desarticulada dos demais componentes da equipe de saúde. Em estudo realizado em dois municípios do estado de São Paulo, verificou-se divergência entre as perspectivas do exercício profissional do ACS e do serviço, pois este não prioriza ações de educação para o ACS⁽¹⁹⁾.

Constata-se, portanto, a necessidade permanente de qualificação e a incorporação de novos elementos a suas práticas e aos seus conceitos. Os desconfortos presenciados pelos agentes em sua rotina de trabalho podem levar à busca contínua de alternativas para enfrentar o desafio e produzir transformações na realidade concreta⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo pode-se observar que os ACS reconhecem como fatores facilitadores em seu cotidiano a comunicação, a formação de vínculo com as famílias atendidas e a valorização/satisfação do profissional pela comunidade. Tais fatores, provavelmente, estão relacionados à noção de pertenci-

mento do agente à área de atuação, pois esse profissional conhece a comunidade, suas crenças, seus valores e condições vida e, muitas vezes, apresenta comportamentos semelhantes.

Durante o exercício de sua função, os ACS têm enfrentado inúmeros desafios no seu processo de trabalho, como mostrado neste estudo: falta de qualificação, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, dificuldade no desenvolvimento em ações coletivas e dificuldades de trabalhar em equipe. Observa-se que os elementos limitantes da atuação são também geradores de estresse e desmotivação para o trabalho e estão, em sua maioria, relacionados à condição de regulamentação profissional, merecendo atenção especial dos gestores de saúde e do poder público.

Para potencializar os elementos facilitadores e diminuir os limitadores sugere-se a inserção da educação permanente como estratégia de qualificação da prática profissional dos ACS, pois a incorporação de novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades técnicas e políticas poderão contribuir para a reorganização do processo de trabalho.

Recomenda-se, também, que a reestruturação do processo de trabalho seja pautada em um fazer/pensar coletivo em que o ACS se posicione enquanto trabalhador constituinte da equipe, rompendo-se com o modelo hierarquizado e verticalizado de organização do setor saúde. Fortalecer, no processo de trabalho das equipes de saúde, a perspectiva da integralidade das ações cujo objetivo é uma ação inter e transdisciplinar, sugerindo uma prática assistencial partilhada em que os ACS, como um dos integrantes, possam desenvolver interação relacional que busque uma comunicação orientada para o entendimento em equipe.

REFERÊNCIAS

- 1 Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(3):426-33.
- 2 Ministério da Saúde (BR). Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2001.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 648, de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2006.

- 4 Ministério da Saúde (BR). Perfil de Competências dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2004.
- 5 Santos LPGS, Fraccolli LA. O agente comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. Rev ESc Enferm. USP. 2010;44(1) 76-83.
- 6 Ferraz L, Aertz DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ci Saúde Col. 2005;10(2): 347-355.
- 7 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec; 2002
- 8 Oliveira AR, Chaves AEP, Nogueira JA, Sá LD, Collet N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. Rev Eletr Enferm. 2010;12(1):28-36.
- 9 Brand CI, Antunes RM, Fontana RT. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. Cogitare Enferm. 2010; 15(1):40-7.
- 10 Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. Saúde Soc.2009;18(4):744-55.
- 11 Minayo MCS, organizador. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2007.
- 12 Albuquerque ABB, Bosi MLM. A visita domiciliar no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: percepções dos usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Salud Pública. 2009; 25(5):1103-1112.
- 13 Brito SMO, Domingos SM. O sentido da educação em saúde para agentes comunitários de saúde. Rev Gaúcha Enferm.2009; 30(4):669-76.
- 14 Pupin VM, Cardoso CL. Agentes Comunitários de Saúde e o sentido de “ser agente”. Estud Psicol. 2008; 13(2):157-163.
- 15 Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm. 2007; 60(6): 659-64.
- 16 Araújo MBS, Rochas PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ci Saúde Col. 2007;12, (2) 455-464.
- 17 Simões AR. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. Rev Saúde Públ. 2009;2(1):6-21.
- 18 Brasil. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006: 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 [Internet]. Brasília (DF); 2006 [citado 2011 jan. 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm
- 19 Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A Identidade do Agente Comunitário de Saúde: uma abordagem fenomenológica. Ci Saúde Col. 2008;13(1):51-60.
- 20 Nascimento EPL, Corrêa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e prática. Cad Saúde Públ. 2008,24(6):1304-1313.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address**

Marta Cocco da Costa
Rua Maurício Cardoso, 574, ap.104
98400-000, Frederico Westphalen, RS
E-mail: marta.c.c@ufsm.br

Recebido em: 14.09.2011
Aprovado em: 09.07.2012