

Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde¹

Satisfaction and limitation in the daily of community health agents

Satisfacción y limitación en el cotidiano del trabajo del agente comunitario de salud

Arleusson Ricarte de Oliveira^I, Ana Elisa Pereira Chaves^{II}, Jordana de Almeida Nogueira^{III},
Lenilde Duarte de Sá^{IV}, Neusa Collet^V

^I Artigo construído a partir da monografia de especialização, intitulada "Agente Comunitário de Saúde: satisfação e limitação no processo de trabalho", apresentada à Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

^I Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública – Mestrado do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (PPGENf/CCS/UFPB). João Pessoa, PB. E-mail: ricarte27@hotmail.com.

^{II} Enfermeira. Docente da Faculdade de Campina Grande. Campina Grande, PB. E-mail: anelchaves@hotmail.com.

^{III} Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Docente do PPGEnf/CCS/UFPB. João Pessoa, PB. E-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br.

^{IV} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf/CCS/UFPB. João Pessoa, PB. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br

^V Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf/CCS/UFPB. João Pessoa, PB. E-mail: ncollet@terra.com.br.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde ganhou sustentação a partir da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991 e do Programa Saúde da Família em 1994. Tais estratégias estão alicerçadas sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que exerce papel importante na construção do vínculo e responsabilização, promovendo o elo entre equipe e comunidade. Objetivou-se investigar a satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do ACS. Pesquisa qualitativa que utilizou um questionário como técnica de investigação, aplicado a 23 ACSs do município de Teixeira- PB, em maio de 2006. Os dados foram analisados por meio da Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Constataram-se como motivos de satisfação para os ACSs: o reconhecimento das famílias com o seu trabalho; melhoria do estado de saúde das famílias e dos indicadores de morbi-mortalidade. As limitações incluem as dificuldades de trabalho, a falta de reconhecimento dos gestores com o seu trabalho, as condições socioeconômicas precárias das famílias e a saúde do ACS. A satisfação vivenciada pelos ACSs em seu cotidiano de trabalho é motivo de prazer e realização profissional, em contrapartida, as limitações, dificultam o andamento do trabalho, afetando sua saúde física e psicossocial.

Descritores: Serviços de Saúde; Programa Saúde da Família; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

The Health System Unity gained sustentation from the implantation of the Communitarian Health Agents Program in 1991 and the Family Health Program in 1994. Such strategies are based on the work of the Community Health Agents (ACS) that it exerts important paper in the construction of the bond and liability, promoting the link between team and community. The aim was to investigate the satisfaction and limitation in the daily work of the ACS. Qualitative study, that applied a questionnaire with 23 ACSs, in Teixeira city, on may of 2006. The Discourse Technique of the collective subject was made for the data analysis. The evidenced reasons of satisfaction were: the recognition of the families with their work, the improvement of the health of the families, the pointers of morbi-mortality. The limitations include the difficulties of work, the lack of recognition of the managers, the precarious socioeconomic conditions of the families and the health of the ACS. The satisfaction lived deeply for the ACSs is reason of pleasure and professional accomplishment, on the other hand, the limitations, make the course of the work difficult, affecting the physical and psychosocial health.

Descriptors: Health Services; Family Health Program; Health Personnel.

RESUMEN

El Sistema Único de Salud adquirió sustentación a partir de la implantación del Programa de Agentes Comunitarios de Salud en 1991 y del Programa Salud de la Familia en 1994. Tales estrategias están fundamentadas en el trabajo del Agente Comunitario de Salud (ACS) que ejerce papel importante en la construcción del vínculo y responsabilización, promoviendo el nexo entre equipo y comunidad. El objetivo fue investigar la satisfacción y limitación en el cotidiano de trabajo del ACS. Investigación cualitativa cuyo levantamiento de datos fue realizado por medio de cuestionario aplicado a 23 ACSs del municipio de Teixeira-PB. Los datos fueron analizados por medio de la Técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Se constato como motivos de satisfacción: el reconocimiento de las familias con su trabajo, la mejora de la salud de las familias, de los indicadores de morbimortalidad. Las limitaciones incluyen las dificultades de trabajo, la falta de reconocimiento de los gestores con su trabajo, las condiciones socioeconómicas precarias de las familias y la salud del ACS. La satisfacción vivenciada en su cotidiano de trabajo es motivo de placer y realización profesional, en contrapartida, las limitaciones, dificultan la marcha del trabajo, afectando su salud física y psico-social.

Descriptor: Servicios de Salud; Programa de Salud Familiar; Personal de Salud.

INTRODUÇÃO

Desde meados da década de 1980 o Brasil vive extraordinária experiência de reformas e redefinição do perfil do seu sistema de Saúde, que culminaram com a emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) como tópico integrante da Constituição Federal de 1988⁽¹⁾.

Este modelo propõe a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas identificados e implica necessariamente em articular a atenção básica com a média e a alta complexidade. Ademais, deve envolver diversos atores, tais como: usuários do sistema, o gestor de saúde, a equipe de saúde da família e as lideranças comunitárias⁽²⁾.

O Ministério da Saúde, para realizar o pressuposto na Constituição Federal em relação aos princípios básicos do SUS, cria em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir de experiência bem sucedida realizada no Estado do Ceará, onde se conseguiu reduzir a morbimortalidade na área materno-infantil. O foco de trabalho destes profissionais direcionou-se principalmente para ações de prevenção e educação em saúde, como proposta de mudanças no paradigma de assistência pública tradicional à saúde. Posteriormente, em 1994, cria o Programa Saúde da Família (PSF), no qual o ACS é inserido, buscando configurar um trabalho em equipe multiprofissional⁽¹⁾.

Atualmente existem 204 mil ACS atuando no Brasil, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados⁽³⁾.

Para o Ministério da Saúde o ACS é o trabalhador da área de saúde que está em contato permanente com a comunidade, unindo dois universos culturais distintos, o científico e o popular, atuando com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças. Deve residir na própria comunidade em que vive, ser maior de 18 anos, saber ler e escrever, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades, e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida e realizar o cadastramento e acompanhamento das famílias. Esse trabalhador atua para identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção, recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade, assim como de toda a comunidade⁽¹⁾.

Pelo fato de morar na comunidade onde trabalha, o ACS tem um bom conhecimento dos problemas dos indivíduos, famílias e comunidade. Espera-se que seja criado um vínculo de confiança da população com este trabalhador em relação aos aspectos sócio – econômico – cultural - espiritual e sanitário. Assim, são inúmeros os problemas que

emergem no cotidiano das famílias assistidas por este profissional, muitos dos quais extrapolam sua capacidade técnica.

Apesar das dificuldades, é notável ao longo de mais de 10 anos do PACS, o avanço dos indicadores de saúde na atenção básica, com redução da morbimortalidade materna e infantil; o aumento nos percentuais de aleitamento materno e imunização; melhor acompanhamento das doenças diarreicas e infecções respiratórias aguda; melhor cobertura de assistência pré-natal, melhor acompanhamento das doenças crônico-degenerativas e redução do número de internações⁽⁴⁾.

Frente à complexidade do trabalho do ACS, e o grande incentivo do Ministério da Saúde na reorganização da atenção básica, por meio da expansão e implantação de novas equipes de PSF nos municípios, considera-se relevante compreender os aspectos que envolvem o cotidiano de trabalho destes profissionais.

Assim, este estudo objetivou investigar a satisfação e limitação encontradas pelo ACS em seu cotidiano de trabalho.

METODOLOGIA

Esta pesquisa configura um estudo exploratório com abordagem qualitativa. As pesquisas qualitativas referem-se à análise “da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões” do ser humano, como produtos de sua interpretação sobre seu modo de viver, seus pensamentos e sentimentos⁽⁵⁾. A opção por esse tipo de pesquisa deve-se ao recorte realizado para este estudo.

A pesquisa de campo foi realizada no município de Teixeira-PB que está localizado na mesorregião do sertão paraibano, na microrregião da Serra do Teixeira, a 768m de altitude, ocupando uma área de 114.437km², com sua rede distando aproximadamente 350 km da capital do Estado. Tem uma população de 13.685 habitantes⁽⁶⁾.

Os serviços de saúde compõem uma rede de natureza pública, constituída por um hospital e cinco Unidades de Saúde da Família. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado no município desde o ano de 1991, e em 1996 o município aderiu ao Programa Saúde da Família (PSF), sendo que os ACSs foram incorporados ao PSF.

Os sujeitos que participaram desta pesquisa foram os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) que atuam no Programa de Saúde da Família do Município de Teixeira, Estado da Paraíba. O critério de inclusão dos sujeitos foi o de aceitar participar da pesquisa. De um total de 33 ACSs que atuavam no município no período da coleta dos dados, 27 ACSs se dispuseram a participar do estudo.

Os dados foram coletados durante o mês de maio de 2006, utilizando-se como instrumento um

questionário composto de duas perguntas norteadoras pertinentes ao objetivo proposto, o qual foi respondido de forma escrita pelos participantes e, posteriormente, devolvido aos pesquisadores. A análise foi feita qualitativamente, por meio da Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽⁷⁾. A operacionalização desta técnica ocorreu em três etapas: na primeira etapa selecionaram-se as expressões – chave a partir do discurso de cada participante do estudo, ou seja, dos segmentos contínuos ou descontínuos de discurso que revelam o foco principal do seu conteúdo; a segunda etapa caracterizou-se pela identificação da ideia central de cada uma das expressões - chave. Esse momento se constituiu na síntese do conteúdo das referidas expressões; na terceira etapa, foram reunidas as expressões – chave referentes às ideias centrais, em um discurso síntese, que retrata o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A pesquisa obedeceu às normas da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) tendo como número do protocolo de aprovação nº 0018/2006.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O modo de organização do trabalho dos ACSs tem gerado sentimentos contraditórios apontando aspectos relevantes que podem contribuir para a reflexão constante do processo de trabalho desses agentes no cotidiano das ações em saúde.

Ao falarem sobre seu trabalho, os ACSs verbalizam momentos de alegrias e de satisfações, mas também as falas revelam tristezas e limitações.

O Quadro 1 mostra quatro ideias centrais do Discurso do Sujeito Coletivo dos ACSs, relacionadas a sua satisfação no desenvolvimento do seu trabalho. Na primeira ideia central, é notável no discurso dos ACSs a satisfação retratada com o reconhecimento das famílias com o seu trabalho. Por outro lado sentem-se cuidados, valorizados, assumindo assim um significado em seu universo relacional, que atravessa as interações que envolvem os outros membros da equipe de saúde da família na experiência que esses profissionais oferecem de se relacionar além das fronteiras da Unidade de Saúde da Família. As fronteiras se alargam, a lógica das interações se transforma.

Quadro 1: Descrição do Discurso do Sujeito Coletivo dos Agentes Comunitários de Saúde em resposta à questão 1. Teixeira, maio de 2006.

QUESTÃO 1 - Refira a satisfação que você tem em atuar como Agente Comunitário de Saúde
IDEIA CENTRAL 1 Satisfação das famílias
(Discurso do Sujeito Coletivo) <i>"As famílias gostam muito do meu trabalho. / Pra mim é muito gratificante quando as famílias dizem que se eu não tivesse orientado teria acontecido coisa pior. / Me sinto satisfeita com o acolhimento que tenho pelas famílias visitadas por mim... Graças a Deus até hoje nunca fui rejeitado. / Algumas famílias, falam pra mim que estão felizes por eu ajuda-las, é muito gratificante. / Sou muito satisfeita em trabalhar com às famílias da minha comunidade, pois adoro as famílias, não tenho dificuldades. / O meu objetivo maior é o reconhecimento e satisfação das famílias, conquistei muitas vitórias. / Sou satisfeita porque posso ajudar as famílias da minha comunidade e elas confiam em mim".</i>
IDEIA CENTRAL 2 Melhora da Saúde
(Discurso do Sujeito Coletivo) <i>"As doenças foram reduzidas para aqueles que seguem nossas orientações. / Com nossas orientações de aleitamento materno e diarreia diminuiu a desnutrição. / As crianças estão 100% com vacinas em dia. / A redução da desnutrição. / A comunidade está sadia. / A saúde melhorou bastante. / Como o Programa do ACS melhorou mais a saúde nas famílias porque elas tem as informações necessárias para se prevenir das doenças. / Os índices de IRA baixaram por conta do meu trabalho. / Existem pessoas doente que ficam bem espiritualmente, agente ver o brilho nos olhos... quantas vezes me deram muito obrigada pela saúde das crianças."</i>
IDEIA CENTRAL 3 Redução da mortalidade
(Discurso do Sujeito Coletivo) <i>"A redução da mortalidade infantil... das doenças que matam as crianças. / A mortalidade infantil é zero, apesar das nossas dificuldades. / Antes de ser ACS morria muita criança na minha área. / Nas reuniões comentam que nunca mais houve morte de crianças... pra mim é gratificante, agradeço a Deus por tudo. / A mortalidade infantil como adulto diminuiu bastante. / A mortalidade materna e infantil hoje diminuiu bastante, graças a Deus, a medicina é a nossa orientação desde o pré-natal. / Desde que comecei a trabalhar como ACS, graças ao meu bom Deus não morreu nenhuma criança com verminose, diarreia ou pneumonia na minha microárea".</i>
IDEIA CENTRAL 4 Trabalho em equipe
(Discurso do Sujeito Coletivo) <i>"A equipe é maravilhosa, nos trata muito bem. / Respeita nosso trabalho e entende nossas dificuldades. / A união da equipe, a troca de ideias, tudo isso é muito satisfatório. / Eu adoro a minha equipe saúde da família, eles tem muita boa vontade de trabalhar. / Sinto prazer de trabalhar junto com a equipe. / A minha satisfação como agente comunitário de saúde é o bom relacionamento com o enfermeiro e equipe. / Trabalho com a equipe PSF, conto todos os meus problemas, as dificuldades que tenho e a equipe me dar maior apoio".</i>

Em pesquisa realizada com famílias de uma comunidade em um município do interior do estado do Mato Grosso do Sul sobre a satisfação do trabalho do ACS, os autores encontraram que 93% delas consideram que o ACS resolve satisfatoriamente os problemas quando solicitado, demonstrando um alto grau de satisfação da população com a sua atuação⁽⁸⁾.

O fato de ser o ACS um membro da própria comunidade contribui sobremaneira para a aproximação e interação com as pessoas facilitando a apreensão das necessidades das famílias de sua área de abrangência. Acredita-se que estes profissionais conhecem as formas cotidianas de viver, de significar a vida e de se comportar das famílias locais.

Ter seu trabalho reconhecido pela população gera satisfação para o ACS que tem uma

direcionalidade de seu trabalho para a ajuda às famílias que demandam cuidados em saúde. Receber o reconhecimento desse trabalho por parte das famílias torna-se a imagem-objetivo dos ACSs que se sentem gratificados e felizes com o modo como desenvolvem seu trabalho.

A segunda ideia central reflete "melhora da saúde" com o trabalho desenvolvido pelos ACSs. Nos discursos observa-se que estes profissionais vêm desempenhando suas funções com muita responsabilidade e compromisso, atuando na promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo assim, um educador em saúde no trabalho que desenvolve em sua comunidade.

A literatura aponta inúmeros impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação do PACS e PSF tais como: alto nível de

satisfação da população com o atendimento das equipes; melhoria da vigilância à saúde da população; utilização adequada dos serviços e maior complexidade com redução das internações hospitalares desnecessárias; maior qualidade, cuidado com a atenção prestada; elevação da resolutividade das redes assistenciais básicas. Esses impactos se constituíram fatores motivadores da disseminação do Programa pelo País⁽⁹⁾. Destarte o PSF tenha contribuído sobremaneira para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde, ainda encontra limites na pretensa inversão do modelo assistencial, centrando-se no modelo programático, fortemente burocratizado no cronograma.

O enfrentamento de problemas de saúde da comunidade, e a mudança positiva de indicadores de saúde supõem uma relação de confiança entre o sistema público e a população. Supõem que o diálogo permeie os encontros de cuidado, e que o sistema, os serviços, as equipes e os profissionais estejam empenhados em compartilhar, trocar ideias, comunicar⁽¹⁾.

O diálogo defendido não se restringe à obtenção de informações para um atendimento em saúde. O sentido do diálogo a ser estabelecido entre profissional de saúde e usuário deveria ser pautado na perspectiva hermenêutica de fusão de horizontes, "isto é, de produção de compartilhamento, de familiarização e aproximação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser imprescindível que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados"⁽¹⁰⁾. Assim, "destaca-se a necessidade de criar uma relação de cumplicidade, entre quem presta o cuidado e quem o recebe"⁽¹¹⁾.

Na terceira ideia central destaca-se a "redução da mortalidade", principalmente no que se refere à mortalidade infantil. A redução da mortalidade infantil constituiu uma das maiores motivações para implantação do PACS na região Nordeste. Pesquisas realizadas no Estado do Ceará, em 1991 pela UNICEF, com o objetivo de analisar a situação de saúde de menores carentes abaixo de um ano, antes e após a implantação do PACS, constataram uma queda notável da mortalidade infantil proporcional por diarreia, que respondia por 48,3% dos óbitos menores de um ano no período de 1985-87 e por 31,7% dos óbitos nessa idade no período de 1988-90. A mortalidade infantil por todas as causas também sofreu queda expressiva, de 32% sendo estimada em 95 por mil nascidos vivos para o ano de 1986 e em 65 por mil nascidos vivos no ano de 1989⁽¹²⁾.

Vale destacar os números obtidos em pesquisa realizada em 2005 pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de São Paulo e Universidade de Nova York, demonstram que a cada 10% de aumento de cobertura do PACS, o índice de mortalidade infantil cai para 4,6%⁽¹³⁾.

A quarta ideia central dá ênfase ao "trabalho em equipe", sendo que os entrevistados mencionam ter a equipe como espaço de acolhimento, diálogo, união e respeito com o seu trabalho.

A articulação, integração e interação entre os profissionais de saúde potencializam a possibilidade de compartilhar a produção do cuidado aos usuários atendendo às demandas singulares em cada momento de cuidado na perspectiva da integralidade.

Nesse sentido, o trabalho em equipe exige a conexão de diversas tarefas que compõem o processo de trabalho, baseada em certo conhecimento do trabalho do outro e na valorização da participação de todos na produção do cuidado. É construir consensos em relação aos objetivos, estratégias e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos trabalhadores. Além disso, vale ressaltar que o trabalho em equipe que se almeja é aquele pautado na equipe do tipo integração em que há complementaridade objetiva e colaboração no exercício da autonomia técnica e construção de um projeto assistencial comum e sua realização negociada no cotidiano. Desse modo, poder-se-á superar a dinâmica do trabalho em equipe do tipo agrupamento na qual há fragmentação do trabalho, justaposição de ações e em que os profissionais das várias áreas aspiram por autonomia profissional ignorando a complementaridade dos atos em saúde⁽⁹⁾.

A primeira ideia central do Quadro 2 faz referência às dificuldades encontradas pelos ACSs na operacionalização do seu trabalho. Um dos aspectos relevantes refere-se às precárias condições de trabalho, tais como a falta de insumos e materiais, à sobrecarga de trabalho, à falta de transporte e os riscos de vida que enfrentam para realização das visitas.

Quadro 2: Descrição do Discurso do Sujeito Coletivo dos Agentes Comunitários de Saúde em resposta a questão 2. Teixeira, maio de 2006.

<p>QUESTÃO 2 - Refira as limitações que você tem em sua atuação como Agente Comunitário de Saúde</p>
<p>IDEIA CENTRAL 1 Dificuldade de trabalhar</p>
<p>(Discurso do Sujeito Coletivo) <i>“São vários problemas que enfrentamos, a falta de remédio é o que mais nos deixa a desejar, até porque somos cobrado na visita domiciliar...a falta de material para trabalhar...é o que mais persegue. / A exigência é grande, mas as condições dadas são precárias. / As gestantes que não gosta de ir ao médico, os idosos que não toma a vacina da gripe que o ACS orienta. / A falta de balança, transporte. / As ameaças de vida que agente sofre. / Dificuldade de acesso. / Sobrecarga de trabalho e dificuldade com os gestores... a inveja, pessoas que ainda querem tomar o meu lugar. / A perseguição política. / Minha maior insatisfação é ter sido ameaçado de morte juntamente com o meu enfermeiro. / É muito difícil de trabalhar na zona rural...falta transporte. / A área é muito grande e tem muita gente para uma equipe. / Tem uma família que não visito porque não aceita minha visita. / Os gestores fazem muita política com o nosso trabalho. / não tenho o 2º grau completo”.</i></p>
<p>IDEIA CENTRAL 2 Falta de reconhecimento</p>
<p>(Discurso do Sujeito Coletivo) <i>“Gostaria que as autoridades reconhecesse e nos pagassem melhor. / Precisamos de mais apoio dos Poderes Públicos, não para fazer política, mas para valorizar o trabalho do ACS... que nosso salário fosse mais justo e procurasse dar uma garantia melhor ao ACS. / A comunidade tem sempre aqueles que despreza a visita do ACS. / Falta de capacitação. / Falta de compreensão dos nossos chefes políticos, porque sempre que nos pedimos alguma coisa, e eles prometem mas não cumprem. / Não somos reconhecidos profissionalmente, o concurso pode eliminar ACS...queremos ser reconhecidos. / Gostaria de ter mais informação tanto com a equipe como da secretaria de saúde. / A gestão não reconhece nosso trabalho, se querem ação façam ação”.</i></p>
<p>IDEIA CENTRAL 3 Situação das famílias</p>
<p>(Discurso do Sujeito Coletivo) <i>“Fico muito triste quando chego em casa e elas falam que não tem quase o que comer...cabe as autoridades fazerem alguma coisa para que elas tenham um trabalho digno. / O sofrimento das famílias sobre a violência e não poder denunciar. / Existe dificuldade no relacionamento com os profissionais de equipe. / É muito difícil para as pessoas se deslocar para a cidade em caso de doença. / As famílias são muito sofridas e precisa de cada um de nós. / Dar muito dó em você ver o sofrimento das famílias e não poder ajudar”.</i></p>
<p>IDEIA CENTRAL 4 A Saúde do ACS</p>
<p>(Discurso do Sujeito Coletivo) <i>“Se precisar fazer algum checke não tenho condições/. Minha saúde eu mim preocupo muito em todo mês cubrir a área...as vezes estou doente porque ando muito no sol, já fiquei com vários problemas como inflamação, a pele muito queimada, mas eu trabalho todo mês, deus mim dar corage./ Mesmo doente trabalho seja debaixo de chuva ou sol./ Eu fico muito estressada por conta de não poder dizer o que tenho vontade./ As vezes trabalho doente para não atrasar o trabalho. / Hoje tenho problema de saúde, de tanto pensar em cuidar das famílias dos outros...me descuido da minha. / Tem época que tem tanto trabalho que penso que vou ficar louca. / Casa de ferreiro, espeto de pau, agente cuida da saúde dos outros e esquece de se cuidar. / As vezes fico doente quando não posso ajudar”.</i></p>

Tradicionalmente os ACSs têm assumido diferentes atividades na produção de atos em saúde utilizando ao mesmo tempo seus saberes e modos de agir no controle das causas e fatores de risco individual e coletivo em diferentes sistemas e contextos. A produção do cuidado na rede básica de atenção à saúde aponta uma utilização extensiva de tecnologias leves pelos ACSs seguido da utilização das leve-duras⁽¹⁴⁾.

Embora a literatura^(2,8) aponte que o ACS tem imprimido um modo diferente de produzir o cuidado em suas ações cotidianas, “o trabalho do ACS não é

suficiente para produzir um processo de reestruturação produtiva no PSF. Ele se desterritorializa do modelo centrado em procedimentos, quando opera um processo de trabalho com base nas tecnologias relacionais, usa da liberdade do seu trabalho vivo em ato para inventar e criar formas de cuidado eficazes, singulares. Mas estes processos não têm potência suficiente para produzir na equipe de saúde da família um processo de mudanças, caracterizando a construção de um novo território ético-político-existencial de ação no processo de produção do cuidado. A equipe

permanece territorializada no modelo anterior, deslegitima e questiona a ação do ACS naquilo que ele inova⁽¹⁴⁾.

Outro fator mencionado foi a perseguição política que os ACSs sofrem frente à gestão. Durante a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que aconteceu em Brasília, em março de 2006 a *RADIS* reuniu oito ACSs de várias regiões do país para relatar a situação da categoria. Os discursos deles registram que, um dos problemas que enfrentam é a perseguição política com o seu trabalho, em que os políticos enxergam os ACSs como “máquina” de votos e quem não for ligado a partidos políticos corre o risco de perder o emprego⁽¹⁵⁾.

A ausência do diálogo entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em uma total disputa de poder e a falta de parcerias, sobretudo nas grandes capitais onde, na maioria, os governos são de partidos opostos; a falta de um acordo técnico, normativo e programático, em torno da oferta das ações e serviços de saúde que requerem equipamentos sociais de suporte à atenção básica à saúde, compromete a continuidade da atenção nas ESF⁽¹²⁾.

Assim, a educação permanente desses profissionais oportunizaria para lidarem com as diversas situações existentes em seu cotidiano de trabalho, uma vez que parte da reflexão sobre o contexto no qual estão inseridos, produzindo transformações.

Outro aspecto relatado pelos ACSs e que merece destaque, é o nível de escolaridades dos mesmos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE as exigências crescentes do mercado de trabalho no Brasil, em relação à qualificação, tem contribuído para a procura pelo estudo, principalmente a conclusão do ensino médio. A média de anos de estudo do brasileiro, de forma geral, tem apresentado leve crescimento nos últimos anos, passando de cinco anos em média, em 1993, para 6,4 anos, em 2003⁽⁶⁾.

É importante considerar que, para ingressar na profissão de ACS, o Ministério da Saúde preconiza a conclusão do ensino fundamental como determina a Lei 10.507, de 10/07/2002 que regulamenta a profissão de Agente Comunitário de Saúde. No período que precede a Lei, exigia-se apenas que o indivíduo soubesse ler e escrever⁽¹⁶⁾. Vale ressaltar que o Curso Técnico para ACS está em fase de implantação pelo Ministério da Saúde e que os ACSs deste estudo concluíram o primeiro módulo.

Na segunda ideia central do Quadro 2, os discursos dos ACSs descrevem sobre a falta de reconhecimento com o seu trabalho.

Espera-se que o reconhecimento do trabalho possa trazer inúmeros benefícios para o empregado e o empregador, pois quando no cotidiano de trabalho

existe reconhecimento, estímulos e motivações, os resultados esperados podem superar as expectativas; caso contrário, os objetivos do trabalho podem não ser alcançados, como também pode influenciar de forma negativa na saúde do trabalhador, refletindo, sobretudo, na saúde da comunidade.

Essa falta de reconhecimento está expressa em suas falas, tendo em vista os baixos salários, a falta de apoio do poder público e da gestão local, a não vinculação efetiva desses trabalhadores nos serviços de saúde. Além disso, em geral os funcionários públicos são mal pagos e têm uma sobrecarga de trabalho em seu cotidiano.

Uma pesquisa realizada com ACSs na região metropolitana de São Paulo, em 2002, constatou que as principais motivações para o trabalho do ACS são: a possibilidade de um trabalho remunerado, bem como o contato com a população concebida como carente e a perspectiva da profissionalização no campo de trabalho, que não só representa maior salário, mas também o apoio em um saber legitimado e o reconhecimento social⁽⁹⁾.

É relevante destacar que os ACSs deste estudo eram trabalhadores contratados e que a partir do ano 2007 foram efetivados pela Prefeitura Municipal de Teixeira.

A terceira ideia central retrata as limitações referidas pelos ACSs em relação à situação das famílias.

Os mesmos identificam as famílias como sendo carentes e necessitadas dos serviços de saúde. Esses trabalhadores se percebem como importantes para a atenção às necessidades singulares das famílias. Assim, apresentam diversas dificuldades, refletindo diretamente na sua qualidade de vida. Esses aspectos são reflexos da posição social dos indivíduos e, portanto, são importantes na detecção das necessidades de uma maneira geral, sendo mais vulneráveis a problemas de saúde àqueles grupos sociais menos privilegiados.

Na quarta ideia central um dos aspectos centrados em relação à saúde do ACS é o desgaste de trabalho. É provável que o mesmo ocorra tendo como determinantes alguns fatores associados às três ideias centrais discutidas anteriormente.

Um estudo realizado em Ribeirão Preto/SP, em 2007, com um grupo de ACSs sobre o desgaste de trabalho, os autores encontraram como principais fatores associados: precárias condições de trabalho, como dificuldades para cumprir metas, número elevado de famílias, baixos salários, sobrecarga de papéis sociais do ACS em assumir múltiplas tarefas do trabalho e do lar, problemas no relacionamento interpessoal com a comunidade e também com a ESF, a carga emocional em relação às condições de vida das famílias e ao sentimento de impotência dos ACSs por não conseguirem resolver os problemas das mesmas⁽¹⁷⁾.

A sobrecarga de trabalho pode ser dividida em dois níveis: quantitativo e qualitativo. A sobrecarga quantitativa diz respeito ao número excessivo de tarefas a serem realizadas; isto é, a quantidade de tarefas encontra-se além da disponibilidade do trabalhador. A sobrecarga qualitativa refere-se à dificuldade de trabalho, ou seja, o indivíduo depara-se com demandas que estão além de suas habilidades ou aptidões⁽¹⁸⁾. Por meio dos depoimentos dos ACSs podemos inferir que a sobrecarga de trabalho no cotidiano da atenção à saúde da comunidade está relacionada tanto aos aspectos qualitativos como aos quantitativos.

Dentre os trabalhadores dos Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola de São Paulo/SP, 70% dos ACSs apresentaram sintomas de estresse, que afetam sua saúde, sua qualidade de vida, o rendimento e eficiência no trabalho, dificuldades de comunicação e insatisfação, com consequentes repercussões na qualidade assistencial da comunidade por eles assistida⁽¹⁹⁾.

Segundo a mesma pesquisa, a relação saúde-trabalhador na Estratégia Saúde da Família possui várias situações que demandam certo gasto de energia e adaptação, exemplificadas no contato direto do profissional com as famílias, no sofrimento dos usuários, no relacionamento em equipe, na empatia com os usuários e os laços afetivos que muitas vezes estabelecem entre o profissional e a comunidade. Essas situações somadas às características de cada trabalhador, podem desencadear o processo de estresse, dependendo das estratégias de enfrentamento adotadas por ele e do suporte oferecido pela instituição prestadora de serviços.

Além disso, o ACS tem "uma importante vulnerabilidade ao sofrimento, gerada principalmente pela idealização da própria prática e pela escassa perspectiva de rearranjo dos ingredientes constitutivos da organização do trabalho, já que este profissional depende de fatores alheios ao seu espectro de alcance, que inclui as limitações do modelo assistencial proposto pelo PSF"⁽²⁰⁾.

Outro aspecto mencionado pelos entrevistados e que gera desgaste físico e emocional relaciona-se ao fato de o trabalho no território, constantemente exposto à luz solar, ser exaustivo. Sabe-se que a exposição excessiva à luz solar pode trazer várias consequências negativas para esses trabalhadores, dentre elas, insolação, desidratação, queimaduras, envelhecimento da pele, podendo desencadear maiores problemas a exemplo do câncer de pele.

Assim, em meio a essa complexidade de trabalho que vive o ACS, é provável que esse trabalhador vivencie certo "sofrimento" em relação a sua prática de trabalho, expondo-o a problemas de saúde, desmotivação e insatisfação no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a importância do PSF no cenário nacional, somada a potencialidade desta estratégia como estruturante da atenção primária à saúde, merece destaque a atuação do ACS como elemento vital ao fortalecimento de um novo modo de agir em saúde. Pensar o trabalho do ACS na perspectiva da promoção à saúde, requer a compreensão de que este profissional pode colaborar no processo de "empowerment" dos indivíduos/ famílias e comunidade.

Para tanto é preciso provocar reflexões sobre em que circunstância vem se consolidando a prática deste profissional no âmbito dos serviços de saúde na atenção básica.

Este estudo evidenciou, sob a luz da análise do discurso do sujeito coletivo, que o ACS reconhece como aspectos satisfatórios, o reconhecimento pelas famílias do seu trabalho; a melhoria no estado de saúde das famílias assistidas com consequente redução de mortalidade, e o fortalecimento do trabalho em equipe.

Dentre os aspectos reconhecidos como limitantes ao trabalho do ACS, destacam-se, a falta de reconhecimento do poder público, problemas sócio-econômicos das famílias, problemas com a saúde do ACS, falta de capacitação e de reconhecimento profissional.

A falta de instrumentos e de tecnologias para suprir as necessidades de trabalho dos ACSs nas diferentes dimensões propostas para sua atuação constitui limitações que dificultam a operacionalização do seu trabalho com ênfase na integralidade do cuidado.

As limitações presentes no cotidiano de trabalho dos ACSs produzem sintomas de estresse, refletindo em sua saúde, física, psicológica, espiritual e social.

A falta de vínculo institucional efetivo destes profissionais no município produz limitações no trabalho com a comunidade e ESF como também causa insegurança para estes trabalhadores continuarem desenvolvendo suas ações.

Reconhece-se, portanto, a necessidade de criar dispositivos que visem legitimação e fortalecimento da dimensão política deste profissional. A participação e inserção destes atores em instâncias decisórias podem oportunizar o reconhecimento deste elemento como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão social.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
2. Valentim IV, Krueh, AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa Saúde da Família. Cien Saude Colet. 2007;12(3):777-788.

3. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
4. Cesar JA, Cavaleti MA, Holthausen RS, Lima LGS. Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1647-54.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8nd ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População, 2007 [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2007 [cited 2008 jan 16]. Available from: http://www.ibge.gov.br./home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_12.pdf
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUSC; 2000.
8. Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta. Sci. Health. Sci*. 2003;25(1):95-101.
9. Ribeiro E, Pires D, Blank, VLG. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):438-46.
10. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2007;17(1):43-62.
11. Müller CP, Araujo VE, Bonilha ALL. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. *Rev. Elet. Enf.* [Internet]. 2007 [cited 2010 mar 15];9(3):858-65. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a24.htm>
12. Sousa MF. Agentes comunitários de saúde: choque de povo. São Paulo: HUCITEC; 2001.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
14. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saude Publica*. 2009;25(4):898-906.
15. Dominguez BC. A despreciação é urgente. *Radis, Comunicação em saúde*. Rio de Janeiro. 2006;46(1):8-11.
16. Ministério da Saúde. Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
17. Wai MFP. O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento em Ribeirão Preto/SP. [dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem /USP; 2007. 137p.
18. Jex SM. Stress and job performance. London: Saje; 1998.
19. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(1):14-21.
20. 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.

Artigo recebido em 18.10.08.

Aprovado para publicação em 19.10.09.

Artigo publicado em 31.03.10.