

A VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Cássia Aparecida Fogaça¹
Karina Tombini²
Renata Campos³

RESUMO

O agente comunitário de saúde inserido em Unidades Básicas de Saúde integra ESF, desenvolvendo ações descritas pelo MS. Este trabalho tem objetivo conhecer aspectos de valorização profissional, contribuindo na consolidação do SUS. Trata-se de uma pesquisa básica, descritiva, qualitativa, utilizado um questionário semi-estruturado. Dados coletados nas questões abertas foram avaliados utilizando técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Resultados apontam modificação, relacionados à elevação de escolaridade não residir na micro área onde atua. O ACS reconhece a importância de seu papel, mas aponta problemas relacionados às atividades em equipe ao apoio necessário dos gestores. As condições de risco relacionados a atividade laboral dos ACS compromete a qualidade de vida deste, gerando sentimentos de insatisfação, desvalorização, despreparo refletindo na práxis profissional, ficando vulneráveis doenças e desmotivação.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Equipe de Saúde. Valorização Profissional. Sistema Único de Saúde.

THE PROFESSIONAL VALORIZATION OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT

ABSTRACT

The community health agent (CHA) is inserted into the Basic Health Units, as a member of the FHS teams should develop actions of disease prevention and health promotion, and other activities described by MS. This study aimed to know the profile and aspects of professional development of these individuals, to contribute to the consolidation of SUS. This is a basic, descriptive, qualitative, cross, which was used as a research instrument a questionnaire with open and closed questions. Analysis of the questionnaires received quantitative and qualitative treatment. The data collected

¹Mestrado em Educação pela Universidade do Planalto Catarinense. Auxiliar Médico Legal do Instituto Geral de Perícias de Santa Catarina. Universidade do Contestado. Santa Catarina. Brasil. E-mail: cassia_fogaca10@yahoo.com.br

²Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Contestado. Santa Catarina. Brasil. E-mail: karina.tombini@hotmail.com

³Doutora em Nefrologia pela Universidade de São Paulo, Brasil. Professora universitária da Universidade do Contestado. Santa Catarina. Brasil. E-mail: renatacs@unc.br

in the open issues were assessed using the collective subject discourse technique (DSC), which is a proposal for the organization and tabulation of qualitative data of verbal nature, obtained from depositions in the form of one or more speeches. The results point to an CHA profile modification, especially that related to raising the level of education and also the fact that CHA does not reside in the same micro area where it operates. The CHA recognizes the importance of their role within the community, but points out problems related to teamwork and the necessary support in carrying out their work, especially by managers. The work done on risk conditions compromises the quality of life of the worker, this means it has feelings of dissatisfaction, devaluation, unpreparedness reflecting in their professional practice, leaving it vulnerable too, diseases and demotivation.

Keywords: Community Health Agent. Health Strategy. Health Team. Professional Appreciation. Health Unic System

INTRODUÇÃO

Em 1991, ocorreu inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS), como ideia essencial ser elo entre comunidade e equipes de saúde, através do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) inserindo outra estratégia nas políticas públicas de saúde mais abrangente – o Programa de Saúde da Família (PSF) implantado em 1994, atualmente conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a legalização do ACS como profissão foi homologada em 2002¹.

Alterações aconteceram até chegar à portaria atual, 648/GM/2006, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e estabeleceu revisões de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o PSF e PACS, caracterizado por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, envolvendo a promoção e proteção da saúde, prevenindo agravos, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde de maior frequência e relevância da população, reabilitação e manutenção da saúde².

Em fevereiro de 2006, a Emenda Constitucional nº 51, alterou o artigo 198 da Constituição Federal, acrescentando parágrafos 4º, 5º e 6º, instituindo medida provisória nº 297 tornando Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, revogando 10.507/2002, quatro anos depois da regulamentação profissional, confirmando aspectos a lei anterior, não perfazendo alterações significativas para profissão, inclusive de ser trabalhador do SUS, devendo desenvolver ações preventivas de doenças e promoção à saúde, consideradas atividades do ACS: I – utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade; II – Promover ações educativas para saúde individual e coletiva; III – Registro de controle e planejamento das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e agravos à saúde; IV Estímulo a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas a saúde; V – Realizar visita domiciliar periódicas monitorando situações de risco à família; VI – participação de ações que fortaleçam elos entre o setor saúde e políticas promovendo qualidade de vida. (BRASIL, 2006)².

Quanto aos requisitos, esta Lei não alterou a anterior, prevendo que o ACS deva residir no local onde atua no período do processo seletivo, e ter cursado o ensino fundamental completo. Foi significativa para os agentes de saúde a nova Lei (Lei 11.350 de 05/10/2006), refere-se à forma de contratação, vedando contratos temporários ou terceirizados, modalidade que refletia instabilidade dos ACS nos municípios³.

O programa saúde da família possui equipes multiprofissionais, composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem, a partir de 2000, cirurgião-dentista, técnico em higiene dental atendente de consultório dentário, proporciona avanços a população, gerando vínculos melhorando o atendimento, reconhecimento e identificação entre comunidade e equipe.

Tendo em vista relevância do papel que ACS assumem um papel importante na equipe de saúde, justifica-se este estudo, constituindo-se objetivo primário conhecer o perfil e aspectos de valorização profissional destes sujeitos, contribuindo para consolidação do SUS.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa básica, descritiva, utilizando instrumento de pesquisa um questionário semi-estruturado. Esta pesquisa foi realizada em uma cidade de Santa Catarina. A população total era de 58 ACS no município e 30 foram incluídos nesta pesquisa. Dois ACS foram excluídos após não preencher requisitos necessários (menos de seis meses de atuação na ESF) totalizando 28 sujeitos atuantes nas ESF que participaram da pesquisa.

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da UnC aprovado sob parecer nº 573971. Os sujeitos foram orientados a respeito dos procedimentos e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com Resolução do CNS nº 466/12.

Os questionários receberam tratamento quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos estão expressos por frequência ou média. Os dados coletados nas questões abertas foram avaliados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁴. Esta técnica tem como fundamento teoria da Representação Social pressupostos sociológicos, a proposta consiste analisar o material verbal coletado, extraído de cada depoimento de um grupo representativo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A importância de analisar o perfil dos ACS é conhecer o sujeito pesquisado situado no panorama atual. A partir das respostas foi construída a tabela 1 agregando informações caracterizando os agentes comunitários de saúde.

Tabela 1 – Perfil do ACS

VARIÁVEIS	n	%
FAIXA ETÁRIA		
21 a 30 anos	9	32,14%
31 a 40 anos	11	39,29%
41 a 50 anos	5	17,86%
Acima de 50 anos	3	10,71%
ESTADO CIVIL		
Divorciado	1	3,57%
Casado	11	39,29%
Solteiro	16	57,14%
SEXO		
Masculino	2	7,14%
Feminino	26	92,86%
FILHOS		
Sim	23	82,14%
Não	5	17,86%
MORADIA		
Própria	25	89,29%
Alugada	1	3,57%
Familiar	2	7,14%
RESIDÊNCIA NA MICROÁREA		
Sim	7	25,00%
Não	21	75,00%
ESCOLARIDADE		
Ensino Médio	16	57,14%
Técnico profissionalizante	7	25,00%
Superior cursando	4	14,29%
Superior completo	1	3,57%
TEMPO DE SERVIÇO ACS		
1 a 3 anos	11	39,29%
4 a 6 anos	7	25,00%
7 a 9 anos	4	14,29%
10 a 14 anos	6	21,43%

Lima e Cockell⁵ citam que o perfil pode modificar-se, “tanto no que diz respeito ao grau de educação formal destes profissionais quanto à abrangência do capital social acumulado”. A literatura sinaliza mudança de perfil do ACS, seja no mercado de trabalho, baixa oferta, baixos salários de algumas regiões. Cabe ressaltar que a região pesquisada utiliza de concursos para contratação, portanto, descarta-se a precariedade de vínculo como fator de interferência para dados encontrados.

Há estudos realizando análise de perfil dos ACS, para entender este sujeito, com atuação complexa no SUS. De acordo com Santos (2004)⁶, atividades e processo de trabalho são por natureza múltipla, sendo seu perfil “complexo, permeável, fronteiras não bem definidas, fluidas, situado na interface entre obrigações do Estado para seus cidadãos e protagonismo político da população”.

Observa-se um dado interessante convergindo com cenário nacional, referente à idade dos ACS, sendo que 71,43% possuem entre 21 a 40 anos, mesmo que faixa etária não seja um requisito determinado pelo MS, este preconiza idade maior de 18 anos para exercer a atividade de ACS^{7,3,8-10}

Quanto ao estado civil, (57,14%) declarou solteiro chamando atenção, pois somente 5 ACS, (17, 86%) informaram não ter filhos.

Há um predomínio do sexo feminino (92,86%). Este dado é consenso em estudos pesquisados sobre este sujeito, vindo de encontro com experiências, cerca de 95% dos ACS eram mulheres, mesmo que não haja um pré-requisito impondo contratação de mulheres¹¹. Este fato é visto como positivo sabendo que a mulher, é principal usuária dos serviços de saúde, tanto para si, como intermediando acesso a família, consciente da necessidade de cuidados⁸. No entanto, para Mota e David¹², “em regiões do país, descreve que a maioria dos trabalhadores ACS são mulheres, as profissões, associadas ao papel feminino, geralmente apresentam questões de precarização das condições de trabalho e instabilidade quanto a profissão”.

No trabalho como ACS, pode haver rotatividade de pessoal, visto que, 11 ACS (39,29%) possuem menos de 3 anos de trabalho. De acordo com Santos et al³, o fato compromete o vínculo com a comunidade, quando as pessoas atendidas se acostumam com um ACS, logo é substituída por outro profissional, estremecendo laços de confiança.

O dado que chama atenção refere-se a área de atuação do ACS, entrando em contradição com o que se orienta o MS, que diz respeito residir na mesma área de atuação, 7 (25%) dos ACS residem na mesma área 21 (75%) dos ACS declararam não residir na área, indo contra requisitos descritos na Lei devendo servir para aumentar vínculo entre profissionais e comunidade, contribuindo melhor atenção à saúde². Deveriam preservar características de morador da comunidade respeitando vínculo com famílias, superando exigências tradicionais do setor saúde⁵.

A situação do ACS é diferente dos demais trabalhadores dos serviços governamentais em um aspecto fundamental: seja como empregado público ou cargo efetivo tem obrigação de residir na área em que atuar, pode ser demitido ou exonerado deixando de residir nesta. Assim estabelece o parágrafo 6º do artigo 198

da Constituição Federal Brasileira de 1988, incluído pela EC Nº 51, regulado posteriormente Art. 5º da Lei 11.350, que descreve que o Ministério da Saúde disciplinará as atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de controle e de vigilância a que se referem os arts. 3º e 4º e estabelecerá os parâmetros dos cursos previstos nos incisos II do art. 6º e I do art. 7º, observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação².

O grau de escolaridade do ACS entrevistado está acima da média recomendada pelo MS (Lei 11.350/2006), observa-se que 100% tem ensino médio concluído, sendo que 7 (25%) possuem técnico profissionalizante na área de enfermagem ou saúde bucal, 4 estão cursando ensino superior (14,29%), apontando elevação da escolaridade deste profissional. Este dado também foi confirmado em diversos trabalhos^{13,10,9,14,12}

Para Santos et al³, “encontrar dados de formação acima do recomendado, pode ser explicado pela pequena oferta de empregos e pequenos salários”. Neste caso, há outros fatores determinantes, um deles que pode ser citado refere-se aos processos de seleção e contratação, nos quais os gestores têm colocado nos editais, requisitos como ensino médio completo. Outro fator se refere ao itinerário de formação do ACS prevendo cumprir três módulos ensino médio completo, a formação do ACS será Habilitação Técnica de ACS². Para elevar sua habilitação, precisa concluir o ensino médio para que seus salários sejam elevados, sendo uma condição da contratação dos editais. Infere-se neste caso que ACS estejam preparados para melhoria do trabalho. Corroborando com o que expõe Mota e David¹², mesmo com elevado nível de escolaridade, muitos permanecem na profissão, seja por falta de novas oportunidades ou por afinidades as atividades desenvolvidas.

A análise qualitativa dos dados utilizou a ordenação de dados do DSC¹⁵, tendo como forma de análise, a extração das Ideias Centrais (IC) das respectivas Expressões Chaves (ECH) de cada depoimento, para essas comporem um ou vários discursos-síntese, denominado Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Para Lefevre et al¹⁶ a IC é entendida como “a(s) afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em depoimentos”.

Enquanto estratégia metodológica, O DSC possui a finalidade de visualizar uma representação que surge de forma concreta do pensamento nos discursos dos sujeitos. Sua elaboração seguiu uma observação, estruturação e ordenação caracterizados pela seleção das principais Ideias Centrais ou Ancoragens (AC) presentes nos discursos individuais, sendo constituídos, um único discurso, com a ideia de que todos estão representados por uma única pessoa, sendo este tratamento realizado para cada pergunta contida no questionário semi-estruturado. Algumas ECH remetem não apenas uma IC correspondente, mas também explicitamente uma afirmação denominada Ancoragem (AC) que é expressão de uma teoria ou ideologia o autor do discurso professa que está embutida no seu discurso como fosse uma afirmação qualquer¹⁷.

O DSC, sendo reunião num só discurso-síntese, tem outra característica básica, deve ser redigido na primeira pessoa do singular de ECH têm ICs ou AC semelhantes ou complementares.

Lefevre e Lefreve¹⁵ apresentam dupla representatividade – qualitativa e quantitativa, então a qualitativa é síntese dos discursos “recuperando distintos conteúdos e argumentos que conformam a opinião na escala social” a quantitativa “porque tal discurso tem, expressão numérica (indicando quantos depoimentos, do total, foram necessários para compor cada DSC), portanto confiabilidade estatística”.

De acordo com o método proposto, apresentamos e discutimos os DSC obtidos das falas dos ACS, apresentando dados quantitativos e qualitativos de cada questão.

Primeira Pergunta: *Em sua experiência como ACS o que você entende que sejam suas atribuições? Descreva:*

Para esta questão, a síntese das ideias, juntamente com a proporção de respostas está descrita na tabela 2.

Tabela 2 – Atribuições agente de Saúde

1	Visita domiciliar, encaminhar, orientar, acompanhar gestantes, hipertensos, diabéticos entre outros.	32,14
2	Ligação, levar e trazer informações entre a comunidade e secretaria de saúde.	25%
3	Promover saúde e prevenção de doenças.	21,42%
4	Cadastro das famílias.	21,42%

DSC: Visita domiciliar, encaminhar, orientar, acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos entre outros, foi a idéia mais frequente entre as falas dos entrevistados, resultando no seguinte discurso:

Entendo como minhas atribuições a orientação, encaminhar, acompanhar famílias da comunidade por meio da visita domiciliar, manter a micro área (MA) cadastrada com cadastros atualizados. Promovendo saúde prevenção de doenças, individual ou coletivamente sob orientação do gestor da unidade de saúde.

Eu procuro levar à comunidade informação da unidade de saúde, sendo a função do ACS criada para ser elo entre a comunidade e o sistema de saúde, através de nós tem por completo o dia-a-dia na comunidade. Tenho uma ligação com as famílias que nenhum outro profissional tem, sendo amiga das famílias, confidente, conselheiro, um pouco psicólogo.

Orientar pessoas sobre saúde, higiene e dúvidas em relação à saúde, até mesmo educação, medicação, horários, alimentação, amamentação, preventivo, gestantes, diabéticos, hipertensos e informar sobre vacinas das crianças evitando atraso. Oriento sobre dentista, farmácia, exames, marcação de consultas a idosos. Interagindo com pacientes sobre vida saudável.

É visível a consciência que o ACS tem sobre o estabelecimento de vínculo forte entre a comunidade e assistência por ele prestado, procurando “simplificar a linguagem de acordo com a realidade das pessoas, facilitando seu entendimento. Tem sensibilidade de entender que problemas não se originam na doença, mas em necessidades de atenção”¹⁸. De acordo com Santana et al¹⁹, o ACS é elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e objetivos próprios da comunidade; entre necessidades de saúde saber popular da comunidade e saber científico da equipe de saúde, desempenhando papel de mediador social.

Estudos procuram identificar funções, ações e concepções sobre o trabalho do ACS, resultados comprovam dificuldades na definição de atribuições, na realização de atividades, tanto pelas exigências, quanto limitações de trabalho também questões socioeconômicas das famílias⁷.

O trabalho de orientação é reforçado nos discursos corroborando com o que diz Gomes et al⁷, que acontece de forma individualizada, como encaminhamento a outro profissional, já que carrega consigo confiança e segredo. Ressalta-se o acompanhamento dos grupos de riscos, diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças, trabalhando educação em saúde, e vida saudável.

Segunda Pergunta: *Se sente realizado profissionalmente? Justifique sua resposta.*

Para esta questão, resultou na síntese das IC, juntamente com proporção das respostas obtidas com os entrevistados (tabela 3):

Tabela 3 – Como a Agente de saúde se sente profissionalmente

1	Sim, sinto realizado (o), gosto do que faço, mas faltam estrutura e valorização profissional	46,42%
2	Não, poderia fazer mais do que eu faço.	42,85%
3	Às vezes, nem sempre.	10,71%

DSC 2: **Sim, me sinto realizada, gosto do que faço, mas falta estrutura e valorização profissional**, foi a fala mais frequente entre os entrevistados, resultando no seguinte discurso:

Sinto-me realizada no momento que vejo que consigo realizar meu trabalho, acho bom poder ajudar de alguma forma, principalmente pessoas menos esclarecidas. Gosto do que

faço me sinto um ótimo profissional, apesar de que poderiam dar mais valor, começando pelos superiores, deve ser em espírito de equipe, sem isso não funciona.

Não é valorizado como deveria ser, nem pelos usuários nem pelos gestores, não tenho vez e nem voz na profissão. Somos podados em muitas coisas em orientar, ajudar e encaminhar. Falta o básico na unidade, como remédios, união entre colegas, falar mesma linguagem e comunicação sobre serviços disponíveis no sistema. Mas gosto de ser ACS, por proporcionar atenção às pessoas carentes de diálogo.

Às vezes, nem sempre. Na maioria das vezes não depende da gente e sim de outros profissionais.

Nesta questão não houve consenso nas respostas, pois 13 (46,42%) dos sujeitos disseram estarem realizados profissionalmente, 12 deles (42,85%), afirmaram não estar realizados e 3 relataram que “às vezes” se sentem realizados. Mesmo nos casos afirmativos, há ressalvas de melhoras. Lemos nos discursos uma insatisfação maior nas relações de trabalho, e não colocam ACS num patamar de igualdade de importância dentro da equipe.

Em função da identidade em construção do agente, visto que esse profissional é incorporado uma nova maneira de pensar a saúde. Ao mesmo tempo que pertencem a equipe, se sentem à margem do processo, é interpretado pelas agentes como deficiência na formação. [...] Por um lado, a noção de equipe revela-se bastante legitimada nas falas das agentes, por outro, essa constatação aponta para necessidade de um próximo passo: construir possibilidades efetivas de prática onde usuário e população sejam partícipes do trabalho em equipe integrados no processo construtivo de um projeto assistencial comum. Da mesma maneira a equipe deixa-se alcançar pela comunidade, porque ela própria sente-se como comunidade, usuário, cidadão, buscando condições de vida mais saudáveis e integradas²⁰.

Quando há a necessidade de “falar a mesma linguagem”, surge a evidência o trabalho em equipe exige que cada profissional, articulando ações relacionadas a distintos processos de trabalho, de forma que a intersecção de saberes aconteça tranquila convergindo em benefício para todos⁷.

Problemas relacionados ao trabalho em equipe no conteúdo das entrevistas referem ao apoio necessário na realização de trabalho, já que a equipe de saúde pode ser entendida como conjunto de pessoas produzindo cuidado a população: “Nessa equipe há sempre movimentos permanentes de articulação/desarticulação, ânimo/desânimo, invenção/resistência à mudança, crença/descrença no seu trabalho, pois a equipe é viva, está sempre em processo de mudança”²¹.

Terceira pergunta: *Gostaria de exercer outra atividade profissional? Se sim, qual e por quê?*

Esta questão traz seus resultados expressos na tabela 4, juntamente com a proporção das respostas obtidas com os entrevistados:

Tabela 4 – Gostaria de exercer outra atividade profissional?

1	Sim. Estou estudando para isso, outros cursos na área da saúde.	71,42%
2	No momento vou ficar como ACS até surgir outra oportunidade.	28,57%

DSC3: Sim. Estou estudando para isso, outros cursos na área da saúde, foi a ideia central que mais apareceu, resultando no discurso abaixo:

Estou em fase de conclusão de outro curso, em breve posso exercer uma atividade profissional mais valorizada, adquirir experiência na área que me formei ficar na mesma a vida toda é chato, tem que procurar novos horizontes.

Gosto do que faço, tenho curso técnico em outra área, mas falta espaço são poucas oportunidades e muita concorrência. Quando tiver concurso farei.

A maioria dos ACS (n= 20) responderam sim e 8 ACS responderam não. Em partes das falas onde aparece “no momento” “por enquanto” marcam depoimentos remetendo idéia temporária. Nessa lógica, “atuar como ACS, serve como possibilidade de ingresso ou reingresso no mercado de trabalho”. Buscando ampliar a escolaridade, gera-se como hipótese “uma saída, uma possibilidade de mudança”¹². Entretanto, se for considerada como uma profissão temporária pode não caracterizar um vínculo com famílias e comunidades, e a formação deste vínculo é a garantia de que o ACS terá acesso a população, e poderá desenvolver suas atribuições eficazmente¹².

Nesse sentido, as falas desses ACS representam que estão em uma situação provisória, esperando seu lugar ideal, conquistado com educação e trabalho. Por outro lado, têm-se respostas convergentes a acomodação, de acordo com Ciavatta¹² na medida que “provocar alienação, desqualificação e desigualdades, totalmente condicionado pela educação que conduz à subordinação do capital”

Para Paulo Freire²², o trabalhador pode se deparar com ‘situações-limites’, obstáculos que precisam ser superados promovendo emancipação, no entanto, a postura das pessoas, assim como a dos ACS frente a essas situações, nem sempre é de transposição, podendo ser acomodativa diante de um obstáculo. A escolarização não é garantia de melhora, mas tem valor social importante, esse interesse em crescer, melhorar ampliar conhecimentos é visível nos relatos.

Quarta Pergunta: Quais são suas expectativas perante seu trabalho?

Para esta questão, a tabela 5 traz a síntese das ideias centrais, juntamente com a porcentagem das respostas obtidas:

Tabela 5 – Expectativas para o trabalho

1	Mais reconhecimento e valorização profissional.	54,14%
2	Poucas expectativas	17,85%
3	Mais voz ativa	17,85%
4	Menos cobrança em relação ao trabalho	7,14%

DSC 4: Mais reconhecimento e valorização profissional, foi a ideia mais compartilhada entre os sujeitos em relação a pergunta, resultando no seguinte discurso:

Quero meu trabalho mais reconhecido, reconhecimento para a classe, ao contrário do que parece, somos portal e elo entre paciente e UBS. Reconhecimento não só da população, também dos gestores, mandando realizar atividades para população e não dão mais satisfação, deixando impressão que o ACS não faz nada.

Não tenho expectativas o trabalho do ACS não proporciona crescimento profissional. Não há muito que fazer há poucos recursos, coisas erradas podemos fazer tão pouco, então não crio expectativas para não me deprimir.

A maior expectativa é que “todos” sejam como colegas, parem de falar e ajam com respeito. Espero que mude a maneira como o povo menos favorecido seja atendido com respeito e educação, melhorando o nível de informação para pacientes.

O ACS tem caráter singular na atuação na ESF fica clara a necessidade colaborativa dos profissionais da equipe, sendo imprescindível para andamento das orientações e cuidados prestados, de acordo com Santos et al³, ainda é ‘incipiente’ o envolvimento dessa equipe em relação aos problemas da comunidade. Nos estudos de Santana et al¹⁹ a falta de conhecimento da estrutura do ESF por parte da comunidade, leva a culpabilizar os ACS pelos problemas diários como falta de profissionais, estrutura.

Para Mota e David¹², o trabalho na ESF traz sentido emancipatório, com exigências éticas e políticas de trabalhar num sistema equânime e universal, com modelo de atenção à saúde exigindo um trabalhador participativo, crítico, ativo nas condições dessa mudança. As autoras, por outro lado, trazem a discussão do fato

que para o ACS não existe plano de carreira, sendo fator desmotivante, já que não há horizonte profissional a percorrer, sempre será ACS.

Todavia, em narrativas constata-se alguns ACS satisfeitos. O entendimento sobre a ligação existente entre este e a comunidade é consciente, porém, por melhores que sejam as estruturas dos serviços de saúde, serão um fracasso se não valorizarem o fator humano envolvido no processo do cuidar e orientar. Os guias e manuais para ACS dão alusões ao fato do ACS ser “membro da comunidade e possuir envolvimento pessoal”²¹, sendo considerada extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade. O que quer passar neste discurso é o papel social do ACS sua penetração onde outros profissionais não conseguiriam entrar. Mas não será ambíguo este discurso? Podemos traduzir a citação acima da seguinte forma: o ACS é um sujeito disponível vinte e quatro horas por dia, sete dias da semana, ganhando um salário ínfimo, realizando variadas ações de saúde, de assistência social, um vigilante como já foi chamado, (ironia do MS?). É o discurso neoliberal em forma mais contundente e cruel, pois aproveita da fragilidade e da carência deste profissional¹⁸.

Para Silva e Santos²³, a relação de trabalho entre o ACS e comunidade encontra dificuldades, sendo importantes aquelas referentes à falta de respaldo, comunicação e apoio a equipe para resolução dos problemas, falta de insumos, medicamentos, número de vagas para consulta médica, falta de profissionais acompanhando visitas domiciliares, muitos formulários, distância, topografia da micro área.

Quinta Pergunta: O que você vê de positivo na profissão de ACS?

Nesta pergunta, a síntese das ideias centrais, resultou na tabela 6 com a porcentagem das respostas obtidas:

Tabela 6 – Pontos positivos na profissão

1	Vínculo com a comunidade e reconhecimento pelo trabalho	35,71%
2	Poder ajudar pessoas	28,57%
3	Conhecer a realidade e necessidades das famílias.	17,85%
4	Estabilidade	10,71%

DSC 5: O vínculo com a comunidade podendo ajudar as pessoas, apareceu como idéia central convergindo na maioria das respostas e resultando no seguinte discurso:

Fico feliz quando através de visitas, consigo ajudar, nem que seja somente com palavras amigas, sentindo gratidão não tem preço. Nem sempre podemos fazer tudo, não depende só de nós.

De positivo vejo vínculo que tenho com a comunidade, amizade, gratidão, otimismo quando nos recebem atenção que eles têm comigo e eu com eles. A partir do momento que você vai a rua começa conversar com pessoas ver e sentir que confiam em você conhece muitas pessoas, suas histórias, dificuldades. A estabilidade me traz quando posso ajudar

Gomes et al⁷ ressalta alto grau de intervencionismo na vida das pessoas reforçado pelo trabalho do ACS, relatado quando realiza orientações baseadas no modelo biomédico, conversa sobre problemas particulares, criando laços de amizade, conforme os discursos mostram, podendo significar intromissão na vida das pessoas, limitando sobremaneira o grau de privacidade e liberdade.

Esse sentimento de aproximação pessoal é evidenciado quando discursos falam de forma pessoal utilizando 'você', de forma positiva pode ser traduzida pelo sentimento de pertencimento da comunidade, entrega de si ao trabalho. Vínculo criado, confiança adquirida pelas famílias influencia no trabalho, pois: "a rotina de trabalho das equipes inclui conhecimento do território população, dinâmica familiar social, sendo ferramentas valiosas para planejamento, acompanhamento avaliação das ações desenvolvidas"²¹. Entende-se a necessidade imperiosa de conhecer as famílias, a comunidade, não casual, mas determinante para o sucesso do trabalho do ACS este precisa entender a responsabilidade deste exercício.

Sexta Pergunta: *Tem algum ponto negativo no exercício de sua profissão como ACS? Qual?*

A síntese das IC para esta pergunta resultou na tabela 7, com respectivas proporções:

Tabela 7 – Pontos negativos na profissão

1	Desvalorização profissional associado a muita cobrança.	50%
2	Questões relacionadas à remuneração e atividade.	17,85%
3	Falta de recursos.	17,85%
4	Riscos da atividade.	14,28%

DSC 6:A desvalorização profissional associado a muita cobrança pelas chefias e pela equipe foi o ponto negativo mais compartilhado pelos respondentes, gerando o DSC abaixo:

A desvalorização profissional acontece, sou desvalorizado pelos companheiros de trabalho, subestimam minha inteligência me tratam como criança. Também pela chefia, ameaça advertência, cobrança, pressão psicológica pagamos pelos erros de outros profissionais. Cobranças

excessivas e absurdas. Sei nosso valor, ninguém precisa dizer apenas respeitar. Penso que para quem coordena o ACS não faz nada ainda é culpado pelo que não funciona, mas dizem que somos o elo, parte principal, mas não podemos fazer nada, somente obedecer ordens.

Sou mal remunerado, não investem na profissão falta incentivo para crescimento profissional na área da saúde, faltam reconhecimentos de direitos faço trabalhos que não são minhas atribuições, como limpeza, recepção.

Tento ajudar, mas vejo que não há solução, faltam equipamentos, desde canetas, uniformes. Quando pessoas reclamam que precisam fazer um exame, uma consulta nem sempre são bem atendidos no posto, então ter mais opções para atender pacientes.

Visitas domiciliares têm riscos, com animais peçonhentos, doenças contagiosas, mordida de cães, fatores ambientais como sol escaldante ou frio intenso. Corro risco também com área com pontos de drogas, traficantes, atropelamentos e pessoas que não gostam de ajudar.

A questão trouxe aspectos que incomoda o ACS, salientando a falta de valorização profissional já abordada, impressionando a reclamação sobre a gestão e menos sobre a comunidade. Sentindo-se impotentes diante dos determinantes sociais de saúde, percebendo-se impossibilitados de promover saúde diante das medidas intersetoriais para reversão da miséria o alcance de melhor perspectiva de vida populacional⁷.

A identificação da realização de tarefas não preconizadas pelo MS como limpeza e recepção na unidade, descaracterizam o trabalho do ACS, apontado também por Gomes et al¹³. Já não bastasse um rol de atribuições difíceis de cumprir pelo caráter complexo, soma-se o que não é estabelecido servindo de 'tapa-buraco' preenchendo espaços alheios à função.

A precarização das relações de trabalho marcado pela desvalorização profissional baixos salários, falta de incentivos, uniforme, materiais, reconhecimento pessoal, descontos em folha de pagamento, pressão por metas, levam um ACS desmotivado e abandono da profissão¹⁹, insatisfação profissional traz conflitos mudando o ambiente de trabalho, levando o ACS procurar nova profissão, identificado na questão onde estão procurando outros cursos.

Aliado a estes fatores, juntam-se condições de trabalho consideradas insalubres pelos ACS, que apresentam riscos à saúde, corroborando com Santana et al¹⁹, em que cita as condições de trabalho dos ACS como insalubres por apresentarem riscos à saúde como exposição ao sol, doenças não tendo um conhecimento adequado para proteção, exposição a pessoas de personalidades diferentes.

O trabalho exercido sobre condições de risco compromete a qualidade de vida deste trabalhador, às vezes não recebe equipamentos de proteção individual trabalhando em lugares perigosos podendo indiretamente colocar sua família em risco. Trazendo sentimentos de insatisfação, desvalorização, despreparo refletindo na práxis profissional, ficando vulnerável a doenças e desmotivação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil do ACS mudou em pouco tempo. O desafio está lançado para o SUS e para os gestores para que possam acompanhar preparando, a garantia de fornecer um local adequado de crescimento e reconhecimento valorizando mudanças com incremento nas políticas públicas para este trabalhador, que hoje crítico, mais preparado consciente de si e problemas que o cercam.

Este estudo buscou dados sobre motivos que levaram esse profissional a exercer a profissão de ACS motivos que levaram a dar respostas insatisfatórias, especialmente relacionadas à valorização, à procura de novas alternativas profissional trazendo questionamentos abrindo espaço a novas questões, devendo considerar uma reconfiguração nas relações de trabalho do ACS.

Permanecer como ACS, garantindo que cumpram a proposta do SUS, depende da valorização deste aliado a um espaço respeitado da equipe da qual faz parte, onde falta incentivo reconhecimento de sua capacidade profissional.

REFERÊNCIAS

1. SAKATA, K. N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe da saúde da família.** Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem Ribeirão Preto. 2009
2. BRASIL. **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006.** Dispõe sobre a aprovação 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 de Agentes Comunitários de saúde (PACS). Ministério da Saúde, 28 mar. 2006.
3. SANTOS, Karina Tonini dos et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011.
4. LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; CRESTANA, Maria Fazanelli; CORNETTA, Vitória Kedy. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na

avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRU", São Paulo - 2002. **Saude soc.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 68-75, dec. 2003.

5. LIMA, Jacob Carlos; COCKELL, Fernanda Flávia. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 481-502, 2008.

6. SANTOS MR. Agente Comunitário De Saúde: Perfil Social X Perfil Profissional. **Revista Aps**, v. 7, n.2, p. 125; 2004.

7. GOMES, Karine de Oliveira et al . A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-755, Dec. 2009

8. SALIBA, NA et al. Agente Comunitário De Saúde: Perfil E Protagonismo Na Consolidação Da Atenção Primária À Saúde. **Cad. Saúde Colet.** v.19, n. 3, p. 318-26, 2011

9. AVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, jan. 2011.

10. BARROS, D.F. **Avaliação da Formação dos Agentes Comunitários De Saúde no Brasil**. Universidade De Brasília. 2006

11. SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. Agente Comunitário De Saúde: O Ser, O Saber, O Fazer. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p. 1678-4464

12. MOTA RRA, DAVID HMSL. A Crescente escolarização do Agente Comunitário de saúde: Uma Indução do processo de trabalho? **Trab. Educ. Saude**. v. 8, n. 2, p. 229-248, 2010.

13. GOMES, Karine de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, Dec. 2010.

14. LIMA, Jacob Carlos; MOURA, Maria do Carmo. Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. **Soc. estado.**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, abr. 2005.

15. LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo que fala. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 20, p. 517-524, Dec. 2006.

16. LEFREVE, F; LEFREVE, A.M.C; TEIXEIRA, J.J.V. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. **Educs**, v. 1, p. 11-35, 2000

17. FIGUEIREDO AZM, CHIARI MB, GOULARD GNB. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução a ferramenta de pesquisa quali quantitativa. **Revista Comunicação**, v. 25, n. 1, p. 129-136, 2003.
18. FOGAÇA, C.A. **Educação profissional em saúde**: A formação do agente comunitária de saúde de Santa Cecília e São Cristóvão do Sul –SC. Lages/SC. Uniplac, 2011
19. SANTANA JCB, et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. **Cogitare enferm**, v. 14, n. 4, p. 645-52, 2009.
20. MARZARI, Carla Kowalski; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 873-880, 2011.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009
22. FREIRE, Paulo. Educação como prática da liberdade. **Brás. Educ.** v. 14, n.4, p. 645-52, 2005;
23. SILVA, M.H.; SANTOS, M. R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte de juiz de fora. **Revista APS**. v. 8, n. 2, p. 109-117, 2003.

Artigo recebido em: 22/05/2017

Artigo aprovado em: 11/12/2017

Artigo publicado em: 20/12/2017