



UNICAMP

ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA

**ANÁLISE DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO
DE SAÚDE A PARTIR DA ÓTICA DOS ATORES SOCIAIS
DO SISTEMA DE SAÚDE**

**PIRACICABA
2014**



**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba**

ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA

**ANÁLISE DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO
DE SAÚDE A PARTIR DA ÓTICA DOS ATORES SOCIAIS
DO SISTEMA DE SAÚDE**

Dissertação de mestrado profissionalizante apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna Ana Paula dos Santos Oliveira e orientada pelo Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe.

Assinatura do Orientador

**PIRACICABA
2014**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

OL4a Oliveira, Ana Paula dos Santos, 1975-
Análise do trabalho do agente comunitário de saúde a partir da ótica dos atores sociais do sistema de saúde / Ana Paula dos Santos Oliveira. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Fabio Luiz Mialhe.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Avaliação em saúde. 3. Programa Saúde da Família. I. Mialhe, Fabio Luiz, 1972-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Analysis of the work of agent community health from the perspective of social actors in the health care system

Palavras-chave em inglês:

Community health workers

Health evaluation

Family health program

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Fabio Luiz Mialhe [Orientador]

Arlete Maria Gomes Oliveira

Dagmar de Paula Queluz

Data de defesa: 24-07-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 24 de Julho de 2014, considerou a candidata ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA aprovada.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "FM", written above a horizontal line.

Prof. Dr. FÁBIO LUIZ MIALHE

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "AMGO", written above a horizontal line.

Profa. Dra. ARLETE MARIA GOMES OLIVEIRA

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "DQP", written above a horizontal line.

Profa. Dra. DAGMAR DE PAULA QUELUZ

RESUMO

O trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde tem ganhado espaço nas discussões entre pesquisadores, em função do impacto de suas ações sobre os indicadores de morbimortalidade em saúde. Contudo, identifica-se ainda uma escassez de estudos que abordem em profundidade o significado da qualidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, a partir da ótica dos atores sociais envolvidos nos serviços de saúde, fator que se torna essencial para discussão e implementação de ações de assistência singular as comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família. Neste contexto, buscou-se avaliar os significados da qualidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, a partir da percepção dos usuários, do enfermeiro instrutor-supervisor de Unidade de Saúde da Família e do Agente Comunitário de Saúde. Para tanto, optou-se pela realização de uma pesquisa qualiquantitativa, que foi desenvolvida no município de Pirassununga-SP, com amostra probabilística de 240 usuários, distribuídas proporcionalmente por equipes da Estratégia Saúde da Família. Logo, a amostra de enfermeiros instrutores-supervisores e Agente Comunitário de Saúde foi intencional, composta por 47 Agentes Comunitários de Saúde e 09 enfermeiros instrutores-supervisores da Estratégia Saúde da Família, perfazendo um total de 296 pessoas. Os dados foram coletados através de entrevistas gravadas, posteriormente transcritas e analisados pela técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo e Análise Temática de Conteúdo. Através deste estudo identificou-se que há pontos de convergência e de divergência entre os entrevistados, contudo, de um modo geral o atual trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde atende as expectativas dos atores sociais que compõe o cenário da Estratégia Saúde da Família. Todavia, faz-se necessário alguns ajustes organizacionais para que todos os envolvidos possam se beneficiar diretamente com essa nova proposta de atuação, dessa categoria profissional que veio compor o Sistema Único de Saúde.

Palavras chaves: Agente Comunitário de Saúde, Avaliação em Saúde, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The work done by the Community Health Agent has gained ground in discussions between researchers, due to the impact of their actions on indicators of morbidity and mortality in health. However, still-identifies a shortage of studies that address in depth the meaning of quality of work of the Community Health Agent, from the perspective of the social actors involved in health services, a factor that becomes essential to discuss and implement actions singular care communities assisted by the Family Health Strategy. In this context, we sought to evaluate the significance of the quality of work of the Community Health Agent, from the perception of users, the nurse instructor-supervisor Health Unit Family and Community Health Agent. Therefore, it was decided by conducting a qualitative and quantitative survey, which was conducted in the city of Pirassununga-SP, with a random sample of 240 users distributed proportionally by teams of the Family Health Strategy. Therefore, the sample of nurses, instructors and supervisors Community Health Agent was intentional, consisting of 47 community health workers and nurses 09 trainers-supervisors of the Family Health Strategy, totaling 296 people. Data were collected through interviews recorded, transcribed and analyzed using analysis of Collective Subject Discourse and Thematic Content Analysis. Through this study it was identified that there are points of convergence and divergence among respondents, however, generally the actual work done by the Community Health Agent meets the expectations of social actors that make up the landscape of the Family Health Strategy. However, it is necessary that some organizational adjustments so that everyone involved can benefit directly from this new proposed action, this professional category that came to compose the Public Health System.

Keywords: Community Health Agent, Health Evaluation, the Family Health Program.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	xiii
AGRADECIMENTOS	xv
LISTA DE TABELAS	xvii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xix
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	
2.1. O Agente Comunitário de Saúde.....	5
2.2. Atribuições e requisitos necessários para ser Agente Comunitário de Saúde.....	7
2.3. O papel do Agente Comunitário de Saúde junto à equipe multiprofissional de saúde e a comunidade.....	9
2.4. A formação dos Agentes Comunitários de Saúde.....	12
2.5. Avaliação do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde.....	16
3 PROPOSIÇÃO	19
4 MATERIAL E MÉTODOS	21
4.1. Aspectos éticos.....	21
4.2. Local do estudo.....	21
4.3. Tipo de estudo.....	22
4.4. Amostra.....	22
4.5. Forma de seleção da amostra.....	22
4.6. Delineamento do estudo.....	23
4.7. Local da entrevista.....	24
4.8. Coleta de dados.....	25
4.9. Pré-teste.....	25
4.10. Análise dos dados.....	26

5 RESULTADOS	31
5.1. Caracterização da amostra do estudo.....	31
5.2. Apresentação qualiquantitativa das ideias centrais e dos DSC.....	32
5.2.1. Categoria enfermeiro instrutor-supervisor.....	32
5.2.2. Categoria Agente Comunitário de Saúde.....	41
5.3. Apresentação quantitativa das categorias de entrevistas com usuários.....	56
6 DISCUSSÃO	59
7 CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS	79
Apêndice 1 - Instrumento de coleta de dados enfermeiro instrutor-supervisor...	87
Apêndice 2 - Instrumento de coleta de dados Agente Comunitário de Saúde....	89
Apêndice 3 – Instrumento de coleta de dados usuários.....	91
Anexo 1 - Aprovação do comitê de ética e pesquisa da FOP.....	93
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	95

DEDICATÓRIA

Dedico esse projeto as minhas filhas Ana Maria dos Santos Oliveira e Maria Clara dos Santos Oliveira, por compreenderem minha ausência durante esse longo período e por me darem força para continuar caminhando, pois a cada sorriso que me ofertam, creio que podemos ainda pensar em um futuro cada vez melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. DR. FÁBIO LUIZ MIALHE, meu orientador, por me conduzir com competência e serenidade durante a construção desse projeto.

À Universidade Estadual de Campinas e à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, nas pessoas de seu reitor, Prof. Dr. JOSÉ TADEU JORGE, do diretor da faculdade, Prof. Dr. JACKS JORGE JÚNIOR, e do diretor associado da faculdade, Prof. Dr. ALEXANDRE AUGUSTO ZAIA.

Ao Prof. Dr. ANTÔNIO CARLOS PEREIRA, coordenador do curso de Mestrado Profissionalizante da FOP-UNICAMP, pela dedicação para com os discentes, pelo profissionalismo e pela competência na condução desse programa, o qual me proporcionou mais esta oportunidade de aprendizado.

Às nossas tutoras KARINE LAURA CORTELLAZZI, FABIANA DE LIMA VASQUES e LUCIANA MIRANDA GUERRA pelo profissionalismo, dedicação e paciência para conosco.

A DEUS nosso Pai e Criador, por ter me proporcionado a oportunidade de escrever essa dissertação.

À minha mãe, NAZARÉ DE LOURDES COSTA, pelo amor, carinho, apoio e incentivo durante essa caminhada.

Aos meus familiares e amigos pelo carinho, compreensão, colaboração e estímulo em cada momento de dificuldade.

Aos colegas e amigos do curso de Mestrado pelo companheirismo, colaboração e pelos bons momentos compartilhados.

Ao Prof. Dr. FERNANDO LEVEFRE e ANNA MARIA CAVALCANTI LEFREVE, que pensaram esse método de análise de dados, o qual encanta os olhos daqueles que querem conhecer com profundidade uma pesquisa de representação social.

A Prefeitura Municipal de Pirassununga, que permitiu minha ausência do trabalho em alguns momentos, entendendo assim, a importância do aprimoramento profissional para elevação da qualidade do serviço.

Aos AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, aos ENFERMEIROS instrutores-supervisores e aos USUÁRIOS dos serviços de saúde do município de Pirassununga, que foram os sujeitos deste estudo, e que colaboraram prontamente durante a coleta de dados, viabilizando assim a construção dessa dissertação.

A luz dos meus dias, por iluminar cada manhã dessa minha caminhada.

A todos que indiretamente fizeram parte e foram fundamentais nessa conquista, meus sinceros agradecimentos por terem tornado essa jornada tão enriquecedora e menos árdua.

Muito Obrigada!

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população entrevistada segundo gênero, faixa etária, estado civil, Raça/Cor, Grau de escolaridade.

Tabela 2 - Distribuição da população entrevistada segundo tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família.

Tabela 3 – Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “Fale um pouco sobre a qualidade do trabalho dos ACS que atuam em sua equipe”.

Tabela 4 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “O que você acha que a população espera do trabalho realizado pelo ACS?”

Tabela 5 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “O que você espera do trabalho do ACS?”

Tabela 6 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “O que você acha que seria necessário para ser um bom ACS?”

Tabela 7 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “Fale um pouco da qualidade de trabalho que você oferece as famílias com as quais você trabalha”.

Tabela 8 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “O que você acha que a população espera do seu trabalho?”

Tabela 9 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “O que você acha que o enfermeiro supervisor espera do seu trabalho?”

Tabela 10 – Distribuição das categorias identificadas na pergunta: “Como tem sido o trabalho do ACS com a sua família?”

Tabela 11 – Distribuição das categorias identificadas na pergunta: “Fale um pouco sobre o que você espera do trabalho realizado pelo ACS.”

Tabela 12 – Distribuição das categorias identificadas na pergunta: “O que falta para o trabalho do ACS se tornar melhor?”

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACs – Ancoragens

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

E-CH – Expressões Chave

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICs – Ideias Centrais

MS - Ministério da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

1 INTRODUÇÃO

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) surge no Brasil para atender as necessidades do sertão cearense e a partir dessa experiência exitosa, o governo do estado do Ceará cria em 1989 o Programa de Agentes de Saúde (PAS), o qual ganhou o Brasil com a proposta de reestruturação da Atenção Primária a Saúde (Ávila, 2011).

Em 1991 o Ministério da Saúde implanta oficialmente o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste, assim como de outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo, que buscavam alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades (Brasil, 2014).

No ano de 1994 nasce o então Programa Saúde da Família (PSF), seguindo as mesmas diretrizes do Programa Agentes de Saúde (PAS), uma vez que prioriza as ações de promoção da saúde, o empoderamento das comunidades quanto aos modos de produzir saúde e os benefícios deste processo para todos os envolvidos (Ávila, 2011; Brasil, 2000).

Como protagonista destes novos modelos de atenção a saúde, temos o ACS que é uma categoria profissional formada pela e para a própria comunidade, atuando como elo entre as comunidades e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), característica que o torna fundamental para a reorientação do modelo de atenção assistencial (Brasil, 2014)

Conforme dados da sala de apoio a gestão estratégica do SUS, os ACS representam hoje uma das maiores categorias de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando 257.936 em todo o país, com uma cobertura de 64,74% da população do território nacional (SAGE, 2014).

A este profissional recém-inserido nas equipes de saúde, espera-se que sua atuação ocorra com base nas ações de Promoção de Saúde, haja, vista, sua inserção na comunidade. Todavia, as ações desenvolvidas por este profissional estão em sua maioria voltadas para prevenção de doenças e poucas são as atividades de Promoção da Saúde, que tem por base o “empowerment” da população (Pinto e Fracoli, 2010).

Estudos descrevem que o dilema permanente do trabalho desenvolvido por este novo profissional é manter uma convivência harmoniosa entre a dimensão social e a dimensão técnica assistencial que permeia o seu dia-a-dia. O que talvez favoreça o fato, de alguns profissionais da equipe ainda não considerar o ACS como integrante dessa equipe (Silva e Dalmasco, 2002; Seabra et al, 2008).

Discute-se ainda que o processo de trabalho do ACS não é suficiente para produzir um processo de reestruturação produtiva na ESF, uma vez que a equipe permanece territorializada no modelo anterior, fato que invalida e questiona a ação do ACS naquilo que ele inova (Ferreira et al, 2009).

Neste momento, cabe refletir sobre a explanação de Tomaz (2002) “[...] não podemos colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser a mola propulsora da consolidação do SUS. [...]”. Pois todos os atores sociais que estão envolvidos direta ou indiretamente neste cenário devem exercer sua cidadania, para que possamos caminhar rumo a uma transformação social.

Righi et al (2010) explicam que os usuários e os prestadores de serviços são os principais atores do processo de trabalho e portanto, o processo de avaliação deve envolver tanto quem utiliza os serviços como quem os produz, para que se possam traduzir com fidelidade as expectativas e as necessidades destes atores.

A partir desta premissa, é oportuno e necessário analisar a qualidade do trabalho desenvolvido pelo ACS a partir da ótica dos atores sociais envolvidos no sistema de serviços de saúde, fator que se torna essencial para rediscussão e

implementação de ações que satisfaça as necessidades de ambos atores do processo, e que possa contribuir expressivamente para oferta de uma assistência singular as comunidades assistidas pelas equipes da ESF.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. O Agente Comunitário de Saúde

A progressiva expansão da Estratégia Saúde da Família no Brasil, particularmente nos últimos três anos, é uma evidência significativa da crescente importância desse modelo de organização da Atenção Básica a saúde no país (Brasil, 2014).

Considerada hoje pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Brasil, 2011).

Neste contexto, o agente comunitário de saúde (ACS) tem sido um personagem muito importante na realização da integração dos serviços da Atenção Primária à Saúde com a comunidade, participando dessa forma ativamente no processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011).

O número de ACS no Brasil vem aumentando expressivamente em função dos investimentos do Ministério da Saúde na implantação de novas equipes da Estratégia Saúde da Família e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde, como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica com vistas a implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica (Brasil, 2012b).

Dados da sala de apoio a gestão estratégica da saúde constataam que, em dezembro de 2013 o número de ACS no Brasil era de 257.936, estando esses distribuídos em 5.349 municípios, perfazendo uma cobertura populacional de 64,74% da população, o que corresponde a 125.584.425 milhões de pessoas (SAGE, 2014).

Estes profissionais transitam livremente por ambos os espaços, a saber: governo e comunidade, intermediando a interlocução entre estes, o que de pronto diga-se “não é tarefa fácil”. Todavia, acredita-se que nesse encontro não há apenas pontos de convergência e que apesar das afinidades em muitos pontos existe duas regiões de tensões e ambivalência que assinalam a identidade do ACS, como o político e o técnico e o comunitário e o institucional (Schimidt; Neves, 2010; Brasil, 2014).

Cabe ressaltar que, suas atividades transcendem o campo da saúde na medida em que requer atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. O que faz dessa categoria profissional uma categoria muito particular, não comparável ou agrupável com outras categorias que existem historicamente no campo da saúde (Brasil, 2004a).

Costa et al (2013) acreditam que o ACS é um elemento nuclear nas ações em saúde, mas para que haja uma adequada dimensão de sua atuação faz-se necessário investimentos na instrumentalização adequada do profissional e na manutenção da qualidade do processo de trabalho executado por ele.

Haja vista que, trabalhar na área da saúde é atuar em um mundo onde um conjunto de trabalhadores diversos se encontram para produzir cuidado a saúde de uma população. Mas, para cada ação, faz-se necessário que esse trabalhador conte com uma série de conhecimentos, saberes e habilidades, que permitirá a ele, conseguir executar sua função da melhor forma possível (Brasil, 2009a).

2.2. Atribuições e Requisitos necessários para ser Agente Comunitário de Saúde

De acordo com o anexo I da Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, são atribuições específicas dessa categoria profissional o que se segue:

- I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
 - II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
 - III - orientar as famílias quanto a utilização dos serviços de saúde disponíveis;
 - IV - realizar atividades programadas e de atenção a demanda espontânea;
 - V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
 - VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita a UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
 - VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância a saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate a Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
 - VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde, a prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.
- Sendo permitido também ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas as atribuições acima (Brasil, 2011).

No entanto, Costa et al (2013) assinalam em seu estudo que os ACS assumem outras atividades junto à equipe de saúde que não aquelas específicas de seu núcleo de conhecimento, tais como, o agendamento de consultas e exames, a conferência de estoque de material de escritório e médico hospitalar e a desinfecção e esterilização de instrumental clínico.

Cabe ressaltar que essa nova categoria profissional nasce em 10 de julho de 2002 por meio da Lei nº 10.507, a qual foi revogada em 05 de outubro de 2006 pela Lei nº 11.350 que até o momento vigora norteando o exercício dessa categoria profissional, ou seja, é uma categoria profissional que ainda se encontra em processo de construção (Brasil, 2002b; Brasil, 2006b).

No passado, os requisitos para ser um ACS eram os seguintes: morar na área onde o ACS iria exercer suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades. Tais requisitos estavam pautados na Portaria Nº 1.886/97, que estabelecia as diretrizes e as normas do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família) (Brasil, 1997).

Contudo, com a oficialização da profissão torna-se requisito essencial para ser um ACS os seguintes requisitos: ter concluído o ensino fundamental e haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde, além de residir na área da comunidade em que vai atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público (Brasil 2006b).

De acordo com os estudos de Jardim e Lancman (2009) os ACS vivenciam constrangimentos no trabalho decorrentes de pertencerem à mesma comunidade na qual desempenham seu papel profissional e que o funcionamento da ESF e a precariedade dos demais níveis do sistema de saúde são fonte de sofrimento adicional. Tal fato expõe excessivamente os trabalhadores e eleva a contaminação do tempo do não trabalho.

Num contexto semelhante, Resende et al (2011) conduziram uma investigação se propondo avaliar o nível de ansiedade desses profissionais, identificando que 75% dos avaliados encontravam-se em um grau de ansiedade moderado e saúde mental positiva. Todavia, relatavam ter vivenciado poucos momentos estressantes

no último ano, o que sugere uma provável interferência de características específicas da profissão.

Martines e Chaves (2007) mostraram em sua pesquisa a existência de uma importante vulnerabilidade ao sofrimento no ACS, sendo esta gerada principalmente pela idealização da própria prática e pela escassa perspectiva de rearranjo da organização de trabalho, haja vista que, a atuação deste profissional depende de fatores alheios ao seu alcance.

As novas exigências para se concorrer ao cargo de ACS, vemos a obrigatoriedade da aprovação em curso introdutório para ACS já em 2006, pois a Portaria Nº 648/GM previa em seu capítulo 2, inciso 1º e 2º que, o processo de capacitação dos profissionais deveria iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das equipes da ESF, por meio do Curso Introdutório para toda a equipe (Brasil, 2006c).

Considerando que a Portaria Nº 2.488 em seu anexo I, inciso IX, define que compete as Secretarias Municipais da Saúde e ao Distrito Federal selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica (AB), em conformidade com a legislação vigente; entende-se que o município deve realizar a oferta do curso introdutório de formação inicial avaliando então se houve ou não o aproveitamento do ACS, atendendo então ao solicitado pela Lei 11.350/06 (Brasil, 2006b; Brasil, 2011).

2.3. O papel do Agente Comunitário de Saúde junto à equipe multiprofissional de saúde e a comunidade

Com a agregação dessa nova categoria profissional junto à equipe de saúde, surge a possibilidade da oferta de serviço mais próxima da comunidade, haja vista que, o ACS atua como elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde, o

que permite que ele viva o cotidiano da comunidade com mais intensidade do que outros membros da equipe (Fortes e Spinetti, 2004).

O trabalho do ACS é bidirecional, pois de um lado tem como atribuição orientar as famílias quanto a utilização dos serviços de saúde disponíveis, mas de outro lado cabe a ele manter a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco na área de abrangência (Nunes et al, 2002).

Ao refletir sobre os sentidos de ser agente comunitário de saúde e sua relação com a comunidade, Pupin e Cardoso (2008) identificaram a desvalorização dos aspectos psicossociais e de politização da atuação do ACS, assim como, a hipervalorização dos procedimentos técnicos como sendo a única forma de fazer possível em saúde, indo então contra a lógica da ampliação do uso das tecnologias leves em saúde.

O estudo conduzido por Fortes e Spinetti (2002) mostrou que na época já haviam evidências detectadas junto às equipes mínimas de saúde de que o ACS deveria se ater apenas a informações administrativas e organizacionais, sendo estas mediadas e decididas pelos profissionais de saúde. Portanto, tal achado fortalece o pensamento de que o ACS não é percebido como profissional da saúde.

Identifica-se dentro do espaço de trabalho do ACS, que as maiores influências sobre a atuação desse profissional estão vinculadas às instituições de saúde, a saber: Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), enquanto que as vozes da comunidade ainda são identificadas com pouca ou com quase nula influência (Cardoso e Nascimento, 2010).

Diante desse contexto, Cardoso e Nascimento (2010) destacam ainda que apesar das instituições de saúde (MS e SMS) terem maior influência sobre a atuação do ACS, a comunicação entre eles se dá de forma predominantemente verticalizada, restando pouco espaço para o diálogo e a participação.

O que para Nunes et al (2002) é compreensível quando se verifica uma maior valorização do saber biomédico, que ainda hoje encontra-se situado numa escala superior na hierarquia da sociedade.

Os mesmos autores identificaram ainda que o ACS se sente orgulhoso em diferenciar o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular que dispunham previamente, pois este fato lhe confere prestígio social. Contudo, os autores assinalam também que o ACS compara seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe, o que o induz a uma insatisfação quanto a insuficiência da educação que receberam.

Apesar do ACS compreender que não faça parte da sua função fazer diagnóstico, indicar tratamento, prescrever medicamentos e outras atividades que são núcleo específico de atuação de outras categorias profissionais, estes denotam interesse em compreender melhor esse campo, no sentido de auxiliá-los em suas demandas diárias de trabalho, mas encontram resistência de outras categorias profissionais que compõe a equipe da ESF (Fortes e Spinetti, 2004).

No município de Ribeirão Preto-SP, um estudo buscou compreender como os profissionais integrantes da equipe mínima de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem) enxergavam o papel do ACS na Estratégia Saúde da Família. Neste, constatou-se que alguns dos profissionais viam o ACS como um facilitador das relações entre a equipe de saúde e comunidade, porém, os mesmos entrevistados divergiram suas informações quando identificavam que o fato do ACS atuar na mesma comunidade em que mora, é um possível motivo de atrito entre agente e a equipe (Seabra et al, 2008).

No mesmo cenário, foi identificado que alguns profissionais não consideram o ACS como integrante da equipe de saúde e fazem uma diferenciação entre “a gente da equipe” e o “agente”. Apontando a existência de uma dificuldade dos demais membros da equipe de saúde em lidar com essa nova categoria profissional (Seabra et al, 2008).

Outro estudo, conduzido por Santos et al (2010), em 37 municípios da área de abrangência da região de Juiz de Fora – MG, buscando obter a percepção do usuário sobre o trabalho do ACS contrapondo a percepção dos profissionais de saúde, identificou que o usuário percebe que a assistência a saúde melhorou após a inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na equipe multiprofissional.

E dentre os motivos alegados pelos usuários, destacou-se o fato do usuário sentir-se satisfeito com a visita do ACS por estarem recebendo um profissional de saúde em seu domicílio, pois assim o consideram. Tal fato, demonstra que os usuários depositam no ACS suas expectativas para aproximação com os serviços e com os profissionais de saúde.

Todavia, os mesmos usuários não negligenciaram os aspectos e características que devem ser modificadas e observadas no perfil tanto do profissional do ACS, como no próprio serviço de saúde.

2.4. A Formação dos Agentes Comunitários de Saúde

Considerando as definições da política de educação profissional para o setor saúde, a importância do agente comunitário de saúde no contexto de mudanças das práticas de saúde e seu papel social junto às comunidades assim como seu perfil de escolaridade, identificou-se como pertinente e necessário que a formação profissional do ACS fosse feita a nível técnico (Brasil, 2004b).

Assim sendo, em 2004 o Ministério da Saúde por meio do Aviso Ministerial MS/GM nº 223/2004 encaminha ao Ministério da Educação proposta de habilitação técnica para a profissão de Agente Comunitário de Saúde. A proposta encaminhada, fundamentou-se no Decreto Federal nº 3.189/99, que fixava as diretrizes para o exercício profissional do Agente Comunitário de Saúde, bem como na Lei Federal nº 10.507/2002, que tornou essa ocupação específica em uma profissão legalmente constituída (Brasil, 2004b).

Tendo como propositura “desencadear, em 2004, o processo de formação para o Agente Comunitário de Saúde (ACS), com vistas à habilitação técnica e promover a elevação da escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde, até a conclusão do Ensino Médio” , haja vista que, quanto maior o grau de escolaridade, mais condições terá o ACS de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (Brasil, 2004b).

Buscando viabilizar o programa, o Ministério da Saúde estruturou a “proposta de formação do ACS”, por módulos, onde os percursos formativos seriam organizados de forma interdependente, possibilitando uma progressão simultânea à escolarização do trabalhador.

O curso deveria ter carga horária mínima de 1.200 horas, prevista a serem desenvolvidas em três etapas formativas até a obtenção do diploma de técnico, a saber:

- 1ª Etapa formativa: formação inicial de trabalhadores
- 2ª Etapa formativa: formação continuada de trabalhadores
- 3ª Etapa formativa: habilitação profissional técnica do Agente Comunitário de Saúde.

Previu-se que esta formação ocorresse num prazo médio de 18 meses, sendo o primeiro módulo de 400 horas, o segundo de 600 e o terceiro de 200.

Após análise documental, o relator deliberou pela possibilidade da proposta ser implementada em sistema de parceria com as Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS), com os Centros Formadores de Saúde (CEFOR) e com outros espaços públicos de Educação e formação profissional (Brasil, 2004b).

No entanto, o Conselho Nacional de Educação julgou, que os prazos previstos para a execução total do programa de educação e formação dos agentes comunitários de saúde eram bastante exíguos e de difícil execução nos prazos previstos. Sugerindo então ao Ministério da Saúde a seguinte estrutura programática:

1º módulo formativo, de natureza profissional, objetivando a formação inicial de agentes comunitários de saúde, em exercício, independentemente do nível de escolaridade dos mesmos.

2º módulo formativo, de natureza da Educação Básica, de oferta de Ensino Fundamental, na modalidade Educação de Jovens e Adultos, para aqueles candidatos que ainda não lograram concluir o Ensino Fundamental. Os concluintes deste 2º módulo, desenvolvido como ação paralela ao projeto original, receberão o correspondente certificado de conclusão do ensino

fundamental, condição indispensável para a continuidade do programa de profissionalização dos agentes comunitários de saúde.

3º módulo formativo, 2º módulo de natureza profissional, destinado a dar continuidade aos agentes comunitários de saúde em exercício que tenham concluído o ensino fundamental e também o 1º módulo formativo, com o devido aproveitamento.

4º módulo formativo, 2º módulo de Educação Básica, de oferta do ensino médio, na modalidade de Educação de Jovens e Adultos, para aqueles agentes comunitários de saúde que ainda não lograram concluir o ensino médio, condição necessária e imprescindível para a obtenção do diploma de técnico de nível médio.

5º módulo do programa, 3º módulo formativo, destinado à habilitação técnica dos agentes comunitários de saúde, especialmente em exercício, que já tenham concluído o ensino médio ou que o estejam cursando, na modalidade de Educação de Jovens e Adultos e que tenham, também, concluído os dois módulos formativos anteriores. Os concluintes deste 3º módulo formativo que comprovarem, também, a conclusão do ensino médio ou equivalente, farão jus ao corresponde diploma de técnico em Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2004b).

Desta forma, em 08 de julho de 2004 a Câmara de Educação Básica aprovou por unanimidade a proposta de habilitação técnica para a profissão de Agente Comunitário de Saúde sob o Parecer CNE/CEB Nº 19/2004.

Foi, portanto nesse contexto, que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação elaboraram em 2004 o referencial curricular para o curso técnico de ACS, sendo essa formação ofertada por meio da Rede de Escolas Técnicas do SUS e Centros Formadores do SUS (Brasil, 2004a).

“Esta concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional. Possibilitando domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de auto planejamento, de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho” (Brasil, 2004a).

Segundo dados da rede de escolas técnicas dos SUS, até o momento no Brasil 72 mil Agentes Comunitários de Saúde já concluíram o primeiro módulo do curso técnico de ACS (RET-SUS, 2014).

Todavia, Monteiro e Previtali (2011), acreditam que a proposta de formação técnica do ACS esta sendo inviabilizada por ter financiamento garantido somente para a realização da etapa formativa I. Primeiro, porque essa etapa, responde as exigências da lei 11.350 de 2006 e também porque atende aos interesses dos gestores, que temem a exigência de aumento salarial em função da formação técnica, aliada a mudança no perfil desses trabalhadores.

Dada a relevância do curso tanto para os ACS, como para a população assistida por eles e para os gestores de serviços de saúde, alguns estados estão decidindo bancar com recursos próprios a continuidade da formação desses profissionais e, aqui, citamos como exemplo o estado de Tocantins que já conclui com recursos próprios a etapa formativa II (RET-SUS, 2014).

Para a coordenadora do PSF de Gurupi (TO) depois do curso os agentes comunitários de sua equipe estão orientando melhor a população, “as visitas domiciliares são feitas com mais cuidado e os ACS estão conseguindo prevenir doenças, além de estarem planejando melhor suas ações e seguindo um roteiro de visitas”.

A vista disso, acredita-se que essa proposta de formação do ACS em técnico irá fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde as demandas da população, fato que contribui decisivamente para a qualificação e a efetivação da política nacional de saúde, pois possibilita o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores e a construção de sujeitos críticos a partir desse Processo Educativo (Brasil, 2004b; RET-SUS, 2014; Monteiro e Previtali, 2011).

2.5. Avaliação do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático e deve ser entendido como um processo de negociação entre atores sociais, portanto, um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades (Brasil, 2005).

Embora a avaliação de qualidade em saúde contribua para traçar algumas estratégias de aproximação entre a pluralidade dos olhares dos diversos grupos de interesse que atuam no âmbito do sistema de saúde, durante o processo avaliativo deve-se considerar a complexidade do conceito de qualidade (Serapioni, 2009).

Além da complexidade, sabe-se que o conceito de Gestão da Qualidade passou por amplas modificações ao longo dos anos, deixando então de priorizar aspectos importantes da Gestão da Qualidade moderna, como o conhecimento das necessidades do cliente e a participação do trabalhador (Carvalho e Paladini; 2005).

Nesse sentido, desde a implantação do trabalho do ACS vários estudos foram conduzidos buscando o delineamento dessa categoria assim como do seu processo de trabalho no SUS.

E, com o propósito de conhecer o grau de satisfação dos usuários com os serviços e profissionais da Atenção Básica (AB), a ouvidoria-geral do SUS realizou uma pesquisa com usuários do serviço público de saúde, onde os ACS apontam como a segunda categoria profissional mais bem avaliada entre os profissionais de saúde da atenção básica conseguindo avaliação satisfatória entre 73% dos entrevistados (Brasil, 2012a).

Analisando ainda o mesmo estudo, o diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB) a saber, senhor Hêider Aurélio Pinto, relata que esta satisfação da população com o trabalho desenvolvido pelo ACS pode estar relacionada com a proximidade da oferta de serviço, ou seja, “há menos distância entre o que a população espera do ACS e o que eles efetivamente ofertam” (Brasil, 2012a).

Dentre as ações desenvolvidas pelo ACS na ESF, a maioria realiza ações de cadastro e visita domiciliar, identifica as famílias de risco e informa as equipes de saúde, orienta quanto ao uso dos serviços de saúde, encaminha e agenda consultas/exames e participa de reflexão do trabalho em equipe (Costa et al, 2013).

Galavote et al (2011) identificaram que os ACS entendem o processo de trabalho em saúde como “prevenção e promoção a saúde”, e as visitas domiciliares foram referidas como a atividade básica do cotidiano dessa categoria profissional. Verificou-se ainda uma idealização das competências referentes ao seu trabalho, o que acaba gerando um sentimento de impotência e limitação em face dos desafios impostos.

Há um distanciamento entre a atuação do ACS e as barreiras organizacionais, havendo a necessidade de uma maior articulação entre ACS e equipe do serviço, para que assim se efetive um trabalho em equipe com planejamento das ações (Schmidel, 2009).

Mesmo diante destes apontamentos, quando buscou-se obter a visão geral dos usuários sobre o trabalho do ACS junto as comunidades em que atuam, evidenciou-se que os usuários percebem que a assistência melhorou após a entrada do ACS na equipe, sugerindo então que a proposta de mudança no modo de se fazer saúde está ganhando espaço entre os usuários dos serviços (Santos et al, 2010; Levy et al, 2004).

Possivelmente, pelo fato do ACS não estar apenas em busca de salário e da segurança de um emprego, mas por haver frequentemente em seu relato um desejo manifesto de ajudar, de alguma forma, as pessoas a sua volta. Ainda que a motivação primária seja a necessidade básica de garantir o sustento e a reprodução da sua própria vida (Mialhe, 2011).

Neste caminhar, os ACS são percebidos como importantes integrantes da equipe de saúde, mas que sozinhos, não fazem mudanças, sendo portanto fundamental o comprometimento de todos os profissionais envolvidos nesse processo (Seabra et al, 2008).

Há de se considerar que, apesar de todo esse movimento em busca da reorganização da AB, ainda hoje inúmeras são as dificuldades observadas para transpor para o campo prático do processo de trabalho das equipes, as características transformadoras que são inerentes à proposta da ESF (Tolentino e Andrade, 2008).

Portanto, ao buscar institucionalizar o processo de avaliação, o Ministério da Saúde vem contribuindo decisivamente para a qualificação da atenção a saúde, promovendo assim a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (Brasil, 2005).

3 PROPOSIÇÃO

Avaliar a qualidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, a partir da ótica dos usuários, do enfermeiro instrutor-supervisor de Unidade de Saúde da Família e do Agente Comunitário de Saúde.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê em Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP sob protocolo n. 115/2012, conforme determina a Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

4.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Pirassununga-SP, localizado a 206 km da capital do estado. Com uma população estimada de 70.081 habitantes, onde 91,63 % dos munícipes residem em área urbana e 8,37% em área rural. Possui uma área de unidade territorial de 727 Km², e densidade demográfica 97,10 habitantes por Km² (IBGE, 2010; SEADE, 2011).

O município conta com um único hospital geral, a saber: Santa Casa de Misericórdia, que presta atendimento de média complexidade, e mantém parceria com o município para o atendimento de urgências e emergências através do Pronto Socorro.

A realização das ações de Atenção Básica (AB) são desenvolvidas por 15 equipes mínimas da ESF; sendo estas compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, recepcionista e auxiliar de serviços diversos.

Para o atendimento especializado o município conta com 01 Centro de Especialidades, 01 Centro de Reabilitação, 01 Unidade Materno-Infantil, 01 Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS I, 01 Centro de Atendimento Psicossocial Infantil – CAPS infantil (CRICA), 01 Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Droga – CAPS AD, 01 Serviço de Atendimento de DST/AIDS (SAE), 01 Pronto Atendimento Ambulatorial (PAM da Zona Norte), 01 Centro Odontológico, 01

Central de Ambulâncias, 01 Ambulatório na APAE, 01 departamento de Vigilância Epidemiológica e 01 departamento de Vigilância Sanitária (Pirassununga, 2012).

4.3. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de representação social, com corte transversal e abordagem qualitativa.

4.4. Amostra

A população estudada foi constituída por enfermeiros instrutores-supervisores da Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e usuários cadastrados na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família do município de Pirassununga-SP, no ano de 2013.

4.5. Forma de seleção da amostra

Enfermeiros instrutores-supervisores e ACS

Foram considerados elegíveis para o estudo enfermeiros instrutores-supervisores e ACS que estavam atuando na ESF por um período superior a um ano, no momento da coleta de dados. Critério de inclusão que segundo Seabra, et al (2008) deve ser considerado para evitar que profissionais que tenham pouca familiaridade com o trabalho da ESF façam parte do grupo de sujeitos a ser investigado.

Como critério de exclusão, considerou-se que o profissional não poderia estar em período de gozo de férias, licença saúde, licença maternidade ou licença remunerada, no período de coleta de dados.

Usuários

Foram considerados elegíveis para o estudo indivíduos residentes na área de abrangência da ESF há no mínimo 6 meses, que estavam cadastrados na ESF e tinham maioria civil, evitando assim que indivíduos pouco familiarizados com o trabalho desenvolvido pelo ACS fizessem parte do grupo de estudo.

No entanto, o sujeito da pesquisa devia preferencialmente ser o membro da família que recebesse habitualmente a visita do ACS, contudo quando este não se fez presente o entrevistador se dirigiu a outro membro da família que tinha maioria civil.

Foi utilizado como critério de exclusão residir em microárea onde o ACS encontrava-se em período de gozo de férias, licença saúde, licença maternidade ou licença remunerada no período de coleta de dados. Também foi excluído a microárea onde o ACS estava atuando, mais esteve afastado das atividades nos últimos dois meses que antecederam a entrevista, haja vista que, a ausência do ACS por um determinado período poderia induzir o respondedor em seu discurso criando um viés de informação.

4.6. Delineamento do estudo

O município contava no momento da coleta de dados com uma população total de 15 enfermeiros instrutores-supervisores de equipe da ESF e 78 ACS, distribuídos em 15 USFs. Apesar de possuir um total de 92 microáreas distribuídas em todo território coberto pela ESF, no momento da coleta de dados 14 microáreas estavam descadastradas, em função da ausência de processo seletivo para a categoria de ACS.

Desta forma, participaram do estudo 09 enfermeiros instrutor-supervisor, pois, do total da amostra 02 enfermeiros encontravam-se afastados de suas atividades em função de licença maternidade, 03 enfermeiros atuavam na ESF a menos de 01 ano e, 01 enfermeiro não aceitou participar do estudo.

Já a amostra de ACS foi composta por um total de 47 ACS, pois do total da amostra 09 ACS encontravam em licença saúde e licença maternidade, 10 estavam de férias, 09 atuavam na ESF a menos de 1 ano e, 03 se recusaram a participar do estudo.

Foram entrevistados 240 usuários, sendo 158 do gênero feminino, 81 do gênero masculino e 01 que não identificou o gênero ao qual pertence.

Para o cálculo amostral foram considerados apenas os indivíduos cadastrados com 20 anos ou mais de idade, pois o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) disponibiliza apenas dados populacionais distribuídos por faixa etária, fato o qual não tornou possível afastar com exatidão o número de indivíduos cadastrados com 18 e 19 anos de idade.

Considerando ainda a diversidade populacional dos usuários cadastrados nas 15 USFs do município, se fez necessário selecionar dentro da amostragem geral uma amostra aleatória estratificada de usuários cadastrados na área de abrangência de cada USF, de modo a não criar viés de seleção.

As famílias foram selecionadas pelo entrevistador através de sorteio utilizando-se a tabela de números aleatórios e quando a residência selecionada estava fechada no momento da visita o entrevistador substituiu essa residência pela residência vizinha à direita.

4.7. Local da entrevista

Todos os participantes da investigação foram previamente orientados sobre a pesquisa e após sua anuência assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), para posteriormente serem incluídos no grupo de entrevistados.

Os enfermeiros instrutores-supervisores e os ACS foram entrevistados na unidade de saúde onde atuavam no momento da coleta de dados. Todavia, optou-se por fazer contato telefônico prévio com o profissional para agendamento da data de preferência, facilitando assim a adesão.

Já os usuários cadastrados na ESF foram entrevistados em seus domicílios, pois acredita-se que a entrevista no domicílio facilita a adesão ao estudo, já que os mesmos não tinham que se dirigir até outro local para serem entrevistados.

Cabe ressaltar que o local para realização das entrevistas e a forma de abordagem dos entrevistados em geral foram pensados cuidadosamente, com a finalidade de afastar fatores externos que poderiam prejudicar direta ou indiretamente a qualidade dos dados obtidos.

4.8. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a setembro de 2013. O instrumento de coleta de dados foi aplicado aos usuários por meio de interação pessoal, em forma de entrevista de investigação, semiestruturada e individual.

As entrevistas foram realizadas por entrevistador externo, apropriadamente treinado/calibrado para utilização do instrumento de coleta de dados.

Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada contendo 03 (três) questões abertas que abordam, a opinião dos entrevistados (enfermeiro, ACS e usuários) sobre a qualidade do trabalho do ACS, as expectativas quanto ao trabalho desenvolvido pelo ACS e as características desejáveis ao profissional ACS. Foram inseridas ainda no roteiro da entrevista 06 (seis) questões de núcleo comum para caracterização da amostra.

4.9. Pré-Teste

Pensando em adequar o instrumento de coleta de dados e verificar se estes possuíam os requisitos necessários para atingir objetivo da pesquisa, os questionários foram testados previamente em uma amostra de não participantes

do estudo, no município de Leme-SP, pois esta população possui características semelhantes a da população alvo que foi estudada.

Foram selecionados para o pré-teste 04 usuários cadastrados na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família e 04 enfermeiros instrutores-supervisores de equipes de Saúde da Família e 04 ACS.

Todos os respondedores após entrevista foram orientados a tecerem críticas ao instrumento, para que este fosse adequado e posteriormente validado.

Cabe ressaltar que os critérios de inclusão e de exclusão aplicados no pré-teste foram os mesmos usados para a população-alvo do estudo.

4.10. Análise dos dados

Enfermeiros instrutores-supervisores e ACS

Para análise de dados procedentes das entrevistas realizadas com os enfermeiros instrutores/supervisores da ESF e dos ACS utilizou-se o DSC.

As entrevistas depois de transcritas foram digitadas no Qualiquantisoft®, que é um software de apoio a pesquisas qualiquantitativas, com base na teoria do DSC (Discurso do Sujeito Coletivo), que permite a realização de inquéritos de opinião com grandes massas de indivíduos e com controle de variáveis de toda ordem (Lefevre & Lefevre, 2005).

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo é uma forma não matemática nem metalinguística de representar (e de produzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante (Lefevre & Lefevre, 2005).

Para a produção dos DSCs, foram necessários quatro operações, a saber:

- ✓ **Expressões Chave (E-CH)** – são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, selecionados do material verbal de cada

depoimento e que melhor descrevem/ revelam a essência do depoimento.

- ✓ **Ideias Centrais (ICs)** – são fórmulas sintéticas que descrevem de maneira sintética, precisa e fidedigna, o sentido presente em cada resposta dos depoimentos, estas podem apresentar sentido semelhante ou complementar e vão dar posteriormente, o nascimento, ao DSC.
- ✓ **Ancoragens (ACs)** – é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, *na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica (grifo do autor).*
- ✓ **Discurso do Sujeito Coletivo (DSCs)** – é a reunião das E-CH presentes nos depoimentos, que têm ICs e/ou ACs de sentido semelhante ou complementar. É redigido sempre na primeira pessoa do singular.

No entanto, os autores advertem que esses DSCs são distintos tanto do ponto de vista qualitativo, pois veiculam opiniões e posicionamentos distintos, como do ponto de vista quantitativo, pois é o resultado da contribuição de depoimentos de indivíduos diferentes em relação a atributos demográficos (Lefevre & Lefevre, 2005; Lefevre & Lefevre, 2003).

Usuários

Para análise dos dados provenientes das entrevistas realizadas com os usuários, fez-se uso da técnica de Análise Temática de Conteúdo.

Bardin (1979) *apud* Minayo (2010) define Tema como uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura.

Logo, Minayo (2010) destaca que fazer uma análise temática é descobrir os números de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

A autora descreve ainda que para o desenvolvimento desta técnica se faz necessário três operações, a saber:

1ª. Pré-Análise – onde o autor escolhe os documentos que serão analisados e retoma as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa. Esta etapa se subdivide ainda em três tarefas:

Leitura Flutuante: momento no qual o pesquisador toma contato direto e intenso com o material de campo.

Constituição do Corpus: o material deve responder a algumas normas de validade qualitativa, a saber:

- Exaustividade: o material contempla todos os aspectos levantados no roteiro;
- Representatividade: contém as características essenciais do universo pretendido;
- Homogeneidade: obedece a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, as técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores;
- Pertinência: os documentos analisados são adequados para responder ao objetivo do estudo.

Formulação e Reformulação de Hipóteses e Objetivos: a partir da retomada da etapa exploratória do material de campo é possível fazer a correção de rumos interpretativos ou abertura para novas indagações.

2ª. Exploração do Material – neste momento o pesquisador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Este procedimento permite a redução do texto as palavras e expressões significativas. Posteriormente, o pesquisador escolhe as regras de contagem, constituídas por códigos e índices quantitativos. E por último, o pesquisador deve agregar os dados em categorias teóricas ou empíricas, que serão responsáveis pela especificação dos temas.

3ª. Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação – os dados brutos foram submetidos à operação estatística simples (porcentagem) e, neste dado momento, o pesquisador pode propor inferências e realizar interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, ou ainda abrir pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

5 RESULTADOS

5.1. Caracterização da Amostra do Estudo

Tabela 1 - Distribuição da população entrevistada segundo gênero, faixa etária, estado civil, raça/cor, grau de escolaridade, Pirassununga/SP, 2013.

Variável	CATEGORIA						Total
	Enfermeiros		ACS		Usuários		
	N	%	N	%	N	%	
Gênero							
Feminino	9	100	40	85,5	158	65,8	207
Masculino	0	0	6	12,7	81	33,7	87
Sem declaração	0	0	1	2,1	1	0,4	2
Faixa Etária							
18 a 20	0	0	0	0	4	1,6	4
20 a 29	2	22,2	19	40,4	26	10,8	47
30 a 39	6	66,6	15	31,9	32	13,3	53
40 a 49	1	11,1	8	17	41	17	50
50 a 59	0	0	5	10,6	57	23,7	62
60 anos ou mais	0	0	0	0	80	33,3	80
Estado Civil							
Solteiro	6	66,6	21	44,6	42	17,5	69
Casado	3	33,3	20	42,5	126	52,5	149
Vive Maritalmente	0	0	3	6,3	18	7,5	21
Separado	0	0	0	0	7	2,9	7
Desquitado/Divorciado	0	0	3	6,3	10	4,1	13
Viúvo	0	0	0	0	37	15,4	37
Raça/Cor							
Branco	9	100	27	57,4	170	70,8	206
Preto	0	0	8	17	15	6,2	23
Pardo	0	0	12	25,5	51	21,2	63
Amarelo	0	0	0	0	4	1,6	4
Indígena	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 2 - Distribuição da população entrevistada segundo tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família, Pirassununga/SP, 2013.

Variável	CATEGORIA PROFISSIONAL				Total
	Enfermeiros		ACS		
	N	%	N	%	
Tempo de Trabalho na ESF					
1 a 3 anos	2	22,2	17	36,1	19
4 a 6 anos	3	33,3	25	53,1	28
7 a 9 anos	2	22,2	4	8,5	6
10 anos ou mais	2	22,2	1	2,1	3

5.2. Apresentação quali-quantitativa das ideias centrais e dos DSC

5.2.1. Categoria Enfermeiro Instrutor-Supervisor

Tabela 3 – Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “Fale um pouco sobre a qualidade do trabalho dos ACS que atuam em sua equipe”.

IDEIAS CENTRAIS	N	%
A - O trabalho do ACS atende as expectativas do enfermeiro supervisor.	6	66,67
B - O trabalho do ACS atende parcialmente as expectativas do enfermeiro supervisor.	3	33,33

DSC da Ideia Central A - O trabalho do ACS atende as expectativas do enfermeiro supervisor.

“Os ACS que atuam nesta USF tem uma qualidade intelectual boa, com bastante conhecimento e dinamismo, tornando a qualidade do serviço satisfatória para as duas partes (equipe e cliente). Desenvolvem um trabalho muito bom, são super dinâmicos, acolhedores, interessados, saem nas ruas para fazerem as visitas, aí eles passam nas casas buscam informações da saúde e trazem bastantes informações das casas pra gente, olham a carteirinha das crianças para estarem atualizando, e passam também informações da unidade para os pacientes, afinal eles são o elo de comunicação entre a equipe e a comunidade. Alguns são bem comprometidos, outros nem tão comprometidas né, mais eles conseguem atingir o objetivo final que é levar informação na casa dos pacientes e interagir bem com a área que atuam. São bastante unidos pedem, questionam, faz, mesmo às vezes não concordando, fazem, topam tudo, às vezes fazem um pouquinho de cara feia mais depois acabam acostumando. E dentro da unidade eles conseguem atuar em vários lugares que agente pede, na recepção eles conseguem atuar, em diversos lugares eles conseguem atuar, eu acho bom o trabalho deles. Enfim, os ACS tem uma boa aceitação na comunidade, todos tem bastante tempo de serviço e se identificam com a comunidade, na cultura e nos costumes, conhecem o território e as problemáticas da comunidade e repassam informações e orientações”.

DSC da Ideia Central B - O trabalho do ACS atende parcialmente as expectativas do enfermeiro supervisor.

“Até que é um serviço de qualidade, acho que falta um pouco de motivação até pelo fato deles serem cobrados de mais e motivados de menos. Tudo o que a gente pede eles fazem. Eles sempre tão trazendo pra gente as dificuldades dos pacientes, para que a gente juntos ache uma solução ou uma estratégia que possa estar ajudando, colaborando, contribuindo para esses pacientes, mas a demanda que esta muito insuportavelmente grande e a quantidade de trabalho e

atividades extra, acabam prejudicando um pouco as visitas que é a principal função do ACS, deixando então o trabalho a desejar. Mas, em geral é razoável, percebo que quando o ACS tem o curso introdutório no início da contratação e perfil para trabalhar com as famílias seu trabalho apresenta uma melhor qualidade”.

Tabela 4 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “O que você acha que a população espera do trabalho realizado pelo ACS?”

IDEIAS CENTRAIS	N	%
A - A população não entende a função do ACS e espera que ele execute procedimentos de enfermagem e outros.	6	66,67
B - A população ainda tem dúvidas do trabalho do ACS e espera algo que esta além da capacitação dos mesmos.	2	22,22
C – A população espera que o ACS assuma responsabilidades que são exclusivas da família.	1	11,11

DSC da Ideia Central A - A população não entende a função dos ACS e espera que os mesmos realizem em suas visitas domiciliares procedimentos de enfermagem e outros.

“Na verdade a população até hoje ainda não sabe ao certo qual é a função do ACS, o que realmente significa o ACS. Por mais que a gente oriente, por mais que às vezes eles escutem na televisão e nos outros meios de comunicação enfim... eles não sabem, eu acho que a maioria da população não entende muito, o que o ACS tem que fazer e muito menos como funciona o Programa de Saúde da Família. Tem paciente que fala assim “eu não preciso da sua visita”. Seria importante se fosse para você verificar minha pressão”, tem pacientes que falam assim “ah.. você pode pedir uma receita pro doutor”, e o ACS tenta explicar, tem

paciente que nem abre o portão, fala que tá ocupado, ou fala que não precisa e aí quando precisa vem no posto falando assim “ah... agora eu preciso da visita do ACS”. Muitos esperam que o ACS passe na casa deles todos os dias, verifique pressão, leve o remédio na casa, faça curativo, aplique uma injeção, agende consulta, leve receita, tragam os exames, realize a limpeza nos quintais e que eles se acomodem em casa e que o ACS faça tudo por ele, tipo um home care, entendeu. Eles não querem vir na unidade, tem condições de vir mais muitos não querem, eles confundem um pouco, isso é o que eu percebo é o que eu ouço da população, que o ACS não seja só um elo mais que ele faça por eles. Eles querem sempre mais, né. Eles acham que o ACS tem que, fazer coisas além da capacidade deles, veem o ACS como uma classe trabalhista que realiza tudo e qualquer coisa no domicílio, eles não conseguem discernir o que é o papel do ACS, acho que é isso, a população não consegue entender qual é o papel do ACS. Alguns até se negam a receber a visita do ACS pois acham que o ACS não tem função nenhuma, não tem papel nenhum pra eles. Existe uma minúscula porcentagem da população que é esclarecida sobre esta classe trabalhista”.

DSC da Ideia Central B - A população ainda tem dúvidas quanto ao trabalho do ACS e espera algo que está além da capacitação dos mesmos.

“A população ainda tem dúvidas da função do ACS, mais espera que ele resolva parte dos problemas burocráticos entre o indivíduo e o posto, tipo: pegar medicação, marcar consulta, mas também espera que ele seja liderança da saúde, que resolva os problemas do lixo, da água parada, etc. Alguns esperam mais do que elas podem fazer, acho que eles esperam um milagre, assim, não só das ACS. Às vezes o ACS vai lá na casa da família e a pessoa acha que apenas com a visita ela vai melhorar, vai tirar, vai conseguir curar aquela pessoa, eles esperam muito, esperam mais do que elas podem fazer”.

DSC da Ideia Central C – A população espera que o ACS assumam responsabilidades que são exclusivas da família e do indivíduo.

“Eu acredito que a população tem uma visão paternalista do ACS, e muitas vezes acabam passando responsabilidades para os mesmos que são da família e do indivíduo e não entendem a importância de uma simples orientação ou informação”.

Tabela 5 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “O que você espera do trabalho do ACS?”

IDEIAS CENTRAIS	N	%
A - Que conheçam seu território de atuação e as demandas das famílias cadastradas.	5	55,56
B - Que tenham comprometimento e dedicação com o trabalho e com a equipe.	3	33,33
C - Que busquem aprimorar diariamente seu trabalho.	1	11,11

DSC da Ideia Central A - Que conheçam seu território de atuação e as demandas das famílias cadastradas.

“Eu acredito assim que ele deva trazer a unidade, informações que eles encontraram na área deles, as dificuldades para que a gente juntos possa dar o melhor de si e tentar resolver os problemas encontrados. Uma coisa que a gente cobra muito é o companheirismo e a confiança, pois eu acho que a partir do momento que a gente não tenha esses dois a gente não consegue trabalhar de jeito nenhum, esses são atributos essenciais o resto a gente vai resolvendo. Enfim, espero que ele conheça sua área adscrita e todos os integrantes da família sob sua responsabilidade, que ele saiba quais são os pontos de risco e famílias de risco, que ele traga todas as informações necessárias para que nossa equipe possa desenvolver nosso trabalho com eficiência. Acredito ainda, que o trabalho

do ACS deva ser claro, transparente de maneira que possa se visualizar o dinamismo/perfil da equipe/população. Seria como um feed back entre equipe-população, realizando troca de informações em ambas as partes, sendo o ACS o articulador. Para tanto é fundamental que o ACS além de conhecer o território, a problemática e as situações de risco da sua área, tenha bom relacionamento com a equipe de saúde e com a comunidade, seja ativo, tenha iniciativa, respeito, ética, saiba ouvir, orientar e passar informações a comunidade e ao serviço de saúde, seja organizado e registre por escrito seu serviço, acompanhe suas famílias colaborando sempre com a melhoria da qualidade de vida do indivíduo/família, colaborando sempre com seus colegas de trabalho e com o serviço de saúde”.

DSC da Ideia Central B - Que tenham comprometimento e dedicação com o trabalho e com a equipe.

“Espero que eles tenham comprometimento, tenham boa participação naquilo que lhes é solicitado, tenha uma boa aceitação. Eles não fazem tudo 100% mais eu acredito que eles fazem tudo o que é solicitado e tem boa participação, porém ao mesmo tempo que elas são comprometidas, elas precisam sempre mais. Então, espero que eles tenham mais dedicação com o trabalho, que eles não venham aqui apenas para cumprir a carga horária e receber o dinheiro no final do mês e tá tudo certo, que isso eu não acho legal. O comprometimento com a equipe também eu acho muito importante, pois às vezes eles falam que fulano não faz isso direito e isso eu não gosto, pois todos nós temos alguma dificuldade, então eu acho que a gente deve respeitar a dificuldade de cada um. Educação com os membros da equipe acho isso fundamental, tratar eles como se fosse alguém da família. Pois às vezes alguém tá falando alguma coisa, e aí quando o outro entra eles dá uma patada, para de falar, fala que aquilo que ele tá falando o outro não pode ouvir e que saibam respeitar hierarquia, eles muitas vezes não respeitam. Às vezes vem informação da secretaria da saúde e então eu vou falar e eles não aceitam, pois eles acham que nada vai trazer resultado, que nunca vai ter importância que nada traz resultado”.

DSC da Ideia Central C - Que busquem aprimorar diariamente o seu trabalho.

“Sempre buscar melhorar mais, né, interagir, acolher se envolver. Essa equipe é 100 %, mais eles têm que tá procurando sempre melhorar cada vez mais. Tem famílias que são difíceis, tem outras que são uma mãe, acolhem super bem. Aquelas difíceis é trabalho de formiguinha, então tem que muita paciência, saber ouvir, né, deixar o problema em casa e aqui é serviço é outra coisa”.

Tabela 6 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “O que você acha que seria necessário para ser um bom ACS? Comente”.

IDEIAS CENTRAIS	N	%
A - Ter formação específica na área de atuação.	2	22,22
B - Gostar da ocupação escolhida	2	22,22
C - Saber ouvir, saber se comunicar e ser ético	3	33,33
D - Ser comprometido com o trabalho e com a equipe, ter compromisso ético e moral	2	22,22

DSC da Ideia Central A – Ter formação específica na área de atuação.

“Eu acho que eles deveriam ter mais informações, porque às vezes tem pacientes que perguntam coisas que eles não sabem responder. Não sei se às vezes por que tem vergonha ou por outros motivos, mas eles não passam pra gente as dúvidas e deixam tudo por alto e depois se comunicam entre eles. Raramente eles acabam falando, alguns falam outros guardam pra si. Eles mesmos até estavam falando que gostariam de saber mais sobre um pouquinho

de cada coisa que acontece no posto (ex. vacina). Também tem aquele lado, falta interesse de alguns, tipo, têm uns ACS que não sabem a carteirinha de vacina, aí você fala assim, vamos sentar lá que eu vou te explicar, então ele senta para eu explicar e outros não têm interesse. Quando algo gera dúvida tem ACS que traz a pergunta e fala na sala na frente de todos os outros, o que eu sei responder eu respondo o que eu não sei responder eu levo pro doutor responder. Tem outros que tem dúvida mais não procura saber e às vezes fazem comentários entre eles, tem medo de perguntar e fica pedindo pro outro perguntar, aí o outro vem e pergunta e aí ele fala: ah.. não foi bem assim. Acho que seria necessário mais informação, mais capacitação, um curso técnico, assim eles teriam uma técnica mais apurada, pois tem coisas que elas trazem pra mim que elas mesmas poderiam resolver, tem caso que elas trazem que eu preciso explicar como eles vão fazer pra poder resolver”.

DSC da Ideia Central B - Gostar da ocupação escolhida

“Eu acho que, primeiro você deve gostar do que você faz, pois tudo que é feito com amor você faz bem feito, o que eu vejo muitas vezes é que tem pessoas que trabalham simplesmente pelo dinheiro e não pelo prazer daquilo que faz, então acho que primeiramente se identificar com aquela profissão que você está escolhendo. Outro item importante é ter aptidão física para desenvolver o trabalho, pois não adianta gostar e não ter condições físicas de desenvolver esse trabalho. Ter carisma para lidar com o público, estar aberto a melhorar, ouvir críticas, pra poder melhorar. Pois tem pessoas que se fecham e que não aceitam que o outro comente que se você fizer assim será melhor. Às vezes acabam entrando pessoas assim com uma certa idade, né. Que não tem disposição de andar no sol, andar para lugares mais longes, não que eu ache que pessoas mais gordinhas, pessoas obesas não tenham condições, tem!!!!. Mais assim que pelo menos ela se disponha a fazer, pois às vezes eu tenho uma estrutura física que não contribui com aquele serviço que eu faço, podendo então me desenvolver melhor numa outra parte. Além de ter perfil para atuar, saber quais são as suas reais

atribuições, ter afinidade com o ser humano independente da raça, cor e sexo, ter e saber se comunicar, ser criativo, estar disposto, saber trabalhar em equipe, ter boa vontade e ser articulador”.

DSC da Ideia Central C - Saber ouvir, saber se comunicar e ser ético.

“Para ser um bom ACS, a pessoa tem que primeiro saber ouvir, a primeira coisa é ter uma ótima escuta, depois deve ter muita paciência e ainda saber diferenciar o trabalho da vida pessoal, pois tem alguns que se envolvem até de mais com os problemas, então o ACS tem que saber separar, não pode levar problema pra casa, mas ao mesmo tempo tem que ser comprometido com as pessoas, ser honesto nas relações tanto aqui na unidade de saúde quanto com a família que esta sendo visitada, pois tem coisa que a gente ouve na casa das famílias que a gente não tem que falar pra ninguém. Deve agir com respeito e ética, deve se capacitar para a função, deve ser interessado, participativo, organizado, ter bom relacionamento com a equipe de trabalho, saber se comunicar e conhecer o seu território de atuação. O ACS não deve achar que aqui na unidade nos temos todas as soluções para todas as situações, que tudo que chegue até aqui que a gente vai resolver, pois não é assim. E, acima de tudo ter muito amor ao próximo, pois às vezes a gente perde a essência, então é chegado a hora de trocar de trabalho, pois cansar de andar, cansa; cansar de ouvir cansa; mais a gente tá aqui pra isso, às vezes a gente pensa quem vai nos ouvir, às vezes a gente chega em casa e fala tanto, que nossos familiares falam agora você vai parar de falar, né. Enfim, o ACS deve estar interessado no serviço, estar sempre pronto para ouvir o outro e sempre pronto a ajudar”.

DSC da Ideia Central D - Ser comprometido com o trabalho e com a equipe, ter compromisso ético e moral

“Para ser um bom ACS a pessoa tem que ser bem comunicativa, tem que ter responsabilidade, confiança, disciplina e comprometimento com o trabalho, além de ser um líder comunitário. Acho que estes são os requisitos principais para

ser um bom ACS, pois ele vai lidar com público o tempo todo e quando eles não têm esses requisitos a população não tem confiança e não abre a porta pra eles de jeito nenhum”.

5.2.2. Categoria Agente Comunitário de Saúde

Tabela 7 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “Fale um pouco da qualidade de trabalho que você oferece as famílias com as quais você trabalha”.

IDEIAS CENTRAIS	N	%
A - A qualidade do trabalho relacionada ao ACS levar informações sobre saúde e sobre o funcionamento da unidade as famílias cadastradas.	20	42,55
B - A qualidade do trabalho relacionada a levar informações a população adscrita e colaborar com a equipe de saúde em atividades afins.	6	12,77
C - A Qualidade do trabalho encontra-se duvidosa	4	8,51
D - A qualidade de trabalho do ACS está relacionada com a capacidade do ACS ser o elo de comunicação entre a equipe e a unidade de saúde.	3	6,38
E - A qualidade do trabalho do ACS relacionada a prevenção de doenças.	5	10,64
F - A qualidade do trabalho do ACS associado a oferta de escuta ampliada das demandas apresentadas pela população assistida.	9	19,15

DSC da Ideia Central A – A qualidade de trabalho do ACS relacionada ao levar informações sobre saúde e sobre o funcionamento da unidade de saúde as famílias cadastradas.

“Então, é assim um trabalho mais educativo e a qualidade é boa, né? A gente faz a visita, faz a prevenção, orienta sobre o funcionamento do posto, como eles têm que vim para marcar a consulta, orienta também sobre as doenças que eles acham que tem, ou quando tem diabetes, pressão alta, faço orientação para eles não pararem de tomar o remédio. As gestantes a gente orienta a estar vindo no posto, fazer o acompanhamento de pré-natal, sobre o uso de medicação, faz orientação sobre o quintal, que não pode ter dengue, não pode ter sujeira, orienta sobre a obesidade, pessoas que tem problema com drogas na família, orienta como funciona o trabalho do ACS, pergunta se o paciente faz exercício, se ele tá tomando o remédio. Enfim, a gente dá as informações indica o que é melhor para ele poder fazer para estar ajudando na saúde dele e verifica como que ele está através das fichas de controle. Na verdade, o trabalho é levar bastante informação para as famílias e ajudar com as dúvidas deles. Eu adoro conversar fico escutando o que o pessoal tem. Dentro do possível, esclareço quando eles têm dúvida de algum procedimento do posto, então, ouço bastante as famílias, eles me procuram bastante também para saber o que é que pode, o que não pode, então é aquilo, como diz , troca de informação eu aprendo com eles e eles aprende comigo, pois o que cabe a nós é sempre ajudar. Mas, às vezes muitos não querem, nem falar da situação que tá de doença, mas simplesmente se abrir, conversar, falar da vida particular, muitos falam muitas coisas do íntimo, eu acho que isso é bem gratificante, né, pois significa que a gente criou um vínculo de amizade e confiança com aquela pessoa, porque às vezes você nem vai passar na casa da pessoa, a pessoa te chama lá da onde você está para conversar. Às vezes eu passo naquela casa e não encontro a família eles ligam, “você passou lá eu num tava e agora você vai voltar lá?”, ai eu falo “eu volto porque eu to fazendo aquele setor”. Enfim, eu procuro levar o máximo de mim aos pacientes, e levo também tudo que eu aprendo aqui nas reuniões que a gente tem, eu tento passar

para eles, e qualquer dúvida sempre eu falo para eles que podem perguntar para mim, se caso eu não puder resolver na hora, eu procuro estar perguntando para a enfermeira ou para a médica e dando a resposta.

DSC da Ideia Central B – A qualidade do trabalho relacionada a levar informações a população do território adscrito e colaborar com a equipe de saúde e com a população em atividades afins.

“A gente leva as informações e muitas vezes ajuda as famílias, eu tenho uma família que o esposo e a mulher são analfabetos, então eles ficam ansioso para eu chegar, para eu poder ler a cartinha, ver a conta, né, mas assim, na área do trabalho, então agente leva as informações, tira as dúvidas, verifica a medicação se ele está tomando direito, se faz tratamento, se não faz. É importante também o quanto a gente trabalha com as gestante, acompanhando elas desde o início da gestação, procurando acompanhar através da carteirinha e das informações delas tem que estar tudo certo, se não está, se está tendo alguma alteração. Acompanhamos também, a carteirinha das crianças de vacinação para ver se está em dia ou se tem vacina atrasada. Nós auxiliamos também quando a técnica vai para as casas, fazer visita para fazer curativo, medir pressão, agente também acompanham e faz as anotações, nós acompanhamos também a médica durante a visita domiciliar. Fora isso agente também aplica atividade física para as pessoas aqui do bairro que tenham interessar em participar, inclusive para aqueles que são hipertensos, diabéticos. A gente também busca parcerias com a comunidade, pois tem muitas coisas que família não tem condição então e são coisas que não tem aqui no posto, então, eu busco essa parceria com a igreja, eu mesmo corro atrás, mas as vezes eu oriento como a família deve fazer, mas muitas vezes a gente levanta o problema e não consegue resolver e em outras sim. Enfim, a gente tenta fazer o melhor possível, né, com os recursos que a gente tem e que a secretária disponibiliza”.

DSC da Ideia Central C – O ACS tem dúvida da qualidade de trabalho oferecida por ele a população cadastrada em seu território de atuação em função do desconhecimento da população do trabalho realizado pela ESF.

“Eu acho que não é assim que eu não faço o suficiente, porque às vezes, apesar do tempo que eu estou aqui, às vezes eu acho que falta um pouco mais assim de, sei lá, porque todo mês você passa lá, aí um mês você fala disso, outro mês você fala daquilo, é remédio, é pressão, é diabetes, mas acho que precisava um pouquinho mais. Acho que todo mês eu deveria levar uma coisa nova para eles, uma coisa assim diferente, porque sempre é a mesma coisa, acaba ficando naquela mesmice. Então, pressão, diabete, hanseníase, TB, gestantes, pré-natal, preventivo, que a gente não deixa, né, bate na tecla todo mês para as mulheres, mas tem umas que ainda não aceita de jeito nenhum, que só faz quando vai lá quando tem nenê, só e depois nunca mais volta. Os pacientes aqui são muito desanimados, tem o Liang Gong, que quando começou estava uma benção, aí foi uma semana e já era, acabou, eles são muito desanimado, caminhada, começamos com a caminhada, um monte de gente mas tudo acabou, vieram só umas vezes e pararam. Então a gente queria que eles participassem mais com a gente, pois eles vem sempre uns dias, mas depois param eles desistem muito fácil das coisas. Eu acho também que as pessoas não entendem verdadeiramente o nosso trabalho, então a gente tenta fazer o melhor, só que muitas vezes eles não reconhecem, porque eles não sabem a necessidade, porque na visão deles o importante é o médico e o enfermeiro, a gente não é importante, eles não entendem que a gente é o intermediário, que a gente que leva a situação e a gente tenta resolver, então quando eles não têm o que eles necessitam aqui dentro da unidade, eles acham que não há necessidade do nosso trabalho, então é isso que eles respondem para a gente, entendeu, quando a gente bate nas casas e a gente vai perguntar se está tudo bem, muitas vezes, eles acham que a gente se intrometer demais, que não tem necessidade da gente estar indo lá, eles não entendem que a gente está fazendo o melhor, mas ao ver deles é um trabalho desnecessário, entendeu? Apesar de eu gostar muito de conversar com as

peças, tem aquelas peças que realmente distraem a gente, que você não tem nem motivação de bater na casa, mas também tem aqueles que realmente você conhece e acaba se interessando pelo problema dele, aí nos empenhamos em ajudar. Falta bastante coisa para estar sendo aquele trabalho perfeito. Falta assistência, ah, eu estou dizendo assim quando você precisa de um apoio, não tem esse apoio. E isso atrapalha bastante, porque às vezes a gente fala uma coisa, chega aqui é outra totalmente diferente. Eu oriento uma coisa, chega aqui é tudo diferente, entendeu?”

DSC da Ideia Central D – A qualidade de trabalho relacionada com a capacidade do ACS ser o elo de comunicação entre a equipe a unidade de saúde.

“É um intercâmbio, né, de levar e trazer as informações, facilita para eles também, tem muita coisa que eles não conseguem falar aqui, aí eles falam pra gente. Então, a gente traz, conversa melhor com a equipe e vê o que é possível fazer para estar melhorando e se possível para resolver o caso, às vezes a gente consegue, às vezes não, mas eu acho que é importante. Eu procuro sempre dar o melhor de mim, tem dia que a gente não está muito bem, mas eu procuro ouvir o que o paciente tem para falar, o que a gente pode aconselhar, a gente aconselha, sem se intrometer muito na vida pessoal, no problema com vizinho, o que eu não consigo resolver eu trago aqui para a unidade, falo com a enfermeira ou falo com a doutora e tento resolver”.

DSC da Ideia Central E – A qualidade do trabalho do ACS relacionada à prevenção de doenças.

“Eu acho que é muito importante esse trabalho que a gente faz porque a gente trabalha levando informações para a prevenção de doenças e para que a pessoa tenha uma expectativa de vida melhor. A gente orienta as pessoas e quando a doença é instalada a gente trabalha no controle das doenças, no caso de pacientes hipertensos, a gente trabalha na prevenção, orientando quanto a

importância de estar fazendo atividades para que a doença não se instale. A aderência da população ainda é um pouco falha, mas a qualidade do trabalho é excelente. Tá certo que tem ainda algumas coisas para melhorar. Tem muitas pessoas que às vezes fala "ah eu sei", mas na realidade não sabe. Eu converso, eu dou conselho, mas eu não gosto porque eu acho do trabalho pois é muito deprimente. Você vai levar uma coisa que é para a melhoria de vida da população mas você não consegue chegar aonde eles querem. Eu acho deprimente essa área da saúde. Nós fazemos o trabalho assim de estar passando nas casas, para ver se a pessoas está tomando o remédio corretamente, se está fazendo controle da pressão arterial, da diabetes e para prevenir outras doenças”.

DSC da Ideia Central F – A qualidade do trabalho do ACS associado à oferta de escuta ampliada das demandas apresentadas pela população assistida.

“Bom, eu acredito assim que a maior necessidade das famílias da minha área hoje é que você ofereça uma escuta a eles. Eu entendo que elas estão mais preocupados em falar dos problemas pessoais, do que dos problemas relacionados a saúde, às vezes a saúde deles está bem. Mas eu acho que a gente tá ali pra escutar, né. Pra conversar, orientar sobre remédio. Então, eu acredito que nesse aspecto eu ofereço uma escuta de qualidade, pois eu procuro dar o melhor de mim. Com as senhorinhas, eu procuro conversar bastante, lembrar do passado e elas adoram uma prosa sobre o passado. Procuro dar bastante atenção, atender todos com educação, oferecer todos os serviços do posto, ver o que esta acontecendo mas escutar bastante a pessoa porque eu acho que é bem importante escutar. Tem muita gente que precisa ser ouvida. Eu procuro tá compreendendo eles, falando algumas coisas e principalmente ouvindo o que eles querem me dizer. Eu vou conforme a necessidade da casa, às vezes a pessoa fala para você entrar um pouquinho, aí você entra pensando que é uma coisa e ela começa a falar, falar, contar da vida dela, ou seja ela estava precisando desabafar. Então, tem casa que eu fico 5 minutos mas tem casa que eu perco meia hora 45 minutos, eu saio de lá leve e acredito que elas também ficam bem

leves. Dessa forma a gente acaba ajudando também as mães que trabalham fora e que suas crianças ficam com as avós, pois a idade também já pesa no cotidiano, o que faz com que algumas fiquem mais desatentas a vacinação, daí a gente fica em cima, sempre lembrando, volta e meia sempre tem um acaso desses”.

Tabela 8 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “O que você acha que a população espera do seu trabalho?”

IDEIAS CENTRAIS	N	%
A - A população espera que o ACS realize procedimentos.	23	48,94
B - A População espera que o ACS seja o elo de comunicação entre o usuário e os demais setores da rede pública.	6	12,77
C - A população espera que o ACS leve informações e esclareçam dúvidas relativas a saúde.	4	8,51
D - A população espera que o ACS seja alguém que o acolha, que lhe de carinho, atenção, alguém com quem ele possa conversar, desabafar.	11	23,4
E - Resposta inadequada para a pergunta. O ACS respondeu o que ele espera da população.	3	6,38

DSC da Ideia Central A – A população espera que o ACS realize procedimentos.

“O que eles esperam muito da gente é o remédio, nem tanto atenção. Tem uns que considera muito a gente, da atenção, conversa, faz amizade, mas são poucos, a grande maioria está interessada no material. Eles acham que a gente pode fazer mais, eles acham que a gente tem que levar remédio, marcar consulta, medir uma pressão, eles acha que seria essa a nossa função e se não verifica a pressão a gente não é bom o bastante, se não leva remédio aí a gente não faz

nada, eles querem que a gente resolva coisa de consulta, que muitas vezes não está no nosso alcance. Tem uns que falam assim: “ah, mas para que vocês serve”?, se é só para passar informação, porque que você vem aqui em casa?”. Aí a gente escuta, a gente orienta, traz para ver o que pode ser feito, né, então, acho que eles esperam um pouco mais de resolução.

DSC da Ideia Central B – A população espera que o ACS seja o elo de comunicação entre os usuário e os demais setores da rede pública municipal.

“Eu acho que eles esperam que você ajude além do que você pode, porque em nosso trabalho temos um limite de atuação e tem coisas que não são função do ACS. Eu estava até comentando outro dia isso aí com o doutor, até parece o reclame das organizações tabajara, seus problemas acabaram, o ACS chegou, eles fazem algumas perguntas que a gente não tem como solucionar, acham que a gente vai resolver todos os problema deles, que envolve outros setores da prefeitura, acham que a gente é um meio deles conseguir outras coisas dentro da prefeitura, como moradia, educação, só que a gente não tem esse poder. Outro dia uma senhorinha veio perguntar assim, “ai não tem como você pedir lá para cortar a árvore de frente que ela está caindo folha”, falam do ônibus, que não passa lá embaixo, reclamam dos casos de crianças que mudam pra o bairro e depois não tem vaga na escola, do vizinho que se incomoda com os outros vizinhos, da limpeza da pracinha, do asfalto que já está em condições precárias, da valeta que está escoando água, da água parada na esquina, aí eu falo “meu deus como eu vou resolver essa questão?”. Tem família que fala assim “você vem faz vistoria no meu quintal, mas no meu quintal não tem nada e o terreno aqui que eu já cansei de ligar no setor disso, daquilo e nunca aparece ninguém para resolver o problema, to perdendo o meu tempo em receber vocês, a prefeitura nunca resolve nada. Outros eu acho que esperam um milagre da gente porque eles acham que nós somos mais do que um médico, porque eles querem que a gente faça tudo, querem até que o ACS vá cuidar do familiar que está doente. Eles esperam mais da gente, mas tem coisas que não estão ao nosso alcance”.

DSC da Ideia Central C – A população espera que o ACS leve informações e esclareça dúvidas relativas a saúde.

“Eles esperam que eu leve informações sobre saúde e que eu possa esclarecer as dúvidas o que eles tem sobre o posto porque assim eles não precisam vir da casa deles até aqui pra tirar dúvida. Alguns falam assim: nossa linda, que bom que você veio, me responda tal coisa”.

DSC da Ideia Central D – A população espera que o ACS seja alguém que acolha, que lhe de carinho e atenção, alguém com quem ele possa conversar e desabafar.

“Nossa, é difícil falar deles, porque eu acho que eles esperam sempre um pouco mais. Eu acho que eles esperam um acolhimento, um carinho, atenção, companheirismo para estar auxiliando nas coisas que eles precisam, querem conversar, pois eles gostam de conversar bastante e às vezes tem momento que eles estão sozinho e não tem com quem conversar, e você vê que fugiu um pouco do assunto, mas eu percebo que tem gente fica esperando a gente chegar para poder desabafar, às vezes nem toca em assunto de doença, falam de coisas particular e depois falam que até estão se sentindo melhor. Passam a ver você como um amigo, uma pessoa em quem ele pode confiar, com quem eles podem falar e desabafar. Tem pessoas que quando você está chegando na casa deles, eles te colocam para dentro, acabam até sendo parte da família da gente. Eles gostam que você esteja disponível pra eles, alguns até ligam para pedir a visita, “vem conversar comigo, eu só quero conversar um pouquinho”. Então eu acho assim que eles esperam que o ACS esteja sempre acompanhando, orientando no que eles precisam e ouvindo os seus problemas e que tenham discrição e seriedade no trabalho”.

DSC da Ideia Central E – Resposta inadequada para a pergunta. O ACS respondeu o que ele espera da população.

“Que a gente consiga conversar mais porque é difícil eles se abrirem muito ainda, mesmo com tanto tempo a gente passando, a maioria se restringe muito em falar tudo o que acontece dentro da família, mas a gente aos pouquinhos vai tirando, a gente vai pegando os pontos e vai tentando ajudar e aí eles vendo que a gente consegue estar fazendo, tentando ajudar, eles acabam se abrindo. Tem vezes que você vai fazer visita, a pessoa diz: “você de novo”, é pra assinar o caderno me dá aqui. Eles não te dão a chance de você, conversar e explicar a importância do trabalho que está sendo realizado. Quanto ao atendimento eles querem exclusividade, eles querem é o pronto-atendimento, no sentido da palavra e na hora que eles querem, por exemplo uma hora da manhã chegar aqui e ter um médico a disposição., para que o problema dele seja resolvido na hora. Uma coisa que não dá, né. Eles não olham muito em volta né”.

Tabela 9 - Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “O que você acha que o enfermeiro supervisor espera do seu trabalho?”

IDEIAS CENTRAIS	N	%
A - O enfermeiro espera que o ACS atinga as metas estabelecidas para o número de visitas.	9	19,57
B - O enfermeiro espera que o ACS acompanhe as famílias cadastradas em seu território.	1	2,17
C - O enfermeiro espera que o ACS seja o elo de comunicação entre a equipe e a população.	5	10,87
D - O enfermeiro espera que o ACS identifique as demandas das famílias dentro do seu território de atuação.	15	32,61
E - O enfermeiro espera que o ACS ele informações sobre saúde e esclareça dúvidas sobre o funcionamento da unidade.	9	19,57
F - O enfermeiro espera que o ACS seja responsável e proativo na execução de suas atividades.	6	13,04
G - O enfermeiro espera uma atuação além daquela que o ACS tem condições técnicas de desenvolver.	1	2,17

Obs.: um entrevistado optou por não responder essa pergunta.

DSC da Ideia Central A – O enfermeiro espera que o ACS consiga atingir as metas estabelecidas para o número de visitas.

“Ela espera que a gente faça o trabalho certinho, que a gente cumpra tanto o horário, assim como cumpra a produção, isso é o número de famílias destinado ao mês, realizando visita para 100% das famílias cadastradas ainda que tenha que repetir as visitas pra dar o 100% , além de cumprir as metas, realizar grupos e atividades extras como as atividades nas escolas, na creche e com as gestantes.

Temos também que estar ciente dos fatos para estar respondendo as dúvidas das pessoas, e tudo o que eles pedem da parte de enfermagem, a gente tem que estar obedecendo, o que ela passa para mim estar fazendo na rua, eu estar dando conta, eu estar orientando ou tentando resolver com os pacientes da melhor forma possível até antes de ele chegar aqui, pois tem pessoa vem procurar a unidade e num tem a necessidade que está aqui, é uma coisa que eu mesma possa estar resolvendo, que eu ética em minha profissão. Mas às vezes não dá tempo mesmo”.

DSC da Ideia Central B – O enfermeiro espera que o ACS acompanhe as famílias cadastradas em seu território.

“Eu acho que ela espera que gente faça um acompanhamento bem feito perante as casas que a gente vai visitar e caso tenha algum problema eu mando vir aqui no postinho para ver como ele que vai proceder. Por exemplo tem gente que precisa tomar injeção, tem gente que precisa de um curativo, tem gente que precisa vim fazer um exame, daí eles vem aqui e a gente começa o serviço e o enfermeiro completa o serviço”.

DSC da Ideia Central C – O enfermeiro espera que o ACS seja o elo de comunicação entre a equipe e a população.

“Eu acho que a enfermeira espera que a gente traga informações da comunidade para que ela possa ter noção de cada paciente que eles atendem aqui no posto. Tipo assim, se ela sabe que na minha área tem bastante gestantes, ela já pode fazer algum cursinho, alguma coisa assim com gestantes, ou se ela sabe que na minha área tem muitos hipertensos, ela já pode fazer um trabalho com eles. Ela espera também que eu realmente execute minhas funções direitinho aqui na unidade, principalmente na rua, que é onde o ACS passa a maior parte do tempo e que o agente consiga retirar do paciente tudo aquilo que é necessário saber, porque nem sempre eles confiam no médico ou confiam na enfermeira para contar tudo. Que eu tenha as informações no caderno de visita, por exemplo se a

pessoa tem alergia, isso tem que estar marcado no caderno. Então o ACS acaba sendo esse elo entre o pessoal do posto e os paciente, unindo as pessoas lá na rua com a unidade de saúde”.

DSC da Ideia Central D – O enfermeiro espera que o ACS identifique as demandas das famílias dentro do seu território de atuação.

“Ele espera, que eu tenha competência, ética e que esteja fazendo meu serviço direito, que eu acolha bem as paciente e conheça toda população, que saiba o nome de todo mundo, porque a hora que o paciente chegar na unidade e o enfermeiro perguntar” o que aconteceu com fulano”, você tem que saber explicar o que foi que aconteceu. Por exemplo: “e fulano que mora em tal rua”, ah “por que não foi cadastrado” e você saber explicar o que foi que aconteceu, vamos dizer, a pessoa não quer ser cadastrado, ai chega aqui de repente na unidade, então, eu tenho que saber explicar o que aconteceu com as pessoas, tenho que conhecer as pessoas. A nossa enfermeira sempre que precisa ela está perguntando “olha, o paciente fulano de tal veio na unidade e está precisando disso, o que você acha, o que você anotou na sua visita?”, então a gente tem tudo isso anotado em caderno, a medicação que ele toma, às vezes precisa fazer uma troca de receita, a gente tem anotado, é um suporte, uma alavanca, um vai puxando o outro, né, para a gente fazer o trabalho em união mesmo. Então, ela espera que eu traga um problema, pra que ela possa me ajudar resolver, ela tenta resolver o máximo de casos de saúde possível, das questões que vem da população, tipo assim, passo para ela o que está acontecendo e aí ela é quem vai coordenar e ver o que tem que fazer, o que a gente vai falar para a pessoa. A gente costuma dizer que o ACS é mil e uma utilidade. Porque, a gente é muito cobrado pra tudo, temos que ir na rua detectar o problema, temos que ajudar dentro da unidade, etc”.

DSC da Ideia Central E – O enfermeiro espera que o ACS leve informações sobre saúde e esclareça dúvidas sobre o funcionamento da unidade.

“Ele espera que eu passe as informações corretas para a população e também que eu faça o meu serviço com qualidade; que eu seja dedicado ao meu trabalho, oriente a população, porque a gente trabalha na área de orientação e não podemos estar fazendo outras coisas. Esperam também que a gente trabalhe no sentido de conscientizar a população de qual é a função do PSF, escutar e cuidar das pessoas, como o programa ensina, realizar as atividades de prevenção, levar o serviço do posto e tirar as dúvidas das pessoas porque eles também são cobrados. Esperam ainda que o Programa Saúde da Família funcione e que eu trabalhe com foco realmente na prevenção e na qualidade de vida das pessoas. Enfim, que a gente consiga estar levando e trazendo informação sobre a população e como que está a área da gente”

DSC da Ideia Central F – o enfermeiro espera que o ACS seja responsável e proativo na execução de suas atividades.

“Eu acho assim que ela espera que eu seja responsável, cumpra com as minhas obrigações, sem ela ter que ficar mandando estar fazendo. Que eu faça meu trabalho direito e com qualidade, oriente as pessoas, que esteja participando e inteirado de tudo que acontece na unidade, se desdobre e participe de tudo, não só fazendo a minha função, mas ajudando no que precisar aqui dentro, que esteja todo mundo unido para um bom funcionamento da unidade. Embora não dê pra realizar tudo 100%, mas ela espera pelo menos que o básico das nossas atribuições seja feito”.

DSC da Ideia Central G – O enfermeiro espera uma atuação além daquela que o ACS tem condições técnicas de desenvolver.

“Bom, tem horas que eles acham que a gente é responsável por tudo, entendeu, se a pressão do hipertenso da sua área não bate, a culpa é do ACS que não está orientando, se naquela determinada rua o número de dengue foi muito

alto, a culpa é do ACS que não está vistoriando o quintal, entendeu, e que não orientou a família daquilo. Então muitas vezes eles esperam que a gente faça além do nosso limite e muitas vezes a gente passa na casa e o nosso limite chega até o portão. Esse espaço com o paciente a gente vai conquistando com o tempo, que você vai entrando dentro da casa do paciente, que você vai vendo mesmo a situação do quintal, a verdadeira situação dele, né, da saúde da família dele. Já faz quatro anos que a gente trabalha, só que como a gente teve uma mudança de área agora, então já ficou tudo novo de novo, então até você se adaptar de novo a nova população, aí agora é mais um tempo, então às vezes a gente acaba falhando, entendeu, porque antes eu sabia qual era o determinado problema daquela família, hoje muitas vezes de falar o endereço como faz quatro meses que eu estou na área nova, eu não sei, às vezes o endereço eu nem decorei ainda direito, nem sei direito a real situação da minha área e a realidade no momento”.

5.3. Apresentação quantitativa das categorias de entrevistas com usuários

Tabela 10 – Distribuição das categorias identificadas na pergunta: “Como tem sido o trabalho do ACS com a sua família?”

CATEGORIAS	N	%
O trabalho realizado tem sido muito bom	66	27,5
São atenciosos/prestativos	40	16,67
O trabalho é ótimo	38	15,83
Não esta recebendo a visita do ACS nesse momento	21	8,75
Eles se interessam pelo estado de saúde de todos os membros da família	19	7,92
O trabalho realizado é regular, deixando a desejar em alguns itens	11	4,58
Tem pouco contato com o ACS porque trabalha o dia todo e só recebe visita esporadicamente	10	4,17
São simpáticos e educados	9	3,75
Os ACS passam visita todo mês e fazem perguntas	8	3,33
O trabalho não atende as expectativas do usuário	6	2,5
As visitas são muito rápidas	3	1,25
O trabalho do ACS não auxilia em nada a população	3	1,25
Aconselham as famílias	2	0,83
Esclarecem dúvidas	2	0,83
Facilitam o acesso ao médico	1	0,42
Não está satisfeito com o serviço oferecido pela unidade de saúde e por isso não aceita mais a visita do ACS	1	0,42
Total	240	100

Tabela 11 – Distribuição das categorias identificadas na pergunta: “Fale um pouco sobre o que você espera do trabalho realizado pelo ACS.”

CATEGORIAS	N	%
Não espera mais nada, pois o trabalho desenvolvido atualmente já atende as expectativas	87	35,51
Que as visitas domiciliares dos ACS sejam mais frequentes	47	19,18
Que o ACS entregue os remédios, faça aferição de PA, curativos, agendamento de consulta e lembrar as datas das consultas agendadas, solicitem encaminhamentos médicos	18	7,35
Que o ACS programe as visitas para um dia e horário que tenha alguém na residência	12	4,90
Que os ACS levem os problemas da população para o responsável da unidade de saúde tomar providências	12	4,90
Que o ACS seja atencioso com a família	11	4,49
Que o trabalho do ACS continue a ser realizado	10	4,08
Que os ACS continuem humanos e atenciosos	7	2,86
Que o ACS seja acompanhado por uma enfermeira ou pelo médico durante as visitas	6	2,45
Que haja agilidade nas respostas as demandas levantadas durante as visitas	5	2,04
Que o ACS seja educado e competente	5	2,04
Que o ACS tenha mais interesse pela saúde da população	4	1,63
Que o ACS forneça mais informações sobre tudo	4	1,63
Que o ACS forneça mais informações sobre prevenção	3	1,22
Que o ACS esclareça a população sobre suas funções	3	1,22
Que o ACS esclareça a população sobre seus direitos do cidadão	3	1,22
Que o ACS encaminhe e resolva problemas junto a outros setores do serviço público	2	0,82
Que os ACS fiquem atentos aos imóveis fechados e/ou abandonados	2	0,82
Que os ACS não percam tempo conversando	1	0,41
Que o ACS faça tudo que o usuário precisa	1	0,41
Que as visitas domiciliares sejam mais demoradas, para que o usuário possa explicar direito o que está acontecendo na casa	1	0,41
Que os ACS fiscalizem as residências	1	0,41
Total	245	100

Obs.: a soma da frequência das categorias extrapola o número de 240 respostas pois um mesmo indivíduo pode apresentar mais de uma categoria em uma mesma resposta.

Tabela 12 – Distribuição das categorias identificadas na pergunta: “O que falta para o trabalho do ACS se tornar melhor?”

CATEGORIAS	N	%
Não acrescentaria mais nada, pois o trabalho já atende as expectativas	99	40,08
Ampliar o número de visitas domiciliares realizadas as famílias	27	10,93
Qualificação profissional	23	9,31
Verificar PA, agendar consultas, entregar medicação, avisar data de consulta, glicemia digital, entregar o leite	20	8,1
Reclamações relacionadas a falta de remédio, demora no agendamento de consulta e outras	17	6,88
Que o trabalho do ACS beneficie quem não tem condições de ir até o posto de saúde (acamados)	12	4,86
Melhores salários	7	2,83
Contratar mais ACS, ampliando a cobertura da saúde da família	6	2,43
Paciência e educação	5	2,02
Fazer visitas domiciliares previamente agendadas	4	1,62
Realizar visita acompanhado por médico , enfermeira ou psicólogo	4	1,62
Nada a acrescentar porque não precisa do trabalho do ACS	3	1,21
Que eles tenham mais interesse pela saúde da população	3	1,21
Que o ACS leve as informações e reclamações feitas durante a VD para a unidade de saúde	3	1,21
Mais motivação para o trabalho	2	0,81
Falta mais ACS	2	0,81
Gostar da profissão	2	0,81
Agilidade nas respostas as demandas apresentadas pelos usuários	2	0,81
Integração com a comunidade	2	0,81
Dar mais informações sobre prevenção	1	0,40
Curso de primeiros socorros	1	0,40
Que os outros membros da equipe sejam atenciosos com o paciente assim como o ACS	1	0,40
Falta tudo	1	0,4
Total	247	100

Obs.: a soma da frequência das categorias extrapola o número de 240 respostas pois um mesmo indivíduo pode apresentar mais de uma categoria em uma mesma resposta.

6 DISCUSSÃO

Considerando a importância do trabalho do Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que se possa atingir os princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica, nesse estudo, deu-se ênfase a visão do enfermeiro instrutor-supervisor do ACS, haja vista que, além de exercer a supervisão do trabalho do ACS o enfermeiro é o responsável pela educação permanente e pelo empoderamento dos ACS, para que estes possam trabalhar com ações de promoção de saúde junto a suas comunidades, mas que em sua prática diária, estudos demonstram que os ACS ainda confundem ações de promoção de saúde com ações de prevenção de doenças (Duarte in Mialhe, 2011).

Os dados sociodemográficos demonstram que o perfil apresentado pela categoria de enfermeiros instrutores-supervisores foi caracterizado, predominantemente, por indivíduos do sexo feminino (100%) , na faixa etária de 30 a 39 anos (66,66%), solteiras (66,66%), da raça/cor branca (100%) e quanto ao tempo de trabalho, 33,33% atuam na ESF de 4 a 6 anos (Tabela 1).

Os achados desse estudo corroboram com dados da literatura que apontam que no setor saúde, em muitos países, a ocupação da força de trabalho feminino ultrapassa 75%, o que torna as mulheres indispensáveis a prestação dos serviços de saúde (WHO, 2008).

Os mesmos achados também se fizeram presentes em um estudo desenvolvido pelo COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), onde identificou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino, correspondendo então a 87,24% dos profissionais do Brasil. E, quando essa distribuição se dá por categoria profissional apesar de haver pouca variação, na categoria enfermeiro os indivíduos do sexo feminino representam 88,02% (COFEN, 2011).

Em relação a faixa etária, 66,6% dos enfermeiros instrutor-supervisor tem entre 30 e 39 anos (Tabela 1), portanto, os achados divergem dos dados apresentados de Moura et al (2003) e de Fernandes et al (2009) em um estudos sobre o perfil de enfermeiras que atuam na ESF do Ceará e do Triângulo Sul, onde identificou-se que as enfermeiras que compunham as equipes da ESF tinham menos de 30 anos.

Acredita-se que tal fato possa estar diretamente relacionado com as diferenças regionais e, com a valorização da maturidade profissional, dos enfermeiros que atuam no município, contribuindo desta forma com o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a população, assim como a troca de experiências junto aos demais profissionais de outras faixas etárias, haja vista que, 33,3% destas atuam na ESF há mais de 4 anos (Tabela 2).

Na questão onde abordou-se o estado civil dos entrevistados 66,6% dos enfermeiros se declaram solteiros (Tabela 1). Moura et al (2003), Fernandes et al (2009) encontraram em seus estudos resultados semelhantes, contudo os dados divergem dos achados de Zanetti (2010) onde 70,8% dos profissionais declaram viver uma união consensual com seus companheiros.

Pode-se associar este resultado como reflexo da vida contemporânea e das exigências do mercado de trabalho, onde as mulheres postergam a maternidade e, tanto homens como mulheres adiam o casamento em função das mudanças sociais pelas quais o país vem passando. Tais achados podem ser observados na estatística de registro civil 2003-2011 do IBGE.

Na categoria profissional ACS, constatou-se que 85,5% dos profissionais são do sexo feminino (Tabela 1), fato que corrobora com os estudos desenvolvidos por Mota e David (2010) e com a WHO (2008), onde identifica-se que, a distribuição de mulheres por categoria ocupacional, tende a estar particularmente concentrada no pessoal de enfermagem e obstetrícia (parteiras), assim como em outras categorias de cuidados, como agentes comunitários de saúde.

Quanto a distribuição dos ACS por faixa etária houve uma variação entre 20 a 59 anos, predominando a faixa etária de 20 a 29 anos (Tabela 1), corroborando com os achados de Mota e David (2010), de Santini et al (2011) e de Flores (2007), mas divergem dos achados de Ferraz e Aerts (2005) e Mota e David (2010), que apontam uma predominância dessa categoria na faixa etária de 30 a 49 anos.

Considerando os estudos analisados, pode-se sugerir que esta havendo mudança no perfil etário dessa categoria profissional, sinalizando portanto que essa categoria profissional esta atualmente atraindo indivíduos mais jovens para o mercado de trabalho.

Em relação ao estado civil observa-se que 44,6% dos ACS declaram-se solteiros, mas quando soma-se as categorias de indivíduos que se declaram casados e indivíduos que vivem maritalmente com seus companheiros (as) temos um percentual de 48,8%, ou seja, a maioria dos ACS entrevistados para este estudo vivem uma união estável (Tabela 1).

No entanto, a diferença entre indivíduos em união estável e solteiros é de apenas 4,2%, não demonstrando ser tão significativa. Cabe ressaltar que quando comparado na literatura nossos achados reafirmam os achados de Zanetti (2010) e de Ursine et al (2010), e divergem dos achados de Barcellos et al (2006).

Na categoria usuários observa-se que 65,8% dos entrevistados são indivíduos do gênero feminino, 33,3% tem 60 anos ou mais de idade, 52,5% são casados e 70,8% são da raça/cor branca (Tabela1). Nossos achados acompanham as tendências do país conforme apresentado no censo demográfico 2010 (IBGE, 2010).

Analisando o tempo de trabalho do ACS na ESF, observa-se que 53,1% trabalham de 4 a 6 anos junto a equipe (Tabela 2), o que favorece o estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a

população, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica e pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2006; Brasil, 2011).

Apresentação qualiquantitativa das Ideias Centrais mais compartilhadas entre os entrevistados e dos Discursos do Sujeito Coletivo

Categoria Enfermeiro Instrutor-Supervisor

Referente à questão que buscou conhecer a visão do enfermeiro instrutor-supervisor sobre a qualidade do trabalho ofertado pelo ACS, pode-se observar que 66,67% dos enfermeiros instrutor-supervisor da ESF, encontram-se satisfeitos com o trabalho atualmente desenvolvido pelo ACS, enquanto 33,33% relatam que o trabalho do ACS atende parcialmente suas expectativas (Tabela 3).

DSC da Ideia Central A – O trabalho do ACS atende as expectativas do enfermeiro instrutor supervisor.

“...Desenvolvem um trabalho muito bom, são super dinâmicos, acolhedores, interessados, saem nas ruas para fazerem as visitas, aí eles passam nas casas buscam informações da saúde e trazem bastantes informações das casas pra gente, olham a carteirinha das crianças para estarem atualizando, e passam também passam informações da unidade para os pacientes, afinal eles são o elo de comunicação entre a equipe e a comunidade...”

Fica caracterizado nesse DSC que apesar de algumas dificuldades, os ACS conseguem atingir o objetivo final do seu trabalho, que para esse grupo de entrevistados, trata-se do ato de levar informações da unidade de saúde para os pacientes e trazer informações da comunidade para a unidade de saúde.

Esse achado, vai ao encontro da proposta do Ministério da Saúde quando aborda o papel do ACS junto a comunidade, destacando o que se segue:

“Você, agente, é um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce” (Brasil, 2009).

Da mesma forma, evidencia-se que os ACSs atuam em outras funções dentro da unidade de saúde. Fato que é corroborado pelo estudo de Costa et al (2013), que objetivou identificar as ações desenvolvidas pelos ACS em Montes Claros, MG. Nesse estudo, o pesquisador também encontrou ACS assumindo funções administrativas, como agendamento de consulta e exames, conferência de estoque de material de escritório e material médico-hospitalar, desinfecção e esterilização de instrumental.

Tal achado nos remete a refletir sobre o desvio de função dessa categoria profissional, que como consequência tem reduzido o número de horas trabalhadas e que deveriam ser destinadas as atividades de Visitas Domiciliares (VD) e demais atividades que são atribuições específicas do ACS.

Na questão que procurou conhecer a percepção do enfermeiro instrutor-supervisor sobre o que ele acha que a população espera do trabalho realizado pelo ACS, constatou-se que a Ideia Central mais compartilhada foi que a população não entende a função do ACS, e espera que ele execute procedimentos de enfermagem e outros procedimentos em seu domicílio, totalizando 66,67% de compartilhamento entre os entrevistados (Tabela 4).

DSC da Ideia Central A - A população não entende a função dos ACS e esperam que os mesmos realizem em suas visitas domiciliares procedimentos de enfermagem e outros.

“...Tem paciente que fala assim “eu não preciso da sua visita. Seria importante se fosse para você verificar minha pressão”, tem pacientes que falam assim “ah.. eu preciso, você pode pedir uma receita pro doutor”, e o ACS tenta

explicar, tem paciente que nem abre o portão, fala que tá ocupado, ou fala que não precisa e aí quando precisa vem no posto falando assim “ah... agora eu preciso da visita do ACS”. Muitos esperam que o ACS passe na casa deles todos os dias, verifique pressão, leve o remédio na casa, faça curativo, aplique uma injeção, agende consulta, leve receita, tragam os exames, realize a limpeza nos quintais e que eles se acomodem em casa e que ao ACS faça tudo por ele, tipo um home care, entendeu...”.

Para esse grupo de entrevistados a população ainda desconhece a função do ACS junto a população. Nota-se também nesse DSC que inúmeras são as expectativas da população sobre o trabalho do ACS, contudo há um desalinhamento entre o trabalho preconizado e o trabalho idealizado para essa categoria profissional, o que pode expor o profissional ao sofrimento no ambiente de trabalho.

Tal achado, é semelhante ao estudo de Martines e Chaves (2007), que mostra a existência de uma importante vulnerabilidade ao sofrimento, gerada principalmente pela idealização da própria prática [...], já que a organização do trabalho desse profissional depende de fatores alheios ao seu espectro de alcance.

Outro aspecto a ser analisado nesse DSC é a falta de comprometimento do usuário pela sua própria saúde, fato que diverge do foco das ações de promoção de saúde, proposto na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986 (Brasil, 2002a).

Entende-se que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, esta vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global, ela demanda uma ação coordenada entre todas as partes/setores envolvidos (Brasil, 2002a).

E a nós profissionais de saúde cabe a tarefa de capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, através da divulgação e informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (Brasil, 2002a).

Na questão onde buscou-se conhecer o que o enfermeiro espera do trabalho do ACS, a Ideia Central mais compartilhada foi que os ACSs devem conhecer seu território de atuação e as demandas das famílias cadastradas em sua microárea, perfazendo um total de 55,56% de compartilhamento entre os entrevistados (Tabela 5).

DSC da Ideia Central A - Que os ACSs conheçam seu território de atuação e as demandas das famílias cadastradas.

“...espero que ele conheça sua área adscrita e todos os integrantes da família sob sua responsabilidade, que ele saiba quais são os pontos de risco e famílias de risco, que ele traga todas as informações necessárias para que nossa equipe possa desenvolver nosso trabalho com eficiência. Acredito ainda, que o trabalho do ACS deva ser claro, transparente de maneira que possa se visualizar o dinamismo/perfil da equipe/população...”

Nesse sentido, os achados são semelhantes com os achados de Pinto e Fracolli (2010), os quais descrevem que o ACS em seu papel de educador em saúde, organizam o acesso dos usuários ao serviço, captam as necessidades de sua população e identificam os casos prioritários em seu território, demarcando assim o polo técnico de atuação dessa categoria profissional.

Na análise desse DSC, pode-se observar que o enfermeiro instrutor-supervisor, espera que o ACS além de conhecer o território de atuação e as demandas da população cadastrada, mantenha um bom relacionamento com a

equipe de saúde e com a comunidade, pois dessa forma pode haver um *feed back* positivo entre todos os envolvidos.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Seabra et al (2008), ao constatarem que alguns profissionais veem o ACS como facilitador das relações entre a equipe de saúde e a comunidade, servindo como elo entre os dois universos, que dependendo do enfoque parecem tão distintos.

No entanto, somente 01 (um) enfermeiro, o que representa 11,11% dos enfermeiros entrevistados, demonstraram preocupação com as questões relativas ao aprimoramento profissional do ACS (Tabela 5), declinando então sobre o importante papel do ACS como educador em saúde.

Cabe aqui ressaltar que, ao estimular a formação/aprimoramento profissional do ACS, não se pretende que eles venham substituir ou preencher o papel de outros profissionais de saúde, que lutam para garantir uma melhor assistência à população. Mas, é necessário reconhecer que este profissional veio unir-se a equipe de saúde para preencher lacunas ainda hoje observadas no cotidiano das práticas das equipes de saúde, constituídas por profissionais de saúde que têm sua formação técnica-científica com caráter fortemente normativo (Mialhe, 2011).

Na questão onde buscou-se conhecer o que o enfermeiro acha que seria necessário para ser um bom ACS”, com 33,33% de compartilhamento, a Ideia Central mais presente entre os entrevistados foi que para ser um bom ACS é necessário saber ouvir, saber se comunicar e ser ético em suas ações (Tabela 6).

DSC da Ideia Central C - Saber ouvir, saber se comunicar e ser ético.

“ Para ser um bom ACS, a pessoa tem que primeiro saber ouvir, a primeira coisa é ter uma ótima escuta, depois deve ter muita paciência e ainda saber diferenciar o trabalho da vida pessoal, pois tem alguns que se envolvem até de mais com os problemas, então o ACS tem que saber separar, não pode levar

problema pra casa, mas ao mesmo tempo tem que ser comprometido com as pessoas...”.

Os entrevistados citam a escuta como requisito prioritário para atuação do ACS, assim como proposto pela clínica ampliada, que ressalta a importância da escuta e do diálogo na relação entre os profissionais e os usuários do serviço, já que parte da cura ou da melhora depende de o sujeito aprender novas formas (menos danosas) de lidar com as situações agressivas (Brasil, 2009b).

Sabe-se que muitas vezes, a pessoa precisa apenas ser escutada para que ordene e organize sua própria experiência, e mesmo que a solução para seus problemas pareça distante ou até impossível, o mero falar traz um alívio imediato para ela (Miranda e Miranda, 1996).

A escuta ampliada permite ao ACS vincular-se a população, mas cabe aqui salientar que não só o ACS é responsável por esse movimento, faz-se necessário que os demais membros da equipe da ESF saiam da inércia e potencializem sua atuação em busca de uma clínica realmente ampliada (Tomaz, 2002; Brasil, 2009b).

Categoria Agente Comunitário de Saúde

Referente à questão “Fale um pouco da qualidade de trabalho que você oferece as famílias com as quais você trabalha”, 42,55% dos ACSs disseram que a qualidade do trabalho por eles desenvolvido está relacionada a levar informações sobre saúde e sobre o funcionamento da unidade as famílias cadastradas (Tabela 7).

DSC da Ideia Central A – A qualidade de trabalho do ACS relacionada ao levar informações sobre saúde e sobre o funcionamento da unidade de saúde as famílias cadastradas.

“A gente faz a visita, faz a prevenção, orienta sobre o funcionamento do posto, como eles tem que vim para marcar a consulta, orienta também sobre as

doenças que eles acham que tem, ou quando tem diabetes, pressão alta, faço orientação para eles não pararem de tomar o remédio. Na verdade, o trabalho é levar bastante informação para as famílias e ajudar com as dúvidas deles....”.

Observa-se no DSC produzido para essa Ideia Central que, os ACS levam informações referentes à dinâmica de funcionamento da unidade de saúde, assim como, sobre o uso correto de medicamentos e, a importância do acompanhamento periódico nos pacientes com doenças crônicas.

Outro achado nesse DSC é referente à questão do vínculo entre o ACS e a comunidade, ficando portanto caracterizado que a visita domiciliar (VD) realizada pelo ACS não está associada apenas ao levar informações sobre saúde e sobre o funcionamento da unidade de saúde as famílias cadastradas, mas é um momento onde o ACS faz uma escuta ampliada do usuário do serviço que o recebe durante a VD.

Nessa premissa, acredita-se que o momento torna-se oportuno para que o ACS identifique a dinâmica daquela família e com isso as necessidades/demandas produzidas por ela, para que dessa forma possam dar os devidos encaminhamentos ao caso em questão.

Cabe ressaltar que, o acolhimento às demandas dos usuários não inicia-se apenas na unidade de saúde, mas deve acontecer a partir do primeiro contato do profissional da saúde com o usuário do serviço, o que hoje é possível por meio das visitas domiciliares realizadas pelo ACS, as quais, na maioria das vezes antecedem a procura pela serviço de saúde.

Assim, é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer outro isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar (Brasil, 2011).

Portanto, esse estudo vai ao encontro do proposto pela PNH (Política Nacional de Humanização), que coloca o acolhimento como um dos parâmetros para implementação de ações na Atenção Básica (Brasil, 2006a).

Para a questão que procurou identificar “o que o ACS acha que a população espera do seu trabalho”, 48,94% dos ACSs, percebem que a população espera que o ACS realize procedimentos de enfermagem e outros em seus domicílios, tais como: entregar remédio, agendamento de consulta, verificação da pressão arterial e outros (Tabela 8).

DSC da Ideia Central A – A população espera que o ACS realize procedimentos.

“... Eles acham que a gente pode fazer mais, eles acham que a gente tem que levar remédio, marcar consulta, medir uma pressão, eles acha que seria essa a nossa função e se não verifica a pressão a gente não é bom o bastante, se não leva remédio aí a gente não faz nada, eles querem que a gente resolva coisa de consulta, que muitas vezes não está no nosso alcance...”

Tal achado, corrobora com o estudo de Santos et al (2010) onde os usuários sugerem que o ACS realize procedimentos simples durante as visitas domiciliares, tais como: aferição de pressão arterial, aplicação de injeções e realização de curativos.

Os ACSs que compartilharam esse pensamento relatam ainda que, alguns usuários se manifestam insatisfeitos apenas com a visita domiciliar para levantamento de dados e troca de informações entre a unidade de saúde e a população e, quando solicitado a realização de algum procedimento que não faz parte do rol de atividades do ACS, o usuário demonstra sua insatisfação com a seguinte expressão, “ah, mas para que que vocês servem?” ou “se é só para passar informações, porque que vocês vem aqui em casa?”.

Fica identificado a valorização do uso das tecnologias duras em detrimento das tecnologias leves e leve-duras em saúde, assim como destacado por Ferreira et al (2009) que:

“apesar do ACS realizar um cuidado centrado no trabalho vivo em ato, governando ele mesmo suas ações e guiado por sua subjetividade, seu trabalho é subsumido pela lógica do modelo hegemônico, configurando uma permanente disputa em relação ao seu processo de trabalho. No que pese sua prática cuidadora e seu manejo acolhedor, não consegue contaminar a equipe que se encontra aprisionada pelo trabalho morto, instituído e organizado, dificultando o processo de reestruturação produtiva”.

No entanto, para que a equipe de saúde se aproprie da importância do uso dessa valiosa ferramenta que esta a nossa disposição, faz-se necessário um referencial teórico-conceitual que vai auxiliar o profissional a julgar e a decidir, durante o processo de trabalho e sobre sua aplicação (Campos, 2011).

Logo para a questão “O que você acha que o enfermeiro supervisor espera do seu trabalho?”, a Ideia Central mais compartilhada foi que o enfermeiro espera que o ACS identifique as demandas das famílias dentro do seu território de atuação, totalizando 32,91% de compartilhamento entre os entrevistados (Tabela 9).

DSC da Ideia Central D – O enfermeiro espera que o ACS identifique as demandas das famílias dentro do seu território de atuação.

“Ele espera, que eu tenha competência, ética e que esteja fazendo meu serviço direito, que eu acolha bem as paciente e conheça toda população, que saiba o nome de todo mundo, porque a hora que o paciente chegar na unidade e o enfermeiro perguntar” o que aconteceu com fulano”, você tem que saber explicar o que foi que aconteceu. Por exemplo: “e fulano que mora em tal rua”, ah “por que não foi cadastrado” e você saber explicar o que foi que aconteceu, vamos dizer, a pessoa não quer ser cadastrado, ai chega aqui de repente na unidade, então, eu

tenho que saber explicar o que aconteceu com as pessoas, tenho que conhecer as pessoas...”.

Nesse DSC destaca-se que, o enfermeiro solicita que o ACS tenha conhecimento de todos os casos de usuários cadastrados em sua área de abrangência e os motivos que o levou a procurar a unidade de saúde. Pontuam ainda que, com essa lógica de trabalho, uma categoria profissional vai puxando a outra para juntos estudarem uma estratégia de enfrentamento para a problemática identificada.

Pode-se certificar portanto que, o enfermeiro instrutor-supervisor busca gerenciar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe assim como definido pela Portaria 2488/2011 que traz em seu inciso IV as atribuições específicas do enfermeiro, “planejar, gerenciar e avaliar”.

Cabe ressaltar que nesse DSC, fica claro apenas a questão do planejamento e da gerência das atividades, não há menção sobre o processo de avaliação utilizado para avaliar se as ações produzidas pelos ACSs estão sendo ou não eficazes.

Os ACS que compartilharam esse discurso pontuam as inúmeras cobranças que são expostos diariamente, cobranças estas que são impostas ora pela população e ora pela equipe.

O mesmo achado foi identificado por Galavote, et al (2011), quando sinalizam que o trabalho pode se torna um gerador de sofrimento ao ACS, pois este se vê diariamente diante de inúmeras cobranças, o que gera no profissional um sentimento de impotência em função das limitações de seu campo de atuação.

Nesse sentido, é importante destacar que o ACS não deve ser visto como um super herói e nem como o único responsável pelo processo de transformação

social do outro. É preciso ter em mente que a transformação social é um processo lento, requer esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os cidadãos (Tomaz, 2002).

Categoria Usuários do Serviço de Saúde

Referente a pergunta “Como tem sido o trabalho do ACS com a sua família, observa-se que 27,50% dos entrevistados expressam em seu discurso que o trabalho desenvolvido pelo ACS tem sido muito bom, no entanto 16,67% associam esse questionamento com o modo como os ACSs se apresentam durante a visita domiciliar, a saber, relatam que os ACSs são atenciosos ou prestativos; 15,83% relatam que o trabalho do ACS é ótimo e 8,75% dos entrevistados apesar de estarem cadastrados relatam não estar recebendo a visita do ACS no momento (Tabela 10).

Nosso achado é fortalecido pelo estudo de Santos et al (2010), os quais encontraram dentre os 330 usuários entrevistados, 90,3% que afirmavam gostar de receber a visita domiciliar do ACS.

O mesmo foi identificado em um estudo desenvolvido por Levy (2004), o qual envolveu ACS e usuários do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do município de Bauru - São Paulo, onde durante a análise qualitativa das respostas ficou evidenciado haver correspondência entre a percepção dos ACS e da comunidade.

Já, na questão “Fale um pouco sobre o que você espera do trabalho realizado pelo ACS”, observa-se que 35,51% dos entrevistados não fazem nenhum apontamento quanto a seus anseios frente ao trabalho do ACS, relatando apenas “não acrescentaria mais nada, pois o trabalho do ACS já está bom como está” (Tabela 11).

Ao mesmo tempo, 19,18% reivindicam que as visitas domiciliares realizadas pelos ACS sejam feitas com mais frequência, 7,35% reivindicam que os ACS executem durante as visitas domiciliares procedimentos, como aferir pressão arterial, realizar curativos, fazer agendamento de consulta, entregar medicamentos e outros e 4,90% reivindicam que o ACS programe a visita domiciliar para um horário que tenha alguém na residência.

Do mesmo modo, em um estudo desenvolvido por Santos et al (2010) no município de Juiz de Fora – MG, pode-se observar que os entrevistados sentiam as mesmas necessidades aqui observadas. Tal achado, nos leva a refletir sobre a proposta da Estratégia Saúde da Família e a práxis do trabalho atualmente desenvolvido pelo ACS.

Logo, quando questionamos os usuários sobre “o que falta para o trabalho do ACS se tornar melhor”, observa-se que 40,08% dos entrevistados relatam que “não falta mais nada”, no entanto, 10,93% declaram que é necessário ainda aumentar o número de visitas domiciliares as famílias cadastradas; 9,31% declaram que é necessário ao ACS ter uma qualificação profissional; 8,10% reivindicam a oferta de aferição de pressão arterial, glicemia digital, entrega de medicamentos, entrega de leite, etc (Tabela 12).

Pontos de convergência e divergências entre o discurso dos entrevistados

Observa-se que há convergência entre os DSC dos enfermeiros instrutores-supervisores e dos ACS, quando foco é a qualidade do trabalho do ACS, pois as duas categorias associam a qualidade do trabalho do ACS com o fato deste levar informações de saúde para as famílias e trazer informações das famílias para a equipe da ESF. No entanto, os usuários pontuam que o trabalho desenvolvido pelos ACS é muito bom, à medida que o associam com a atenção dispensada por eles as famílias e ao fato destes serem muito prestativos com a população.

Fica caracterizado nesse momento, que para a população em estudo, o atual foco de trabalho do ACS atende parcialmente o trabalho esperado para essa nova categorial profissional. Portanto, é oportuno enfatizar que o trabalho do ACS vai muito além do simples ato informativo, deve-se voltar os olhos para capacitação dessa categoria profissional para o desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas, realizadas nos domicílios e/ou na comunidade, visando a promoção da saúde, a prevenção das doenças e agravos de vigilância à saúde, além do desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita a unidade de saúde, conforme proposto pela Portaria 2.488/2011.

E, tendo em vista o supracitado, cabe a sensibilização dos profissionais ACS e enfermeiros instrutor-supervisor sobre os espaços de atuação dessa nova categoria profissional, assim como, sobre o papel do enfermeiro como facilitador deste processo.

Do mesmo modo, é convergente o DSC dos enfermeiros instrutores-supervisores e dos ACS, quando questionados sobre o que a população espera do trabalho do ACS, pois as duas categorias acreditam que a população espera que eles realizem procedimentos básicos, como: aferição de pressão arterial, glicemia digital, agendamento de consulta, entrega de medicamentos, etc. No entanto, o discurso dos usuários é divergente do DSC dos enfermeiros e dos ACS, pois a maioria dos usuários se declaram satisfeitos com o trabalho já desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Portanto, cabe refletir sobre o fato de porventura nós profissionais de saúde formados pelo modelo hegemônico, sermos um dos responsáveis por nutrir e propagar essa ideia de hipervalorização do modelo biomédico. O que acaba gerando uma grande demanda de usuários a procura de atendimento médico, fato que dificulta a produção de cuidado em saúde, assim como citado por Andrade et al (2005).

Por outro lado, temos que considerar que a qualidade percebida é obtida quando a qualidade experimentada atende as expectativas do cliente e a sua percepção do produto ou serviço (Gronroos, 1988 in Ribeiro, 2007).

Contudo, ainda que, tal achado seja esperado do ponto de vista conceitual, já que as expectativas podem variar de um indivíduo para outro, há de se repensar que, temos que ter como compromisso ampliar e/ou melhorar as expectativas dos atores envolvidos nesse processo de produção de saúde, para que assim possa haver um ganho substancial no modo de se fazer saúde no Brasil.

Observa-se ainda que houve divergência entre o DSC do enfermeiro instrutor supervisor e do ACS quando se questionou o que o enfermeiro instrutor-supervisor espera do trabalho do ACS. Enquanto o enfermeiro coloca seu foco no fato do ACS conhecer o seu território de atuação, ou seja, sua microáreas, os ACS acreditam que o enfermeiro espera que ele alcance as metas estabelecidas para o número de visitas.

Neste sentido, percebe-se que não está claro entre ambos, o que é esperado do trabalho do ACS, ou seja, está faltando interação entre as duas categorias profissionais com vistas a construção de um projeto comum de trabalho, o que é prioritário e essencial para uma equipe da ESF, haja vista que, esta estratégia tem como especificidade favorecer a reorganização do processo de trabalho na Atenção Básica (Brasil,2011)

Portanto, é necessário investimentos em educação permanente dos profissionais em serviço, aqui representados pelos enfermeiros instrutores-supervisores e pelos ACS. Assim como, se faz necessário divulgar e conscientizar os usuários sobre os reais espaços de atuação dos ACS e os reais objetivos do trabalho desse profissional, para que estes possam também ampliar suas expectativas para com os serviços prestados por esta nova categoria profissional.

7 CONCLUSÃO

Observa-se que de um modo geral todos os atores envolvidos nesse processo de trabalho estão satisfeitos com a qualidade do trabalho por hora ofertado pelos ACSs, não deixando de pontuar os ajustes que ainda são necessários para atender as múltiplas demandas dos envolvidos. Porém, tanto os usuários que são o consumidor final desse serviço, como os enfermeiros instrutor-supervisor e os ACSs mantêm suas expectativas para com o trabalho atualmente desenvolvido pelo ACS, aquém da sua percepção.

REFERÊNCIAS*

Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC, Crispim D, Silva NC. Acolhimento: necessidade e desafio [internet]. Universidade Estadual de Santa Cruz; 2005 [acesso 2014 maio 25]. Disponível em: [http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/acolhimento -
necessidade e desafio - cristina setenta et al.pdf](http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/acolhimento-_necessidade_e_desafio_-_cristina_setenta_et_al.pdf)

Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(1): 349-60.

Barcellos CSN, Pandolfi M, Miotto MHMB. Perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de Vitória-ES. UFES Rev Odontol. 2006; 8(1): 21-8.

Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002a [acesso 2014 jan 08]. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2002 jul 11; Seção 1, p. 1 [internet]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2002/lei-10507-10-julho-2002-468370-norma-pl.html>.

Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006a [acesso 2014 jan 08]. 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. Diário Oficial da União. 2006 out 6; Seção 1, p. 1 [internet]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11350-5-outubro-2006-545707-norma-actualizada-pl.pdf>.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Parecer CNE/CEB n. 19/2004, de 08 de julho de 2004a [acesso 2013 nov 21]. Proposta de habilitação técnica para a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Diário Oficial da União. 2004 dez 02; Seção 1, p. 12 [internet]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legisla05.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família [acesso 2014 maio 29]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/PROESF/expansao_sf.php

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors - Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para o curso de técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b [acesso 2014 abr 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 [acesso 2013 out 15]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2011. Seção 1, p. 48 [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006b [acesso 2014 jan 08]. 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). Diário Oficial da União. 2006 mar 29; Seção 1, p.71 [internet]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1886, de 18 de dezembro de 1997 [acesso 2014 nov 02]. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. 1997 dez 22; Seção 1, p. 11 [internet]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Riquezas Compartilhadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b [acesso 2013 ago 20]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Agente Comunitário de Saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2013 ago 20]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_sau_de.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. 84p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [acesso 2014 jun 11]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo das ações do departamento de Atenção Básica [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 2014 mar 16]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/passopassoacoes_sb.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c [acesso 2013 mar 09]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b [acesso 2014 jun 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais. A racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(7): 3033-40.

Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(1): 1509-20.

Carvalho MM, Paladini EP. Gestão da qualidade: teoria e casos. Rio de Janeiro: Campus; 2005.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Produto 2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais [internet] 2011; [acesso 2014 abr 1]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>

Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(7): 2147-56.

Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS. Perfil dos enfermeiros das equipes da saúde da família [trabalho 2193]. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem: transformação social e sustentabilidade ambiental; 2009 dez 10-12; Fortaleza, CE: CBen; 2009 [acesso 2014 abr 07]. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01888.pdf

Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10 (2): 347-55.

Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a Reestruturação Produtiva. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(4): 898-906.

Flores O. O agente comunitário de saúde: caracterização da sua formação sócio histórica como educador em saúde [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2007 [acesso 2014 abr 07]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5301/1/Oviromar%20Flores.pdf>

Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os agentes comunitários de saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2004; 13(2): 70-5.

Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1): 231-40.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística do registro civil 2003-2011 [acesso 2014 abr 24]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=RC63>

Jardim TA, Lacman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009; 13(28): 123-35.

Lefevre F, Lefevre AMC. O discurso do Sujeito Coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul, RS: EDUCS; 2003.

Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise social. Brasília, DF: Liber Livro; 2005.

Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20(1): 197-203.

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.

Mialhe FL, organizador. O agente comunitário de saúde: práticas educativas. Campinas: Editora Unicamp; 2011.

Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Miranda CF, Miranda ML. Construindo a relação de ajuda. 10. ed. Belo Horizonte: Crescer; 1996.

Monteiro MAS, Previtali FS. A Política de Formação dos Agentes Comunitários de Saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. Rev Labor. 2011; 5(1): 141-63.

Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma indução do processo de trabalho. Trab Educ Saúde. 2010; 8(2): 229-48.

Moura ERF, Rodrigues MSP, Silva RM, Perfil de enfermeiras que atuam no programa saúde da família em uma microregião do Ceará, Brasil. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2003; 7(1): 49-56.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002; 18(6): 1639-46.

Pinto AAM, Fracolli LA. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Perspectiva da Promoção da Saúde: considerações práticas. Rev Eletr Enf. 2010; 12(4): 766-9.

Pirassununga. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2012.

Pupin VM, Cardoso CL. Agentes Comunitários de saúde e os sentidos de “ser agente”. Estud Psicol. 2008; 13(2): 157-63.

Resende MC, Azevedo EGS, Lourenço LR, Faria LS, Alves NF, Farina NP et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(4): 2115-22.

RET-SUS. Rede de Escolas Técnicas do SUS. Agentes Comunitários de Saúde se qualificam e atuam melhor no SUS [acesso 2014 mar 28]. Disponível em: <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Materia&Num=6>

Ribeiro OM. Qualidade no atendimento ao cliente como estratégia competitiva [dissertação]. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa; 2007 [acesso 2014 mai 25]. Disponível em: <http://portaldokonhecimento.gov.cv/bitstream/10961/142/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20do%20Mestrado%20de%20OI%C3%ADvio%20Mendes%20Ribeiro%20-%20Cabo%20Verde%20-%20edi%C3%A7%C3%A3o%2020042005.pdf>

Righi AW, Schmidt AS, Venturini JC. Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: uma avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev Prod online. 2010; 10(3): 649-69.

SAGE. Sala de Apoio a Gestão Estratégica. Agentes Comunitários de Saúde [acesso 2014 mai 29]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>

Santini SML, Jedliczka JRS, Nunes EFPA, Bortoletto MSS. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho. III Congresso Consad de Gestão Pública; 2011 [acesso 2014 abr 1]. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/painéis%20III%20congresso%20consad/painel%203/Perfil%20dos%20profissionais%20das%20equipes%20de%20saude%20e%20da%20familia%20em%20municipios%20de%20pequeno%20porte%20de%20uma%20regional%20de%20saude%20do%20parana%20e%20suas%20condicoes%20de%20trabalho.pdf

Santos MR, Pierantoni CR, Matsumoto KS. Agentes Comunitários de Saúde: a visão dos usuários dos PSF da região de saúde de Juiz de Fora. Rev APS. 2010; 13(3): 258-65.

Schimidt MLS, Neves TFS. O trabalho do agente comunitário de saúde e a Política de atenção básica em São Paulo. Cad Psicol Soc Trab. 2010; 13(2): 225-40.

Schmidel JPC. Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009 [acesso 2014 jun 19]. Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2523/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Schmidel_Jucineide_Proen%C3%A7a_Cruz.pdf

Seabra DC, Carvalho ACD, Forster AC. O Agente Comunitário de Saúde na visão da equipe mínima de saúde. Rev APS. 2008; 11(3): 226-34.

Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Rev Crít Ciênc Soc. 2009; 85: 65-82.

Silva JA, Dalmaso ASW. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2002; 6(10): 75-96.

Tolentino DS, Andrade M. O trabalho do agente comunitário de saúde e suas implicações para o enfermeiro no programa de saúde da família. Informe-se Promoç Saúde. 2008; 4(1): 6-9.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface Comun Saúde Educ. 2002; 6(10): 84-7.

Ursine BL, Trelha CS, Nunes EFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. Rev Bras Saúde Ocup. 2010; 35(122): 327-39.

WHO. World Health Organization. Estatísticas da força de trabalho em saúde. Spotlight. 2.ed. Organização Mundial da Saúde, Departamento de Recursos Humanos para a Saúde; 2008 [acesso 2014 abr 1]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_2_PO.pdf

Zanetti TG, Sand ICPV, Perlini NMOG, Kopf AW, Abreu PB. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. Ciênc Cuid Saúde. 2010; 9(3): 448-55.

Apêndice 1 - Instrumento de coleta de dados enfermeiro instrutor-Supervisor



ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ENFERMEIRO



1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1.1. Sexo

Masculino Feminino

2.2. Idade

de 18 a 20 anos de 20 a 29 anos
 de 30 a 39 anos de 40 a 49 anos
 de 50 a 59 anos 60 anos ou mais

1.3. Estado civil atual

Solteiro Casado Vive maritalmente
 Separado Desquitado/Divorciado Viúvo

1.4. Há quanto tempo você trabalha na Estratégia de Saúde da Família?

de 1 a 3 anos de 4 de 6 anos
 de 7 a 9 anos 10 anos ou mais

1.5. Possui pós-graduação?

Sim Não

Em que área? _____

1.6. Como você identifica a sua cor ou raça?

Branca Preta Parda Amarela Indígena

2. ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 2.1. Fale um pouco sobre a qualidade do trabalho dos ACS que atuam em sua equipe.
- 2.2. O que você acha que a população espera do trabalho realizado pelo ACS?
- 2.3. O que você espera do trabalho do ACS?
- 2.4. O que você acha que seria necessário para ser um bom ACS? Comente.

Apêndice 2 – Instrumento de coleta de dados Agentes Comunitários de Saúde



ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ACS



1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1.1. Sexo

Masculino Feminino

1.2. Idade

de 18 a 20 anos de 20 a 29 anos
 de 30 a 39 anos de 40 a 49 anos
 de 50 a 59 anos 60 anos ou mais

1.3. Estado civil atual

Solteiro Casado Vive maritalmente
 Separado Desquitado/Divorciado Viúvo

1.4. Grau de escolaridade

Fundamental completo Fundamental incompleto
 Ensino médio completo Ensino médio incompleto
 Superior completo Superior incompleto
 Pós graduado

1.5. Há quanto tempo você trabalha na Estratégia de Saúde da Família?

de 1 a 3 anos de 4 de 6 anos
 de 7 a 9 anos 10 anos ou mais

1.6. Como você identifica sua cor ou raça?

Branca Preta Parda Amarela Indígena

2. ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 2.1. Fale um pouco da qualidade do trabalho que você oferece as famílias com as quais você trabalha?
- 2.2. O que você acha que a população espera de seu trabalho?
- 2.3. O que você acha que o seu enfermeiro supervisor espera de seu trabalho?
- 2.4. O que você acha que seria necessário para ser um bom ACS?

Apêndice 3 – Instrumento de coleta de dados usuários



ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA USUÁRIO



1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1.1. **Sexo:** () Masculino () Feminino

1.2. **Idade:** () de 18 a 20 anos () de 20 a 29 anos () de 30 a 39 anos
() de 40 a 49 anos () de 50 a 59 anos () 60 anos ou mais

1.3. **Ocupação:** _____

1.4. Grau de escolaridade

- () Fundamental completo () Fundamental incompleto
() Ensino médio completo () Ensino médio incompleto
() Superior completo () Superior incompleto
() Pós graduado

1.5. **Estado civil atual:** () Solteiro () Casado () Vive maritalmente
() Separado () Desquitado/Divorciado () Viúvo

1.6. Como você identifica a sua cor ou raça?

() Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

2. ROTEIRO DE ENTREVISTA

2.1. Como tem sido o trabalho do ACS com sua Família?

2.2. Fale um pouco sobre o que você espera do trabalho realizado pelo ACS.

2.3. O que falta no trabalho do ACS para ele se tornar melhor?

2.4. Você gostaria de fazer algum comentário sobre algo que não foi abordado nas questões acima?

ANEXO 1 - Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Análise do trabalho do agente comunitário de saúde a partir da ótica dos diversos atores sociais do sistema de saúde**", protocolo nº 115/2012, dos pesquisadores Ana Paula dos Santos Oliveira e Fábio Luiz Mialhe, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 04/01/2013.

The Ethics Committee in Research of the Piracicaba Dental School - University of Campinas, certify that the project "**Analysis of work community healthcare agent under the optical the different social actors of the health system**", register number 115/2012, of Ana Paula dos Santos Oliveira and Fábio Luiz Mialhe, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee on Jan 04, 2013.

Prof. Dra. Lívia Maria Andaló Tenuta
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**ANÁLISE DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE APARTIR DA ÓTICA DOS ATORES SOCIAIS DO SISTEMA DE SAÚDE**”, desenvolvida, junto a Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP na área de Odontologia Preventiva e Saúde Pública e sob responsabilidade da pesquisadora **Ana Paula dos Santos Oliveira** e do **Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe**. Nesta pesquisa serão levantadas informações sobre o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família (ESF), através de uma entrevista para coleta de dados.

Esse estudo busca identificar áreas de concordância e de divergência entre as diferentes visões de qualidade de trabalho do ACS, e os resultados da pesquisa poderão ajudar a Secretaria de Saúde do município a identificar as mudanças necessárias e viáveis para adequar e melhorar a qualidade do trabalho prestado pelo ACS.

Sua participação é voluntária, assim terá a liberdade de recusar-se a participar desta pesquisa. Contudo, se aceitar, deverá disponibilizar aproximadamente 20 minutos de seu tempo, para responder a um roteiro de entrevista junto a um entrevistador devidamente capacitado para este fim. Não havendo então, outro método alternativo para obtenção das informações necessárias.

Para esta pesquisa, não é necessário a inclusão de voluntários em grupo controle ou placebo. Também, não há previsão de ressarcimento aos sujeitos da pesquisa, pois você não terá nenhuma despesa extra por participar do estudo. Igualmente, não há previsão de indenização e/ou reparo de danos, já que, não há riscos previsíveis aos entrevistados, sejam eles riscos físicos ou psíquicos, uma vez que os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Por isso, não há previsão de suspensão da pesquisa e, a coleta de dados será encerrada apenas quando todas as informações desejadas forem obtidas. Como benefício, esta pesquisa dá direito a voz aos atores sociais na construção do SUS. Entretanto, você poderá a qualquer momento ser esclarecido sobre a pesquisa ou retirar seu consentimento, sem ser prejudicado.

Ressalta-se ainda que os pesquisadores envolvidos na pesquisa estarão a disposição dos voluntários para esclarecer as dúvidas relativas à realização da pesquisa e para o acompanhamento devido. No entanto, em caso de dúvidas quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da FOP: Av. Limeira 901, FOP-UNICAMP, CEP 13414-903, Piracicaba-SP. Fone/Fax (19) 21065349, e-mail: cep@fop.unicamp.br e webpage: www.fop.unicamp.br/cep. Ou entre em contato com os pesquisadores: Enfermeira Mestranda Ana Paula dos Santos Oliveira – (19) 3561-4500/3561-4510 (19) 9687.6949 – e-mail: anaoliveiraenf@yahoo.com.br e Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe – (19) 2106-5279 – e-mail: mialhe@fop.unicamp.br.
Contamos com a sua colaboração para estudarmos formas de melhorar a assistência à saúde em nosso município. Desde já agradecemos.

Eu, _____,
RG: _____, Fone: _____ certifico que após ter sido suficientemente esclarecido (a), estou plenamente de acordo em participar da pesquisa **“ANALISE DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE APARTIR DA ÓTICA DOS ATORES SOCIAIS DO SISTEMA DE SAÚDE”**, e estou ciente que os resultados obtidos serão publicados para a divulgação do conhecimento científico, porém terei garantido o sigilo de minha identidade pessoal.

_____ de _____ de 20____.

Assinatura do Voluntário: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Ana Paula dos Santos Oliveira

Obs.: Primeira via Pesquisador / Segunda via Voluntário