



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
SAILIN VIEIRA THOMAZ**

SENTIDOS DO TRABALHO PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Palhoça
2012

SAILIN VIEIRA THOMAZ

SENTIDOS DO TRABALHO PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Psicólogo.

Orientador: Prof. Carolina Bunn Bartilotti, Dr^a

**Palhoça
2012**

AGRADECIMENTOS

É com imensa alegria que finalizo mais uma etapa de minha vida e para que esse sonho se tornasse uma realidade contei com pessoas maravilhosas que passaram em meu caminho, algumas para me ensinar, outras para me apoiar e outras ainda com quem ri, chorei e amei.

Primeiramente agradeço a Deus, o autor de minha vida, a Ele toda honra e toda glória, sempre! Agradeço aos meus pais que com muito carinho, dedicação e luta me apoiaram nessa jornada. Recordo com muita alegria os momentos em que discuti e refleti junto à minha mãe, sobre a psicologia enquanto ciência e profissão, ela foi a primeira psicóloga que conheci e com quem aprendi a amar essa profissão.

Meu agradecimento também vai para aquele que me apoiou em grande parte da minha jornada, meu marido querido. Amor, obrigada pela paciência, pela compreensão quando necessitei você contribui muito para que esse trabalho se tornasse uma realidade.

Não poderia deixar de agradecer aos mestres que tive durante esse processo de aprendizagem. Professora Carol, sua forma de ensinar, suas palavras de encorajamento, sua sabedoria foram cruciais na minha formação enquanto pesquisadora. Professora Juliane, obrigada pelas suas orientações e pela confiança em mim depositada como sua monitora de Metodologia da Pesquisa, essa experiência fez diferença na execução de minha pesquisa. Agradeço ao professor Vanderlei que desde o início se mostrou pronto a me auxiliar quanto às dúvidas que surgiram no decorrer do processo. Suas contribuições, professor, foram valiosas para meu estudo, obrigada! À professora Alessandra, meu muito obrigado, por ser minha professora, exemplo de profissional e amiga. Ale, obrigada por me auxiliar em meu processo de aprendizagem e depositar em mim tanta confiança!

Não posso deixar de mencionar meus sinceros agradecimentos a três pessoas que foram fundamentais na coleta de dados dessa pesquisa. Meus queridos amigos Camila, Elizete e Welton. Vocês foram ótimos! São poucas as pessoas que podemos de fato contar quando necessitamos e posso dizer com todo coração que vocês fazem parte dessa minoria. Obrigada!

E para finalizar, quero agradecer às minhas amigas, companheiras, irmãs! Queridas, todas vocês que estiveram comigo durante esse último ano (Joyce,

Carmen, Gabi, Camilla, Roberta, Lina, Elaine, Suellen, Nélida), que participaram de minhas alegrias, tristezas deixo com vocês a seguinte mensagem:

“Amigo é coisa para se guardar, no lado esquerdo do peito
Mesmo que o tempo e a distância digam "não", mesmo esquecendo a canção
O que importa é ouvir, a voz que vem do coração.

Pois seja o que vier, venha o que vier, qualquer dia, amigo, eu volto
A te encontrar, qualquer dia, amigo, a gente vai se encontrar”.

RESUMO

A presente pesquisa refere-se aos sentidos do trabalho para agentes comunitários de saúde e tem como objetivo caracterizar os sentidos atribuídos por agentes comunitários de saúde ao trabalho que desenvolvem no Município de Palhoça. Este trabalho é classificado como pesquisa exploratória e quantitativa, cujo delineamento é o de levantamento. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário misto, contendo 19 perguntas o qual foi aplicado em 103 agentes comunitários de saúde do município de Palhoça a fim de alcançar o objetivo proposto para essa pesquisa. Os dados coletados foram analisados a luz da estatística descritiva e relacionados com o referencial teórico presente. Ao fim deste processo constatou-se que os sentidos do trabalho para a maior parte dos agentes comunitários de saúde pesquisados são atravessados pela lógica do modelo de produção vigente, em que se trabalha para aquisição de capital financeiro, sendo que para pouco menos da metade destes o trabalho está atrelado a gostar da profissão de ACS. Ainda se observou que metade dos sujeitos pesquisados além de trabalhar por dinheiro também percebe sua profissão como uma importante estratégia do SUS para auxiliar no alcance da saúde como um direito de todos. No que se refere ao cotidiano de trabalho do ACS de Palhoça pode-se constatar que este é permeado por dificultadores e facilitadores. Por dificultadores cabe destacar o salário e o ambiente de trabalho de agente comunitário de saúde. Já no que se refere aos facilitadores ficou evidente a proximidade do local de trabalho e o reconhecimento do trabalho do ACS pela comunidade. Também foram identificadas necessidades de treinamento e capacitações de forma contínua para estes profissionais. Ainda observou-se que embora o trabalho do ACS seja atravessado por dificuldades, o seu trabalho está mais permeado de sentimentos de alegria, satisfação e realização do que frustração, tristeza, medo e raiva. Vale destacar ainda que a maior parte dos pesquisados compreende o conceito de saúde como um completo bem estar físico mental e social, ou seja, da mesma forma que o conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde. Esta pesquisa ainda apontou a importância de novos estudos sobre a percepção da comunidade e da equipe de

saúde acerca do trabalho desenvolvido pelo agente comunitário de saúde, e os impactos de tais percepções no trabalho destes profissionais, de modo a propor intervenções que possibilitem uma ressignificação da função do agente comunitário de saúde, a qual se percebeu nesta pesquisa que carece de um esclarecimento sobre profissão de ACS frente à comunidade e à equipe de saúde.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Trabalho e sentidos do trabalho. Atenção Básica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos participantes.....	52
Tabela 2: Motivos pelo qual os participantes trabalham.....	55
Tabela 3: Motivos acerca da escolha da profissão.....	57
Tabela 4: O reconhecimento do trabalho do ACS.....	65
Tabela 5: A percepção do ACS acerca de sua atuação.....	67
Tabela 6: Atividades realizadas pelo ACS.....	68
Tabela 7: A Frequência com que o ACS transmite as informações da comunidade para a equipe de saúde.....	70
Tabela 8: A percepção dos ACS sobre as atribuições do agente comunitário de saúde.....	76
Tabela 9: A percepção do agente comunitário de saúde acerca da função do ACS.....	78
Tabela 10: Afetos relacionados ao trabalho do ACS.....	81
Tabela 11: O agente comunitário de saúde e a prática de informar a comunidade sobre os seus direitos como usuários do SUS.....	84
Tabela 12: A frequência da contribuição do trabalho do ACS para a saúde da comunidade.....	85
Tabela 13: O que pensa o ACS sobre saúde.....	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perguntas relacionadas aos objetivos específicos.....	49
Quadro 2: Categorização das respostas abertas dos sujeitos que responderam “sempre” ao item “seu trabalho como ACS realmente contribui para a saúde da comunidade?”.....	86
Quadro 3: Categorização das respostas abertas dos sujeitos que responderam “geralmente” ao item “seu trabalho como ACS realmente contribui para a saúde da comunidade?”	87
Quadro 4: Categorização das respostas abertas dos sujeitos que responderam “às vezes” ao item “seu trabalho como ACS realmente contribui para a saúde da comunidade?”	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Motivos para a permanência e saída da profissão de ACS.....	59
Figura 2: Dificultadores e Facilitadores do trabalho do ACS.....	71
Figura 3: Treinamentos e capacitações.....	73

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMESC - Associação dos Municípios Extremos do Sul Catarinense
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Previdência
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNS – Conferência Nacional de Saúde
ESF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Previdência
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
SC – Santa Catarina
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA.....	14
1.2 OBJETIVOS.....	19
1.2.1 Objetivo geral	20
1.2.2 Objetivos específico	20
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 TRABALHO E SENTIDOS DO TRABALHO.....	21
2.1.2 Alienação e sofrimento no trabalho	27
2.2 O CONCEITO DE SAÚDE E SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	30
2.2.2 Do sanitarismo à construção do SUS: a evolução do sistema de saúde no Brasil	33
2.2.3 O Surgimento do SUS	37
2.2.4 Atenção básica e o Agente Comunitário de Saúde	39
3 MÉTODO	47
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	47
3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E PROCEDIMENTO DE CONTATO COM OS MESMOS.....	48
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA.....	49
3.4 LOCAL E PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	50
3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	52
4.1 MOTIVAÇÕES PELA ESCOLHA DO TRABALHO DE ACS, PELA PERMANÊNCIA E SAÍDA DESSE TRABALHO.....	54
4.2 O COTIDIANO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	64
4.3 A PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOBRE ACERCA DA FUNÇÃO DE ACS.....	76

4.4 AFETOS RELACIONADOS AO TRABALHO DE ACS.....	81
4.5 O VALOR ATRIBUÍDO PELO ACS AO TRABALHO QUE DESENVOLVE.....	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICE.....	104
APÊNDICE A.....	105
ANEXO.....	109
ANEXO A.....	110

1 INTRODUÇÃO

O curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) tem como objetivo integrar ensino, pesquisa e extensão. Assim, o curso de Psicologia prepara seus alunos desde a primeira até a décima fase na perspectiva de integrar teoria e prática, contando para isso com os estágios obrigatórios e a produção científica dentro do campo de estágio escolhido pelo estudante como pré-requisito para sua graduação.

É com base nesta perspectiva que a presente pesquisa, a qual se constitui como Trabalho de Conclusão de Curso, foi realizada no campo de estágio do Núcleo Orientado Psicologia e Trabalho Humano e visou produzir conhecimento científico acerca dos sentidos atribuídos por Agentes Comunitários de Saúde ao trabalho que desenvolvem no município de Palhoça.

Faz parte do presente estudo além da problematização e objetivos da pesquisa, os quais se encontram no primeiro capítulo desse estudo, a fundamentação teórica, a qual está no segundo capítulo e conta com temas referentes ao que é trabalho e sentidos do trabalho, histórico do conceito de saúde e doença, histórico da saúde pública no Brasil que perpassa o Sistema Único de Saúde (SUS), a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No terceiro capítulo, será delineado o método utilizado para a realização da pesquisa e no quarto capítulo serão apresentados e discutidos os dados obtidos na mesma. E para finalizar, o quinto capítulo, contempla as considerações finais deste estudo. Tal divisão visa facilitar o processo de leitura deste estudo e possibilitar ao leitor a compreensão de seus propósitos.

1.1 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

Sob lutas e movimentos sociais, originou-se no ano de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como política unificar a saúde em todo território brasileiro. O SUS é responsável pelo atendimento de toda a população do Brasil seguindo os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, promovendo um controle de caráter público de suas ações as quais devem ser únicas, integrais e universais (KUJAWA et al, 2003). Dentro desse sistema está o Agente Comunitário de Saúde (ACS) o qual visa desenvolver atividades educativas de prevenção e promoção da saúde mediante ações coletivas ou individuais, domiciliares ou comunitárias (BRASILIA, 2006).

A figura do Agente Comunitário de Saúde surgiu no ano de 1978, na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, a mesma objetivou a implantação de Programas de Atenção Primária em diversos países. A contribuição do ACS para a execução de tais programas aparecem no relatório final da conferência relacionando o trabalho desses com ações e competências que deveriam fazer parte dos cuidados primários em saúde, visto como o primeiro nível da organização do sistema de saúde (SANTOS; FRACOLLI, 2010).

No ano de 1979, segundo Santos e Fracolli (2010), um grupo composto de 400 Agentes Comunitários de Saúde começou a atuar no Estado do Maranhão e, no ano de 1987 surgiu o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará. Tal programa visou dois objetivos principais: combater a mortalidade infantil e dar emprego às mulheres, as quais sofriam em áreas de seca, dando prioridade assim às ações na área da saúde da criança e da mulher. Essa estratégia repercutiu de tal forma que em apenas três anos, passou a fazer parte, nos mesmos moldes, do Ministério da Saúde. Ainda no estado do Ceará se deu início ao Programa Saúde da Família (PSF), o qual é entendido como uma estratégia de organização da atenção básica da saúde no Brasil (SILVA; DALMASO, 2002). Tal programa foi acoplado ao Ministério da Saúde no ano de 1994, e a partir do mesmo ano o programa de agentes comunitários de saúde passou a fazer parte do PSF. Entretanto, a profissão de ACS passou a existir por lei na data de 10/07/2002, sendo

regulamentada pelo Decreto 3.189 de 04/10/99 o qual fixou as diretrizes para o exercício da atividade (BRASÍLIA, 1999).

Muito embora o PACS e o PSF tenham surgido em áreas marginalizadas, devem ser entendidos como uma estratégia que visa promover atenção básica em saúde para toda a população atendendo aos princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS. Por integralidade entende-se que as ações propostas abarquem as necessidades peculiares de cada cidadão, possibilitando que o mesmo venha a ser assistido em suas diferentes necessidades. Quanto à universalidade, compreende-se que a saúde é um direito de todos e compete ao Estado por meio de ações e estratégias garantir tal direito. Em relação à equidade, busca-se diminuir as diferenças sociais e regionais existentes em nosso país por meio de ações e dos serviços de saúde (BRASILIA, 2000).

O trabalho do ACS dentro do PSF é o de fazer uma leitura das necessidades, das demandas de sua comunidade, já que um dos critérios para o exercício dessa profissão é residir no bairro de atuação. Assim, quanto ao perfil e delimitação do papel profissional, espera-se que o ACS:

Tenha bom relacionamento com a comunidade local (aceitação), saiba trabalhar as questões relacionadas a preconceitos, sigilo e ética profissional, tenha facilidade de comunicação, que consiga se integrar à equipe interdisciplinar no processo de Vigilância à Saúde, capacidade de organizar-se, planejar e priorizar ações, de modo a realizar a cobertura sistemática da área (uma visita domiciliar por família/mês), e acompanhar os grupos de risco – individuais e coletivos – notificando a equipe, mediante problemas identificados, além de integrar-se à realização do diagnóstico local para controle do perfil de morbimortalidade (MARTINES; CHAVES, 2007, p. 428).

De acordo com Schmidt e Neves (2010), o que se idealiza da função do ACS é que o mesmo saiba estabelecer comunicação entre os saberes populares e os saberes científicos que ditam as formas de cuidado, vigilância e controle de enfermidades. Logo, o ACS exerce a função de mediador entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a comunidade, sendo o mobilizador da participação dos usuários nas ações, planos políticos e educativos.

Para que o ACS possa vir a desenvolver de fato suas ações ele e toda a equipe de saúde, necessita de preparo profissional para tal atuação e constante

capacitação. Segundo a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, no artigo VI, é responsabilidade de todas as esferas do governo:

Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários (PORTARIA 2.488/11).

Contudo, nos estudos revisados para essa pesquisa pôde-se perceber que em muitas equipes de PSF o trabalho do ACS parece ser limitado pela falta de qualificação profissional, pois como afirma Tomas (2002) os treinamentos ofertados muitas vezes são fragmentados e realizados de forma descontextualizada. Diante do despreparo profissional, pode surgir no ACS uma ansiedade relacionada à sua atuação entre a vigilância e o cuidado de enfermidades e, por outro lado, a promoção e qualidade de vida da população assistida. Para, além disso, as dificuldades oriundas da não definição de uma tecnologia adequada às necessidades e finalidades do trabalho exercido pelo ACS parecem contribuir para o aumento da ansiedade referida (SILVA; DALMASO, 2002).

Sobre as atribuições do ACS, Tomas (2002) afirma não haver uma clara delimitação das atribuições do ACS, assim, o papel desse profissional tem sido alvo de distorções, sobrecarregando o mesmo. Um estudo realizado por Santos e Fracolli (2010) vem ao encontro dessa afirmação, já que o resultado do estudo mostrou que apenas 12% do grupo de ACS entrevistado referiu discutir com a equipe as necessidades encontradas na comunidade. O estudo de Cardoso e Nascimento (2008) também apontou que dentre os interlocutores que mais influenciam o trabalho do ACS estão as instituições de saúde (Ministério da Saúde, Sistema Municipal de Saúde) por outro lado, as vozes da comunidade parecem exercer pouca ou nenhuma influência, sendo que é dever do ACS mapear as necessidades da comunidade e servir de ponte entre a mesma e a Unidade Básica de Saúde.

Segundo Fontoura et al (2004) apud Croccia (2009) às equipes de saúde da família é dada a função de acompanhar as famílias assistidas, entretanto, tal acompanhamento demanda muitas vezes que sejam realizadas ações além da atuação profissional técnica estipulada para a atuação básica no Brasil. O estudo de

Santos e Fracolli (2010) apontou que os ACS pesquisados atuavam na análise de riscos ambientais da comunidade, mas não sociais, fato esse, atribuído pelos pesquisadores ao treinamento disponibilizado ao ACS, o qual não permite que o agente identifique questões sociais. Portanto, pode-se pensar que se vem exigindo desses profissionais intervenções que se encontram em outro âmbito (social, por exemplo) que não necessariamente o da saúde, podendo limitar assim o trabalho de tais profissionais.

Com freqüência há uma desproporção entre as funções propostas para a profissão de ACS e o que este executa na vivência da mesma. Em estudos como o de Silva e Dalmaso (2002), sobre a identidade profissional de agentes comunitários na cidade de São Paulo, puderam-se perceber interessantes dimensões dessa profissão como, por exemplo, as atividades realizadas por esses profissionais. Dentre as atividades desenvolvidas por esses profissionais estão as de controle de riscos (controle da medicação) e de atenção como a marcação de exame.

Da mesma forma a pesquisa de Manoel (2009) identificou dentre as atividades de rotina de um grupo de ACS a liberação de consulta médica, receita para a população e visitas aos enfermos, assim, percebe-se uma falta de clareza da amplitude das atribuições referentes à função de Agente Comunitário de Saúde. Para além disso, em ambas as pesquisas pôde-se perceber uma preocupação excessiva quanto à “produtividade” referente às visitas domiciliares que passam a objetivar a quantidade (quanto mais, melhor) e não a qualidade da visita. Dessa maneira, o tempo destinado para cada família assistida torna-se menor, uma vez que a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (2006) informa que o trabalho das equipes de PSF é pautado em planejamentos e metas, além de ser submetido à avaliação de resultados. Assim, a presente pesquisa busca verificar as atividades desenvolvidas pelo ACS e a partir destes resultados poderá ser pensado em treinamentos e capacitações a serem realizadas com este grupo para que possam vir a exercer de forma efetiva a função para a qual foram designados a desempenhar.

Sabendo que é por meio do trabalho que o indivíduo se hominiza, que mediante o mesmo o sujeito constrói sua identidade (CIAMPA, 1995), pode-se afirmar que o trabalho favorece a realização e satisfação ou sofrimento àquele que o exerce, levando-o ao prazer ou desprazer, satisfação, ou tédio, saúde ou adoecimento (CODO, 1994). Em um estudo de Martines e Chaves (2007), acerca da

vulnerabilidade e do sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, foi possível perceber que para o grupo estudado o trabalho é permeado por sentimentos de frustração, inutilidade, solidão, o que dificulta o alcance do objetivo do trabalho do ACS que é a prevenção e promoção da saúde.

Portanto, contribuir para desvelar quais os sentidos atribuídos por Agentes Comunitários de Saúde ao trabalho que desenvolvem se faz importante uma vez que o trabalho realizado de forma alienada (trabalhador separado de si, cingido), poderá trazer prejuízos à saúde de quem o executa além de repercutir na população assistida por esse profissional. Uma vez que as atribuições da profissão de Agente Comunitário de Saúde, segundo a lei nº 11.350, de 2006 são: “o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS” quando o trabalho desenvolvido pelo ACS não corresponde às exigências da função, poderá não atingir o propósito pelo qual a profissão de ACS foi criada e regulamentada. Assim, tal pesquisa vem contribuir para que o exercício da função Agente Comunitário de Saúde no Município de Palhoça possa ser refletido possibilitando a efetivação do mesmo, de tal forma que seja possível a prevenção e a promoção de saúde nas comunidades assistidas.

A fim de investigar melhor o tema proposto, foi realizada uma revisão de literatura em diversas bases de dados como: SCIELO, onde foram encontrados 64 artigos sobre o agente comunitário de saúde, desses artigos foi possível encontrar 54 publicados por profissionais da área da enfermagem e apenas 04 da área de psicologia. Na base de dados PEPSI foram recuperados 06 artigos na área da psicologia, enquanto que no site LILACS foram encontrados 179 artigos acerca do profissional agente comunitário de saúde e desse número apenas 06 eram da área da psicologia.

Os estudos encontrados fazem, em sua maior parte, referência à prática do agente comunitário de saúde, a sua relação com a equipe de trabalho e com a comunidade, como a pesquisa de Santos e Fracolli (2010), Schmidt e Neves (2010), Pereira (2009), Barros, Barbieri, Ivo e Silva (2010), Figueiredo (2008), Cardoso e Nascimento (2008), Lunardelo (2004). Outros estudos ainda problematizam questões mais pontuais como o estudo de Gabardo, Junges e Selli (2009) a respeito dos novos arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do programa saúde da família; o estudo de Silva e Cardoso (2008) sobre agentes

comunitários de saúde e os sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS; e a pesquisa de Lopes e Souza (2010) acerca do Portador de Transtorno Mental no cotidiano do trabalho de agentes comunitários de saúde. Contudo, quanto à pesquisas que se aproximam do tema em questão foi encontrada apenas uma e na área da medicina. A pesquisa referida é de Croccia (2009) cujo objetivo foi analisar o lugar e o significado de ser ACS. Diante do exposto, a presente pesquisa visa, a partir da perspectiva da psicologia do trabalho humano, ampliar o conhecimento que se tem a respeito dos sentidos atribuídos por agentes comunitários de saúde ao trabalho que esses desenvolvem.

Assim, surge a necessidade de saber se o agente comunitário de saúde tem consciência do que é o SUS. E mais, será que ele tem noção da relevância do seu trabalho enquanto disseminador da saúde como direito de todos? Frente a isso, se faz necessário questionar qual a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde acerca do trabalho desenvolvido no Município de Palhoça? O ACS de Palhoça sabe quais são as atribuições da função Agente Comunitário de Saúde? Quais são as atividades desenvolvidas por eles? Dessa forma, tais interrogações podem tecer aproximações entre a saúde pública e Psicologia do Trabalho Humano, a qual procura possibilitar outras formas de trabalho, que não a alienante, a qual é capaz de levar ao adoecimento aquele que a exerce.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Caracterizar os sentidos atribuídos por agentes comunitários de saúde ao trabalho que desenvolvem no Município de Palhoça.

1.2.2 Objetivos específicos:

a) Verificar os motivos de entrada, permanência e saída dos Agentes Comunitários de Saúde na profissão de ACS;

b) Descrever o cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde;

c) Verificar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da função de ACS;

d) Identificar os afetos relacionados ao trabalho que desenvolve;

e) Verificar o valor atribuído pelo Agente Comunitário de Saúde ao trabalho que desenvolve.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Serão expostos a seguir os capítulos que fundamentam teoricamente a presente pesquisa. A mesma é composta de dois capítulos, a saber: trabalho e sentidos do trabalho, e conceito de saúde e sistemas de saúde no Brasil. O primeiro capítulo foi dividido em um subcapítulo: alienação e sofrimento no trabalho, já o segundo capítulo recebeu a seguinte subdivisão: do sanitarismo à construção do SUS: a evolução do sistema de saúde no Brasil, o surgimento do SUS; Atenção básica e o Agente Comunitário de Saúde.

2.1 TRABALHO E SENTIDOS DO TRABALHO

O trabalho, segundo Aranha (1997), Codo (1994) e Albornoz (1994) é uma invenção do homem, seja esse visto como algo realizador ou como fardo e obrigação. É por meio do trabalho que o homem constrói sua história, pois além de aprender com as gerações passadas, ainda cria, muda e adapta certas práticas. Ao contrário dos animais, como a formiga, por exemplo, que constrói seu formigueiro, sua habitação, o homem é capaz de imaginar a sua morada antes mesmo dessa ter sido construída. Sobre isso, Marx (1983) faz a seguinte colocação:

Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colméias. 'Mas, o que distingue de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera' (MARX, 1983, p.149).

Assim, o homem transforma a natureza pelo trabalho e, não somente isso, ao mesmo tempo em que o homem cria, produz, torna-se humano, igualando-se e diferenciando-se do outro, o homem "transforma o outro e é transformado por ele" (CODO, 1994, p.12).

Antunes (1995, p.121) elucida que a produção e a reprodução da existência humana se efetiva pelo trabalho. O homem como um ser social desenvolve o trabalho mediante “os laços de cooperação social existentes no processo de produção material”. Sendo assim, é mediante o trabalho que o homem torna-se um ser social, o mesmo é condição para sua existência e para sua humanização.

Faz-se importante destacar a diferença existente entre a palavra trabalho e atividade. Codo (1994) elucida que a palavra trabalho está ligada a um produto enquanto a palavra atividade, segundo Vasquez (1977, apud CODO, 1994, p.87), denota ação, cujo ato ou conjunto de atos modifica a matéria exterior ou que é “imaneente ao agente”. Assim, o trabalho humano demanda atividade, porém, nem toda atividade humana é trabalho.

Mas o que é trabalho? Segundo Albornoz (1994) na maioria das línguas de origem européia trabalhar possui mais de um significado. No grego, por exemplo, há uma palavra específica para esforço e outra para fabricação; em francês há diferença entre obrar e trabalhar; já no inglês há uma distinção entre Work (trabalho) e Labor (labor), sendo que no primeiro está a idéia de criar algo e por outro lado o segundo apresenta a idéia de esforço e cansaço. Em português a palavra “trabalho” também carrega dois significados; segundo o dicionário Priberam (S/D) essa palavra é uma derivação do ato de trabalhar e pode significar “[...] fazer ou preparar algo para determinado fim, causar preocupação ou aflição [...]”. No Dicionário de Sociologia (1993, p. 775) trabalho “refere-se aos métodos e procedimentos humanos pelos quais o trabalho humano, utilizando ferramentas ou instrumentos de produção, transforma as matérias primas em produtos úteis [...]”, já no Dicionário de Psicologia (2010, p. 967) trabalho é “qualquer atividade física, mental ou emocional dirigida à realização de uma tarefa ou à transformação de insumos na forma de materiais físicos, informação e outros recursos em bens ou serviços”. No Dicionário de Filosofia (2000, p.964), trabalho é “atividade cujo fim é utilizar as coisas naturais ou modificar o ambiente e satisfazer às necessidades humanas [...]”. Pode-se perceber assim nas quatro definições, uma semelhança no que diz respeito à ideia do esforço humano para criar e transformar a matéria prima, na definição da psicologia, porém, há um componente diferente das demais no tocante a ampliação desse esforço humano, podendo este ser físico mental ou emocional.

Ademais da conotação de atividade e esforço, trabalho também está ligado à dificuldade e incômodo, como aponta o Dicionário Priberam (S/D). Tal ligação ocorre porque a palavra trabalho tem sua origem no latim, *tripalium* que era um “instrumento formado por três estacas para manter presos bois ou cavalos difíceis de ferrar, [...] no qual os agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los” (ALBORNOZ, 1994 p.16).

Vasquez (1994 apud CODO, 1994, p.87) afirma que “trabalho é atividade humana, governada pela consciência, ou seja, por fins idealmente postos antes da execução propriamente dita”. Segundo Lukács (S/D, apud LESSA, 2002) trabalho é a atividade humana capaz de transformar a natureza em bens necessários à reprodução social. Assim, pode-se dizer que trabalho é uma atividade exclusiva do homem não podendo haver existência social sem trabalho (ANTUNES, 1995; LESSA, 2002).

Todo trabalho se supõe que tenha uma direção, um fim e quanto mais clara forem as intenções daquele que o executa, o fruto de seu esforço se tornará mais nítido, sendo assim se almeja algo e se empenha esforços para alcançá-lo. Segundo Marx (1983), o trabalho produz cultura, a qual diferencia o trabalho humano daquele realizado pelos animais. É característica do homem, projetar, conceber o trabalho antes de realizá-lo e poder modificá-lo antes de seu produto final. Portanto, pode-se dizer que a intenção e a consciência é o que distingue nosso trabalho daquele que é realizado pelos animais (ALBORNOZ, 1994; MARX, 1983). Assim, a capacidade de trabalho é ao mesmo tempo uma característica e uma condição humana cujo resultado é a formação das relações sociais, familiares, políticas, econômicas e com a natureza (MARX, 1983).

Mészáros (1995 apud ANTUNES, 1999) afirma que os seres humanos são parte da natureza, necessitam realizar intercâmbio com a mesma a fim de suprir suas necessidades e são regulados por um comportamento determinado instintivamente pela natureza. O impulso de se obter algo, afirma Giannotti (1984), está relacionado a alguma carência do organismo, algo que ele necessita. Tais características definem as mediações de primeira ordem que o ser humano estabelece, onde o valor de uso (ato de depositar significado humano à natureza e assim construir um significado individual) e a necessidade exercem uma função reguladora básica. Assim, as mediações de primeira ordem têm o propósito de

preservar as funções vitais da reprodução individual e societal, tendo as seguintes características definidoras:

- Como parte da natureza os seres humanos devem realizar suas necessidades básicas através do intercâmbio contínuo com a natureza;
- Os seres humanos são constituídos de tal maneira que não sobreviveriam como indivíduos da espécie à qual fazem parte se não tivessem mediações para o intercâmbio com a natureza.

Entretanto, Antunes (1999) elucida que as mediações de primeira ordem têm sido sobrepujadas por outras, de segunda ordem, as quais introduzem elementos alienantes e fetichizadores de controle social que se concretiza na lógica do capitalismo. No capitalismo a finalidade é a expansão do valor de troca (trabalho como mercadoria) sendo que para tal é preciso que todos os demais (necessidades, atividades de produção, materiais e culturais) sejam subordinados ao sistema capitalista. O produto do trabalho logo desaparece caindo no consumo e satisfazendo uma carência, imposta na maioria das vezes pelo sistema, dando início dessa maneira a um novo ciclo de desejo e consumo. Dessa maneira, nota-se que o principal objetivo do capitalismo é subordinar o valor de uso (necessidades humanas) à reprodução do valor de troca.

Segundo Mézaros, (1995 apud ANTUNES, 1999, p.21; 22) há condições necessárias para que as mediações de segunda ordem possam existir, a saber:

- “A separação e alienação entre trabalhador e os meios de produção;
- A imposição das condições objetivadas e alienadas sobre os trabalhadores;
- A personificação do capital como um valor egoísta voltada para o atendimento dos imperativos expansionistas do capital;
- A personificação dos operários como trabalho, a qual reduz a identidade do sujeito desse trabalho a suas funções produtivas fragmentadas”.

Assim, percebe-se que mediante o sistema capitalista o sentido do trabalho está na expansão e acumulação de capital, sendo assim o trabalho antes

realizador é deturpado e degradado, objetivando apenas a subsistência do indivíduo (ANTUNES, 1995).

Para Marx (1983) o grande problema do sistema capitalista é que o produto do trabalho não pertence àquele que o produziu, assim, a característica marcante desse sistema é a divisão social do trabalho e a apropriação dos resultados do trabalho por outro que não é o trabalhador. Tal divisão remete o trabalhador a uma “repetição contínua da mesma ação limitada e a concentração nela da atenção do trabalhador ensinam-no, conforme indica a experiência, a atingir o efeito útil desejado com um mínimo de esforço” (ARANHA, 1997, p. 394). Dessa maneira, percebe-se que o trabalhador não é quem decide o que fazer, como fazer e quanto fazer. Assim, produto e produtor se encontram separados (ALBORNOZ, 1994; MARX, 2003) e os significados reais do trabalho, afirma Codo (1994, p. 100), “se escondem e não são revelados ao primeiro olhar, dependem de uma análise rigorosa, exaustiva, onde são necessárias observações do cotidiano, as representações do trabalhador, os desígnios da empresa”.

Falar de sentido dentro do trabalho remete-nos a falar de sentido fora do mesmo. Antunes (1999) afirma não ser possível conceber uma vida desprovida de sentido no trabalho, porém cheia de sentido fora do mesmo, pois ambas estão relacionadas. Sabendo que o sistema capitalista envolve outras esferas da vida, torna-se imprescindível interrelacionar a ação pelo tempo livre com a luta contra a lógica do capital. E que lógica é essa? O capital não se preocupa com a duração da força de trabalho que pode ser colocada em atividade, suga-se ao máximo a força necessária para o desempenho de determinado trabalho, que já não restam mais forças a serem empregadas em estudo, desenvolvimento ou ao convívio social (MARX, 2003). Para Marx (2003) quando o homem social regula e controla o intercâmbio com a natureza não permitindo que o mesmo seja a força que o domina o homem acaba por efetuar tal intercâmbio com menor dispêndio de energia podendo aplicar o restante da mesma em outras atividades que não o trabalho, aflorando assim uma vida dotada de sentido fora do trabalho.

Marx (2003) afirma que é preciso que a jornada de trabalho seja modificada, pois a mesma é condição preliminar para uma vida emancipada. Entretanto, quando se fala de redução de jornada de trabalho não significa necessariamente diminuir o tempo de trabalho, pois mesmo que um trabalho seja reduzido a uma quantidade de horas inferior ao que era, se essa redução exigir uma

duplicação da intensidade das atividades anteriormente realizadas tal redução de nada vale. Assim, lutar pela redução do tempo de trabalho implica em lutar também pelo controle e redução do tempo opressivo de trabalho. Dessa forma, uma vida cheia de sentido em todas as esferas do ser humano somente tornar-se-á uma realidade quando for possível quebrar as barreiras entre tempo de trabalho e tempo de não trabalho. Logo, “se o trabalho torna-se dotado de sentido, será também por meio da arte [...] que o ser social poderá humanizar-se e emancipar-se em seu sentido mais profundo” (ANTUNES, 1999, p.177).

Antunes (1999) ainda elucida a necessidade de um novo sistema de metabolismo social, ou seja, de um novo modelo de produção não mais capaz de “converter o tempo livre em tempo de consumo para o capital” (ANTUNES, 1999, p. 178) onde o indivíduo cai num consumo coisificado e fetichizante, desprovido de sentido. É preciso um sistema de metabolismo baseado na recuperação de uma lógica societal voltada para o atendimento das necessidades humano-sociais e na conversão do trabalho em atividade livre, com base no tempo disponível. Os princípios a seguir, segundo Antunes (1999, p.180; 181) são constitutivos desse novo sistema:

- O sentido da sociedade deve ser exclusivamente atender as efetivas necessidades humanas e sociais e não mais a autovalorização do capital;
- O exercício do trabalho deve se tornar o mesmo que autoatividade, atividade livre, embasados no tempo disponível, quebrando a dicotomia entre tempo de trabalho necessário para a reprodução societal e tempo de trabalho excedente para a reprodução de capital.

Em tal forma societal as mediações de segunda ordem são superadas, surge a associação livre entre trabalhadores e trabalhadoras, ou seja, sua autoatividade, sua autonomia plena e seu domínio sobre o ato laborativo. O domínio autônomo e eficaz da esfera do trabalho encontra seu desfecho na esfera livre e autônoma da vida fora do trabalho, onde o tempo livre se torna eficaz e real. Assim, o tempo disponível será utilizado para realizar atividades autodeterminadas e autônomas resgatando, dessa maneira, o verdadeiro sentido estruturante do trabalho (trabalho reestruturando o ser social) contra o sentido desestruturante do trabalho abstrato do capital (trabalho assalariado dando sentido ao capital). Logo, o

trabalho autodeterminado, capaz de tornar sem sentido o capital, possibilitará o surgimento de uma subjetividade autêntica capaz de dar um novo sentido ao trabalho (ANTUNES, 1999).

2.1.2 Alienação e sofrimento no trabalho

Por muito tempo a palavra alienação foi usada para nomear a pessoa em sofrimento psíquico, o louco, aquele que se encontrava separado de sua razão, cingido, sendo assim, tal pessoa perdia o direito à liberdade, à cidadania e era destinada ao confinamento como forma de tratamento. (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Sob a ótica do trabalho humano, afirma Codo (1994, p. 9), o homem alienado é aquele desprovido de si mesmo, pois embora o homem se veja como um “ser único e indivisível, a alienação explode essa individualidade, através dela o homem é só negação”. O processo de alienação produz um duplo afastamento do trabalhador. Esse afastamento ocorre na esfera pessoal, já que o trabalhador se vê impossibilitado de usufruir de sua capacidade de raciocinar sobre seu trabalho, e na esfera política, pois, é vetada a detenção dos meios de produção. Dessa forma, o homem, que se hominiza pelo trabalho, que se constrói por ele, a si mesmo se nega. Tal negação ocorre já que o homem produz, mas não domina a técnica de produção; realiza um trabalho, mas o produto desse não lhe pertence; logo, o trabalho que insere o indivíduo na história, que hominiza o mesmo, também o impede de tecer relações com o outro e, como diz Codo (1994 p.19) “usurpa o que temos de humano”.

Um dos resultados da forma de trabalho na sociedade capitalista é a desrealização do homem como ser social. O produto do seu trabalho surge como algo estranho e alheio ao produtor. Pode-se dizer que sob a lógica do capitalismo o trabalhador repudia seu trabalho, não encontra satisfação, o considera aviltante e degradante, seu trabalho passa a não ser voluntário, mas forçado. Portanto, o trabalho como uma ação necessária e verdadeira desaparece e em seu lugar surge a obrigação de realizá-lo por uma necessidade extrínseca e não mais interna e vital (ANTUNES, 1995).

Uma vez que o trabalho é o que permite a sobrevivência do homem e também dá sentido a sua existência, esse será aquilo que o trabalho for (CODO, 1994). Assim, quando o produtor se divorcia do seu produto ocorre um fenômeno comparado à morte que poderá ser física, psicológica ou social. Dejours (1994) vem ao encontro dessa afirmação, pois refere que o trabalho poderá trazer benefícios ou prejuízos à saúde do homem, podendo sobrecarregar-lhe o aparelho psíquico se o mesmo não permitir uma diminuição da energia desse aparelho. Tal carga de energia advém do “confronto do desejo do trabalhador à injunção do empregador, contida na organização do trabalho” (p.28), organização essa que se dá pela vontade de outro, que divide o trabalho e o reparte entre os trabalhadores ocasionando tensão, desprazer e fadiga. Contudo, um trabalho realizado de forma livre, criadora, oferece uma descarga necessária de energia do aparelho psíquico, podendo se tornar um meio de relaxamento e prazer (DEJOURS, 2000).

Em um estudo realizado por Martines e Chaves (2006) acerca da vulnerabilidade e do sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde foi possível constatar que para o grupo estudado o trabalho é permeado por sentimentos de frustração, inutilidade, solidão, como se não fosse possível alcançar o objetivo que o trabalho do ACS se propõe (prevenção e promoção da saúde) já que lhe faltam habilidades para lidar com os empecilhos que surgem no seu cotidiano de trabalho. As condições de trabalho, afirmam Santos e David (2011) são geradoras de adoecimento psíquico, pois podem aumentar a carga psíquica uma vez que repousa nos profissionais da saúde a responsabilidade de lidar com a vida do outro. Figueiredo (2008) vem ao encontro dessa afirmação, pois pontua que o profissional de saúde ao conviver com pessoas que estão em sofrimento (muitas vezes decorrente do próprio trabalho) e ainda ter que trabalhar por vezes em condições precárias (falta de materiais, falta de preparo) acaba por expor-se ao sofrimento físico e psíquico.

Quando o trabalho, afirma Dejours (2000), é repetitivo e sem significado, surge o sentimento de inutilidade, que remete o sujeito à falta de qualificação e de finalidade do trabalho. Em uma pesquisa realizada por Dejours e Jayet (1991, apud DEJOURS, 1994) com um grupo de trabalhadores de um Centro de Produção Nuclear, constatou-se muitas formas de sofrimento, como: longos períodos de espera (stand – by), falta de convívio social entre os colaboradores (festas, reuniões coletivas), medos de boatos, desânimo, sentimento de não reconhecimento pelo

trabalho realizado, falta de reconhecimento financeiro e tensões entre as equipes de trabalho. Assim, quando o trabalhador não consegue rearranjar sua organização de trabalho afim de que haja investimento afetivo naquilo que faz, surge uma vivência depressiva cuja sensação é a de adormecimento intelectual, paralisia da imaginação e condicionamento do comportamento produtivo (DEJOURS; JAYET, 1991, apud DEJOURS, 1994).

Dejours (1994) diz que os trabalhadores muitas vezes lançam mão de algumas defesas contra o sofrimento. A primeira delas apresentada pelo autor é o desvencilhar-se das responsabilidades (não mais tomar iniciativas), a pessoa também passa a ter desconfiança e tende a interpretar tudo como hostilidade. Outro procedimento é passar por cima do chefe imediato, reportando diretamente ao superior, outra ainda é recusar-se a cumprimentar os colegas, numa tentativa de evitar o conflito passando a se evitar tudo o que poderia gerar o conflito. Outras vezes enfrenta-se o sofrimento de forma silenciosa. Essa é considerada pelo autor como sendo a “individualização máxima do sofrimento, e sinal de que as defesas coletivas não são mais eficazes” (p. 90).

Existem maneiras de se modificar o destino do sofrimento e transformá-lo. Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, afirma Dejours (1994), pode contribuir aumentando a resistência do indivíduo no que se refere ao risco de adoecimento psíquico e somático. Assim, percebe-se que o trabalho funciona como um propulsor da saúde ou um desestabilizador da mesma.

Diante do exposto, faz-se necessário mencionar que o objetivo da reflexão feita acerca do trabalho alienado e possível gerador de sofrimento não condiz com a idéia de abolição do trabalho, mas sim possibilitar que reflexões possam ser feitas acerca de novas formas de trabalho, as quais possibilitem a realização da omlateralidade humana, do livre desenvolvimento das individualidades buscando a emancipação social (ANTUNES, 1995).

2.2 O CONCEITO DE SAÚDE E SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL

Analisar a concepção de saúde e doença remete a momentos históricos que ao longo dos tempos influenciaram e modificaram tais percepções. Segundo Kahhale (2003 p.161) “saúde e doença expressam enfrentamentos dos homens às diversas situações ambientais e socioculturais ao longo dos tempos”. A compreensão de saúde como “bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito” (FALEIROS et al, 2006, p.18) foi construída através de um processo de mudança de concepções e de luta dos movimentos sociais buscando romper com as desigualdades das relações sociais, levando-se em consideração, as diversas culturas e formas de cuidado do ser humano. Assim, entender as diversas concepções pelas quais a saúde foi permeada permite compreender o processo saúde/doença como algo que não é dado, mas historicamente construído. Portanto, torna-se importante identificar a concepção de saúde para a equipe de profissionais que trabalham em prol da mesma, entendendo que a maneira pela qual essa é concebida, assim será conduzida suas ações.

Na Antiguidade, afirma Kahhale (2003), a idéia de saúde estava intimamente ligada à religião e ao trabalho, não havendo separação entre doença de ordem biológica e psíquica. Uma vez que a doença era entendida como uma separação dentro do homem, cabia aos sacerdotes reintegrar o que se havia separado buscando dessa forma a cura dos doentes. Kujawa et al (2003, p.6), afirma que na sociedade feudal a explicação de todas as coisas estava fundamentada em Deus, assim, justificava-se a pobreza e a exploração dos senhores de terra sobre os vassalos. Nesse período, o conceito de saúde que se estabelece é a de que a mesma é uma benção de Deus, sendo que morte e vida eram entendidas como sendo determinação divina. Dessa forma, na Idade Média, a concepção de saúde “era a pauta para fazer a disputa de projeto político” (KUJAWA et al, 2003 p.7).

Na Idade Moderna, diz Kujawa et al (2003), em que o aumento da população significava riqueza para os reis, procurava-se evitar as epidemias que poderiam dizimar a população, para tanto, a fim de manter as pessoas vivas era necessário dar atenção às condições de higiene, exigindo-se do Estado políticas de

saúde que garantissem dessa maneira o aumento populacional. Mediante o desenvolvimento da ciência moderna e da organização dos métodos de produção de conhecimento, os quais se dividiram em diferentes áreas de estudo do homem, ocorreu uma separação entre mente e corpo. Nessa época a saúde pública, que se tornou uma área de estudo e intervenção, realizou uma análise da dimensão social das doenças e, mediante o naturalismo médico, contribuiu para o crescimento da medicalização do espaço social. Tal prática acabou diminuindo a responsabilidade do Estado e da comunidade no processo saúde e doença, responsabilizando isoladamente os indivíduos pelas questões de saúde e doença que enfrentavam. (KAHHALE, 2003).

O desenvolvimento industrial, afirma Kujawa et al (2003), trouxe consigo transformações econômicas e sociais. Nesse período se começa a discutir a questão do saneamento uma vez que tal assistência permitiria que o pobre se tornasse uma mão de obra, logo era preciso diminuir os riscos dos mesmos. Da Ros (2006) vem ao encontro dessa afirmação, pois diz que no período industrial a super exploração da mão de obra, as inexistentes condições de saneamento, a escassez de alimento auxiliaram na disseminação de epidemias. Nesse momento se percebe que as condições sócio-econômicas eram determinantes, assim, mudar a forma de produção se torna condição para modificar o processo saúde e doença da população.

No século XIX, afirma Kahhale (2003), as ciências humanas e o fazer médico se desenvolveram de tal forma que saúde passou a significar ausência de doença. Assim, a doença era estudada buscando-se os causadores da mesma: ambiente, sociedade, organismo e psiquismo já o combate das enfermidades era de forma medicamentosa e curativa. Dessa forma, o que se buscava era a eliminação da enfermidade sendo que tal responsabilidade era atribuída ao sujeito unicamente. Entretanto, um pensador da época, Marx, foi o primeiro teórico que discutiu a saúde de forma mais ampla, afirmando que a mesma “é fruto de diversos fatores, inclusive das condições de trabalho, de moradia, de alimentação etc” (MARX S/D apud KUJAWA et al, 2003, p. 9). Para Marx (S/D apud KUJAWA, 2003) as condições de trabalho são importantes para a saúde, segundo ele, no capitalismo o trabalhador não teria saúde uma vez que estaria sempre em condição de exploração e sua moradia, alimentação e trabalho seriam sempre determinados pelo desejo de lucro do patrão.

No findar do século XIX e no início do século XX, com a descoberta das bactérias por Pasteur (DA ROS, 2006), a compreensão do processo saúde e doença passou a ser vista de forma unicausal, já que tal descoberta desvelou a causa das doenças e a determinação social passou a ser negada. Outra reflexão feita por Da Ros (2000 apud DA ROS, 2006, p.2) diz respeito ao modelo médico norte americano, o qual era “centrado na unicausalidade, biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado, detentor da verdade científica positivista”, esse modelo influenciou grande parte das práticas em saúde no Brasil. Tal modelo, diz respeito ao paradigma Flexneriano, no qual foi fundamentada desde os anos 30 a prática sanitária hegemônica do Brasil. Dessa forma, dá-se base para o crescimento do modelo médico industrial, que alcança imenso lucro em cima das doenças, não dando vez às ciências sociais e nem tampouco à saúde pública (DA ROS, 2006; LUNARDELO, 2004).

Desde o ano de 1851, segundo Kahhale (2003), ocorriam encontros internacionais em que se discutiam o controle das doenças. Em 1902 ocorreu uma reunião de saúde pública, assim como já havia ocorrido antes, que se sucedeu no México e como resultado de tal reunião criou-se a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que objetivava o estudo e a criação de políticas de saúde para o continente pan-americano. Em 1945, ao findar a II Guerra Mundial, os países vencedores se reuniram nos EUA e criaram a Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo de enfrentar os problemas decorrentes da guerra e dois anos mais tarde a ONU cria a Organização Mundial da Saúde (OMS) com o mesmo objetivo. Os deveres da OMS são:

Dar assistência aos governos, quando requisitada, para fortalecer serviços de saúde; Estabelecer e manter serviços técnicos e administrativos que venham a ser solicitados, o que inclui serviços epidemiológicos e estatísticos; Providenciar informação, consultoria e assistência no campo da saúde, estimular a erradicação de epidemias, endemias e outras doenças; Promover melhoria na nutrição, moradia, saneamento, condições de trabalho e outros aspectos da higiene ambiental; Promover cooperação entre os grupos científicos e profissionais que contribuam para a melhoria da saúde; Propor convenções internacionais e encontros sobre assuntos de saúde, promover e conduzir pesquisas na área de saúde; Desenvolver padrões internacionais de alimentação, produtos biológicos e farmacêuticos; Prestar assistência ao desenvolvimento, em todas as populações, de uma opinião pública informada em assuntos de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1948).

No ano de 1948, a OMS apresentou uma definição de saúde, (a qual permanece ainda hoje), como completo bem estar físico, mental e social, rompendo dessa maneira, a idéia de saúde como ausência de doenças. Tal definição demonstrou um avanço das políticas de saúde que a partir dessa nova lógica passaram a programar ações que tivessem as dimensões psíquicas e sociais dos indivíduos contempladas. Entretanto, segundo Kahalle (2003), a definição de saúde como sendo “completo” bem estar é vista como utópica uma vez que dificilmente as pessoas conseguem estar bem física, mental e socialmente por um longo período de tempo. Outro ponto importante é que essa definição também é estática já que toda a dinâmica, toda variação da vida humana é negada mediante a mesma. As pessoas estão constantemente variando entre bem estar e mal estar, isso porque ora se enfrenta dificuldade, insegurança, estresse e ora não. Portanto, saúde, segundo Kahhale (2006, p.166) “é um reflexo das capacidades de tolerância, compensação e adaptação de cada indivíduo, dos grupos e da sociedade em geral frente às questões ambientais, sociais, políticas e culturais nas quais estão inseridos”. Dessa forma, conceber a saúde como um processo dinâmico, ativo, como algo que remete ao homem buscar equilíbrio entre seu ambiente natural, familiar e social torna o trabalho do ACS relevante na construção da saúde do indivíduo e da comunidade como um todo. Isso porque se o ACS tem clareza do tipo de saúde que se luta para construir, da sua contribuição enquanto um disseminador dessa concepção, então sua atuação como profissional em prol da mesma terá relevância e um sentido para ele.

2.2.2 Do sanitarismo à construção do SUS: a evolução do sistema de saúde no Brasil

Entendendo que em cada período histórico há o desenvolvimento de uma concepção de saúde, no Brasil não foi diferente. Uma vez que na história brasileira, segundo Kujawa et al (2003) a questão da saúde foi entendida como sendo injustiça social (inaceitável pela sociedade, mas, tolerável) a mesma foi tratada como política pública apenas no século XX, sendo que até a década de 60 as políticas existentes

eram de ordem sanitarista - campanhistas, ou seja, objetivavam apenas a diminuição das epidemias e conseqüentemente da mortalidade. (DA ROS, 2006).

A partir da chegada da Família Portuguesa no Brasil, em 1808, surgiram as primeiras instâncias de saúde pública que tinham o objetivo de fiscalizar os médicos, farmacêuticos bem como fiscalizar os navios que chegavam ao Brasil para impedir que disseminassem as epidemias que traziam nas cidades costeiras (ESCORES; TEIXEIRA, 2008). Contudo, essa tarefa foi transferida aos municípios após a independência do país, que passaram a ter a obrigação de limpar o ambiente expulsando das áreas urbanas qualquer um que estivesse sofrendo de alguma doença infecto-contagiosa. (ESCORES; TEIXEIRA, 2008).

Com o advento do novo regime político, a República, houve uma diversificação da economia, as exportações aumentaram e também o número de imigrantes europeus. Tal aumento populacional ligado às péssimas condições de higiene e saneamento possibilitou a ploriferação de epidemias que dizimavam um grande número da população, forçando o Estado a tratar a saúde “como uma questão de polícia”. (KUJAWA et al, 2003 p.15). Entretanto, afirmam Escores e Teixeira (2008), com exceção do cuidado com as epidemias as ações do Estado se resumiam em vender comida e bebida alcoólica, assim como fiscalizar as habitações, dessa maneira, se percebe que não eram realizadas ações de assistência à saúde individual, mas cabiam ainda as Santas Casas de Misericórdia e outras entidades filantrópicas cumprirem esse papel. A vinda da gripe espanhola que matou milhares de pessoas, forçou o surgimento do movimento “Liga pró saneamento” que lutava por reformar os serviços de saúde, assim, foram criados os Serviços de Medicamentos Oficiais e o Departamento Nacional de Saúde Pública cuja função era regular as condições de trabalho das mulheres e crianças, normatizar as construções rurais, fiscalizar os produtos farmacêuticos, inspecionar os imigrantes que chegavam a nossos portos, criar vacinas para combater as epidemias (ESCORES; TEIXEIRA, 2008).

Na segunda metade do século XX mais transformações ocorreram (processo industrial, ampliação da urbanização) e junto a essas surgiram também as greves, que reivindicavam melhorias nas condições de trabalho. Uma das melhorias conquistadas foi a criação das Caixas de Aposentadoria e Previdência (CAPs) cujo objetivo era “garantir a aposentadoria dos contribuintes e, gradativamente, desenvolver ações em saúde” (KUJAWA et al, 2003 p.15). Assim, percebe-se que

houve melhorias no setor saúde, entretanto, tais melhorias alcançavam apenas uma classe de pessoas – os contribuintes, sendo que grande parte da população dependia de alternativas, como os curandeiros e/ou caridade de alguém. Dessa forma, a saúde no Brasil não era pensada como direito, pelo contrário, era vinculada ao mundo do trabalho, sendo compreendida como um seguro que se poderia obter se fosse contribuinte, portanto, a saúde estava ligada à previdência, ou seja, se encontrava separada das ações coletivas de saúde (ELIAS, 2006).

Na Era Vargas, afirmam Escóres e Teixeira (2008) e Kujawa et al (2003), buscou-se aproximar-se das classes operárias já que o processo de industrialização estava em ascensão, um dos avanços da época foi a conquista de leis trabalhistas. Na saúde, houve uma mudança em relação às Caixas de Aposentadoria e Previdência, que passaram a se chamar IAPs (Institutos de Aposentadoria e Previdência), contudo afirma Lunardelo (2004), o modelo flexneriano caracterizado por um grupo de profissionais curativistas, centrados na doença e na atenção individualista e hospitalocêntrica ainda persistia no setor saúde. Nesse período, o direito à saúde permanecia restrito aos trabalhadores que contribuíam com 3% do seu salário. Esse modelo diz respeito

A concepção de cidadania regulada – modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal. Trabalhadores rurais, domésticos e trabalhadores informais eram vistos como pré-cidadãos (ESCORES; TEIXEIRA, 2008, p.335).

Dessa maneira, pode-se perceber que o modelo biomédico referido acima, o qual é pautado na figura do médico e nas tecnologias em saúde, tornou-se prisioneiro de diversos grupos de interesse (indústria farmacêutica, por exemplo) levando o setor saúde à ausência de objetivos e à pobreza de resultados sanitários, tornando-se uma “conspiração de classes dominantes contra os direitos sociais”. (MENDES, 1999 apud LUNARDELO, 2004, p.29).

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Pública o qual, segundo Escóres e Teixeira (2008), quatro anos mais tarde passou a se chamar Ministério da Educação e da Saúde. Mediante tal ministério foram criadas oito delegacias federais de saúde e as conferências nacionais de saúde. Nos anos 50 e 60, segundo Sposati et al (1985) e Escóres e Teixeira (2008, p.336), na área da saúde surge o sanitarismo desenvolvimentista o qual considera que o nível de saúde

de uma população depende primeiramente do grau de desenvolvimento econômico de um país. Assim, essa nova corrente passou a entrar em conflito com a do sanitário tradicional (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária) vigente na época.

Com a entrada dos militares no poder, as políticas desenvolvidas, afirma Kujawa et al (2003), reforçaram o modelo de saúde hospitalocêntrico, os IAPs foram desapropriados, transformando-se em hospitais governamentais, sendo submetidos, segundo Da Ros (2006) ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que passou a centralizar todos os IAPs, tornando-se assim um grande caixa de dinheiro, o qual foi utilizado não para melhorias na saúde, mas para a construção de obras como a Transamazônica, Itaipú e para fraudes, já que não havia fiscalização dessa verba. (KUJAWA et al, 2003). Nesse período com o pouco investimento na saúde reapareceram epidemias por falta de cuidados e, saúde passou a significar apenas ausência de doença. Assim, ainda se percebe que saúde era vista como sendo mercadoria e não um direito de todos.

O que se percebe mediante o contexto histórico descrito acima é que o Estado brasileiro apresentava um caráter desenvolvimentista, conservador e autoritário, buscando consolidar o processo de industrialização. Dessa forma, para que tal objetivo pudesse ser alcançado as políticas públicas desenvolvidas eram voltadas para o crescimento populacional o qual acelerava o processo de industrialização (BACELAR, 2003).

Já em 1984, a OMS propôs estratégias que visassem uma perspectiva de promoção de saúde, em que as mesmas “deveriam envolver a população e o ambiente; sintetizar escolhas pessoais e responsabilidades sociais; criar de forma ativa um futuro mais saudável” (KAHHALE, 2003, p. 169). Assim, promover saúde passou a ter como foco capacitar a população a controlar e desenvolver sua saúde, a fim de refletir e organizar-se de forma individual e grupal para que as ações realmente se efetivem. Mas será que o Brasil aderiu a tal perspectiva?

Com o militarismo em foco no Brasil, os movimentos sociais que buscavam reformas nas condições sócio- econômicas foram duramente reprimidos. Além disso, os militares também faziam mau uso do dinheiro público, sendo responsáveis por fraudes e desvio de dinheiro, levando à falência da previdência. Em meio a esse cenário surge o movimento sanitário como

Conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto (Escorel, 1998), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais). (CARVALHO, 1995, p.48 apud FALEIROS et al, 2006).

Esse movimento tornou-se um marco da participação social na luta pelas políticas públicas em prol da mudança da relação Estado - Sociedade, permitindo um diálogo entre as partes e possibilitando o exercício da cidadania no tocante a universalização dos direitos.

2.2.3 O Surgimento do SUS

Com o regime militar no poder a relação do Estado com a sociedade era marcada pela repressão e pelo autoritarismo, contudo, o paradigma clientelista-repressor deu lugar ao paradigma de cidadania. Mas como se deu tamanha transformação? Nos anos 70, mesmo com a interdição do governo o povo começou a “tirar a mordaca” que durante todo o regime militar o havia calado e mediante a participação popular, passou a “tomar os bens e serviços para si, resistindo à exclusão social”, dessa forma, as demandas por políticas públicas foram “deslizando para demandas de acesso ao poder” (FALEIROS et al, 2006, p.37).

Com o surgimento da Nova República, (que demarca a queda do regime militar), a luta pelas eleições diretas e o movimento sanitário mobilizado e articulado se tornou possível a realização da oitava conferência de saúde. Segundo o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) a mesma foi a primeira conferência que teve a participação popular, inclusive de movimentos sociais, associações de portadores de deficiência além dos profissionais de saúde. O tema em pauta era a saúde como um direito de todos e dever do Estado e dentre as contribuições que a mesma propiciou está a ampliação do conceito de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Quanto às contribuições advindas da 8ª conferência, Carvalho (1995) apud Faleiros et al (2006) pontua que

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (CARVALHO, 1995, p.53 apud FALEIROS et al, 2006, p.47).

Para além da contribuição citada antes, a Oitava Conferência também possibilitou que na nova Constituição Brasileira, de 1988, houvesse artigos referentes à saúde (do 196 ao 200), sendo que o primeiro assegura o objetivo da conferência e o último deles demanda que a ordenação dos recursos humanos fica a cargo do SUS. Assim nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS) para assegurar que a saúde seja um direito construído individual e coletivamente visando bem-estar físico, cultural, social, psicológico e ambiental (DA ROS, 2006).

O que é o SUS? Segundo Elias (2006) e Faleiros et al (2006) algumas pessoas tem a idéia equivocada de que o SUS é algo acabado, pronto, contudo, o mesmo são princípios e diretrizes. O SUS se fundamenta em três princípios básicos: universalidade, igualdade e equidade. A universalidade diz respeito ao acesso das pessoas aos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS. A igualdade demanda que todo usuário tenha o mesmo direito aos serviços de saúde prestados, sem preconceito ou privilégio. Da mesma forma a equidade significa tratar as diferenças, ou seja, reconhecer que cada indivíduo é diferente do outro, sendo assim, suas necessidades também são diferenciadas, portanto, procura-se tratar as diferenças buscando a igualdade.

As diretrizes do SUS são três: descentralização, participação da comunidade através dos conselhos de saúde e o atendimento integral, ou seja, o SUS deve prover ao cidadão os cuidados que esse necessita levando em consideração que o mesmo é um ser biopsicossocial (BRASIL, 2000). De acordo com Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) a construção do SUS vem sendo caracterizada pela criação e pelo uso de instrumentos legais e normativos, cujo objetivo fundamental é racionalizar as formas de gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, buscando uma maior autonomia das políticas municipais.

Segundo Serra (2000), o governo é o principal responsável pela concretização e o funcionamento do SUS, entretanto, Elias (2006) afirma que as políticas públicas não são do governo, mas pertencem à sociedade. Faleiros et al (2006, p.19) dizem que a participação popular nos conselhos de saúde permite que os cidadãos fiscalizem o que está sendo feito pelo governo, de que forma o SUS está sendo gerido, “a democracia participativa do conselho de saúde permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado”. Dessa forma, pode-se pensar que o SUS é algo inacabado, que se constrói na e pela sociedade, que cabe a ela monitorá-lo, fiscalizá-lo e assim, lutar pelo alcance da saúde como um direito de fato de todo cidadão brasileiro. Nesse sentido, o trabalho do agente comunitário de saúde vem contribuir para tornar o direito à saúde uma realidade na sua comunidade de atuação.

2.2.4 Atenção básica e o Agente Comunitário de Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) contribuiu de forma significativa para o processo da reforma sanitária através da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde promovida pela OMS, em 1978, em Alma - Ata, Rússia. Na conferência foi proposta a integração da APS como uma estratégia para ampliar de forma igualitária o acesso da população à saúde. Dessa maneira a atenção primária à saúde foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis por eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de auto confiança e auto determinação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. (ANAIS DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, 1978, p. 14-16)

Portanto, a atenção básica, caracteriza-se por ser um conjunto integrado de ações, as quais se articulam com o sistema de saúde possibilitando a promoção e a assistência integral à saúde da população. Os autores Elias e Magajewski (2008) afirmam que a APS está associada a custos menores, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde. Entretanto, os autores trazem a tona algumas reflexões frente à grande expansão da Estratégia da Saúde da Família com o restrito cotidiano das Equipes de Saúde da Família (ESF): Será que a APS estruturada dessa maneira, está efetivamente sendo a porta de entrada do SUS? O modelo assistencial brasileiro, segundo Elias (2006) ainda é centrado no hospital, sendo que as unidades de saúde quando funcionam de forma adequada podem resolver de forma eficaz, cerca de 85% dos problemas de saúde da população.

Segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Assim, a idéia básica do SUS é a de que o doente possa entrar pela atenção primária e, aquilo que não for possível resolver nesse nível poderá ser encaminhado ao nível secundário e de lá se for necessário ao nível terciário (ELIAS, 2006). Porém, o que se percebe pelo estudo de Elias e Magajewski (2008) é que isso não tem ocorrido efetivamente no estado de SC. Avaliando as internações na região da Associação dos Municípios Extremos do Sul Catarinense (AMESC) no período de 1999 a 2004, os autores, referem que a deficiência nas visitas domiciliares realizadas pela Equipe de Saúde da Família (ESF), a falta de manutenção do atendimento por demanda espontânea e outros empecilhos administrativos e técnicos tem inviabilizado o acesso da população às unidades básicas de saúde. Sendo assim, cabe aos usuários do SUS participarem do controle social dos serviços disponibilizados bem como o PSF possibilitar a mudança do discurso em saúde o qual invoca exclusivamente o saber técnico para outro, onde o

indivíduo possui autonomia e responsabilidade diante do seu processo saúde-doença - cuidado (CARDOSO; NASCIMENTO, 2008).

A organização da atenção básica fundamenta-se na Lei Orgânica de Saúde 8.080 (1990), a qual foi regulamentada pelo decreto no 7.508 de 28 de julho de 2011, tendo como base os princípios do SUS, a saber:

- Saúde como direito: a saúde é um direito fundamental do ser humano e o Estado deve proporcionar as condições necessárias para seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que objetivem diminuir os riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva;
- Integralidade da assistência: compreende um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos;
- Universalidade: garantia de acesso de toda população aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Equidade: igual assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupo de população;
- Resolutividade: prestar assistência de forma integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade a todas as pessoas;
- Intersetorialidade: desenvolver ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, a fim de articular as políticas e os programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva outras áreas que não as compreendidas pelo SUS;
- Humanização do atendimento: desenvolver um vínculo mais estreito entre os profissionais de saúde e a população;
- Participação: tornar democrático o conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a população a fiscalizar, controlar a gestão do SUS.

É importante ressaltar que dentro da atenção básica está a Estratégia Saúde da Família, cujo antigo nome era Programa Saúde da Família (PSF), a nomenclatura foi alterada por se entender que a palavra programa estava vinculada a algo pronto, portanto, estático, por outro lado, a palavra estratégia denota a idéia de algo sendo construído, com possibilidades de mudanças. Assim, o antigo PSF foi

apresentado como uma proposta de reorientação ao modelo médico assistencial, sendo implantado em 1991 juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, as primeiras equipes de Saúde da Família foram formadas agrupando e expandindo a atuação do agente comunitário de saúde (ABRAHÃO, 2007). Tal programa foi acoplado no mesmo ano ao Ministério da Saúde como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde o qual visa segundo Araújo e Assunção (2004), estreitar o vínculo e o compromisso entre os profissionais de saúde e a comunidade.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é responsável por atender em média 3000 pessoas, não podendo ultrapassar o limite de 4000 pessoas. A mesma se organiza da seguinte forma: um médico da ESF, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e no mínimo três agentes comunitários de saúde. A cidade de Palhoça, onde a pesquisa foi feita, conta com um número maior de técnicos de enfermagem (aproximadamente de 2 a 3 por equipes de saúde da família) e de agentes comunitários de saúde (6 ACS por equipe). Uma equipe de Saúde da família pode atender até 150 famílias na zona rural e 215 mil famílias na zona urbana. Tal equipe torna-se um forte (se não o principal) instrumento para a consolidação da ESF. Dentro da equipe como foi citado, está o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que acaba por se tornar o mediador, o articulador da comunidade e da unidade de saúde, já que por residir na comunidade conhece as pessoas atendidas e possui maior acesso aos domicílios. Assim, através dessa dupla inserção (Unidade Básica de Saúde e comunidade) é possível que o ACS desenvolva relações de afeto, amizade e ao mesmo tempo técnica e resolutiva, consolidando dessa maneira seu espaço na comunidade e na UBS (CARDOSO; NASCIMENTO, 2008).

Mas quando surgiu a figura do ACS? O agente comunitário de saúde surgiu no ano de 1979 após a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde. Essa conferência repercutiu de tal maneira que diversos países, inclusive o Brasil, implantaram programas de atenção primária (SANTOS; FRACOLLI, 2010). Assim, anos mais tarde no Brasil, 400 agentes começaram a atuar no estado do Maranhão e em 1987 um programa semelhante surgiu no Ceará, composto de agentes de saúde sendo denominado de Programa Agentes de Saúde (PAC). Atualmente o Brasil conta com o trabalho de 243.000 ACS, cobrindo 62,5% da população do país (GOMES et al, 2010). Entretanto, apenas no ano de 2002,

mediante a lei 10.507 e o decreto nº 3.189/1999, a profissão Agente Comunitário de Saúde foi fixada por lei.

Segundo a portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde, são atribuições do ACS:

- 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 à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade;
- VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS;
- VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade;
- VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde.

Quanto aos requisitos da profissão, é exigido do ACS:

- I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
- II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e
- III - haver concluído o ensino fundamental.

Dessa maneira é de comum acordo entre os autores (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004; CARDOSO; NASCIMENTO, 2008; CROCCIA, 2009) que o trabalho do ACS possibilita o mapeamento das necessidades da comunidade, facilita que as orientações necessárias sejam transmitidas à mesma e permite que sejam feitos os encaminhamentos ou atividades necessárias que possam diminuir evitar ou solucionar os problemas existentes na comunidade onde a UBS está inserida.

Diante de tantas atribuições e deveres, Tomas (2002) afirma que há uma supervalorização da profissão, que passou a ser vista de forma até mesmo romanceada, como se a ele coubesse toda a construção do SUS. Martines e Chaves (2006) vêm ao encontro dessa afirmação elucidando que a missão outorgada ao ACS de ser um agente de mudanças é atravessada por empecilhos como: número de famílias superior ao preconizado pelo Ministério, a falta de agilidade nas ações de saúde complementares ao SUS e dificuldades de acesso a recursos de maior complexidade. Contudo, a vigilância em saúde necessária para suportar a idéia de transformação ultrapassa a atuação do ACS, fazendo-se necessário o encadeamento de todos os recursos citados anteriormente.

Sabendo a responsabilidade que recai sobre a figura do ACS torna-se relevante ressaltar que tal profissional deve receber capacitações periódicas a fim de que possa realizar as ações esperadas e cobradas pela equipe de saúde. Um dos pontos abordados na 11ª CNS foi a necessidade de serem feitas propostas políticas visando a “formação do pessoal de saúde, formação dos gestores e formação dos conselheiros de saúde” (ANAIS DA 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000). Tais capacitações também são preconizadas pela portaria 2.488/11 onde se encontra que a educação do pessoal da saúde deve ser continuada. Entretanto, o que se percebe mediante as pesquisas encontradas é que isso não tem ocorrido de forma contínua, como afirmam Croccia (2009), Silva e Dalmaso (2002), Tomas (2002), Cardoso e Nascimento (2008) e quando são oferecidas capacitações para a equipe de saúde, o ACS acaba por não ser incluído para participar das mesmas, sendo que a equipe toda deveria estar sendo capacitada para atuar de forma efetiva em seu território.

A função de traduzir os conhecimentos científicos em popular, a entrada no contexto problemático das famílias atendidas, a resistência da comunidade em transmitir as informações e realizar as mudanças necessárias, os conflitos existentes entre a equipe de saúde e os membros da comunidade são alguns dos fatores dificultadores do trabalho do ACS. Resende et al (2011) corrobora essa afirmação referindo que a falta de entendimento da população quanto ao seu trabalho, falta de coleguismo e companheirismo da equipe têm sido obstáculos para o desenvolvimento do trabalho do ACS. Dessa maneira, o estresse e o esgotamento físico e mental são resultados de tais dificultadores os quais têm trazido prejuízo à qualidade de vida do ACS, na eficiência e rendimento do seu trabalho, além de

trazer insatisfação para com o mesmo, podendo levar à diminuição da qualidade do serviço prestado à comunidade (KUTHCOVSKY et al, 2007; SANTOS; DAVID, 2010).

Em um estudo acerca das percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde, realizado por Santos e David (2010) constatou que 62% dos pesquisados se encontravam em situações de estresse e 83% apresentavam sintomas físicos. Foram atribuídos pelos ACS como propulsores de estresse o baixo reconhecimento do seu trabalho (tanto por parte da comunidade quanto da equipe de saúde), burocracia (atividades maçantes e repetitivas que contribuem apenas para dados estatísticos), violência, sobrecarga física e psíquica, intensidade e ritmo do trabalho. No estudo de Wai e Carvalho (2009) foram apontados pelos ACS como fatores de sobrecarga do trabalho: condições de trabalho, questões salariais, gênero, estado civil, interface família-trabalho, relacionamento interpessoal e carga emocional. Mediante tais fatores mencionados por ambos os estudos, pode-se dizer que as atribuições da profissão somadas aos dificultadores que surgem no decorrer do trabalho, exigem uma grande quantidade de energia desses profissionais podendo acarretar em situações de sobrecarga no trabalho levando o ACS ao adoecimento físico e psíquico (SANTOS; DAVID, 2010; WAI; CARVALHO, 2009).

Segundo Camelo e Angerami (2007), uma pessoa que não encontra satisfação ao realizar seu trabalho poderá ter dificuldades em ter uma vida com qualidade, sendo que uma das fontes de satisfação no trabalho pode vir a ser a remuneração. Pedrosa e Teles (2001) afirma que a remuneração do ACS tem sido motivo de sua insatisfação no trabalho, a mesma, segundo os próprios profissionais é considerada aviltante frente ao trabalho por eles realizado. Ferraz (2005) apud Manoel (2009) afirma que a renda per capita do ACS o caracteriza como população de baixa renda com uma realidade econômica muito parecida com os indivíduos por ele atendidos. Assim, pode-se dizer que um empregado que recebe um salário condizente à sua atuação poderá sentir-se valorizado e satisfeito podendo apresentar um crescimento na produtividade e um melhor desempenho na sua área de atuação (KUTHCOVSKY, et al, 2007).

Diante do exposto nesse capítulo, pode-se afirmar que o ACS não é apenas um suporte com a finalidade de executar determinadas ações em saúde, mas sim um membro efetivo do trabalho no sistema único de saúde, apresentando-

se como peça-chave na implantação de políticas voltadas para a reorganização do modelo de assistência em saúde, devendo ser reconhecido como tal tanto pela equipe de saúde quanto pela comunidade que o mesmo assiste (GOMES et al, 2010; SILVA; DALMASO, 2002).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Classificar as pesquisas possibilita melhor organização e entendimento dos fatos. Mediante um sistema de classificação é possível reconhecer semelhanças e diferenças entre os variados tipos de pesquisas. Logo, classificar pesquisas torna-se uma atividade importante (GIL, 2010). Com o intuito de responder ao objetivo geral deste projeto a presente pesquisa se caracterizou como exploratória já que segundo Cervo, Bervian e Da Silva (2007) a mesma objetiva aprofundar informações acerca de um determinado assunto de estudo, o qual na pesquisa referida é o sentido do trabalho para o agente comunitário de saúde. Gil (2010) vem ao encontro dessa afirmação, elucidando que a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema buscando torná-lo mais explícito e assim construir hipóteses sobre o mesmo.

Quanto ao delineamento, o qual se entende como o planejamento da pesquisa foi proposto o de levantamento. Acerca de tal delineamento, Creswell (2007) refere que por meio desse, faz-se uma descrição quantitativa de tendências, atitudes, opiniões de determinada população para que, então, o pesquisador possa generalizar os resultados obtidos. Assim, a pesquisa referida foi classificada como pesquisa quantitativa, pois, possibilita o surgimento de medidas precisas e confiáveis permitindo uma análise estatística. Mediante a pesquisa quantitativa podem ser medidos atitudes, opiniões, preferências e comportamento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E PROCEDIMENTO DE CONTATO COM OS MESMOS

O município de Palhoça, no ano de 2012 conta com 3 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 26 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma unidade mista. Foram convidados a participar da pesquisa 180 ACS do município de Palhoça, o que corresponde ao número total dessa população, entretanto, não participaram dessa pesquisa 77 ACS. Dentre esses, sete ACS se encontravam em situação de perícia, dois estavam de férias quando os dados foram coletados e os demais optaram por não participar da pesquisa. Assim, do total de 180 ACS, o grupo de pesquisa ficou composto por 103 ACS, ou seja, 57,22% do total de agentes comunitários de saúde do município de Palhoça. Dentre os participantes, 97 deles são do sexo feminino e seis são do sexo masculino, a média de idade é de 41,7 anos.

O procedimento de contato com os participantes se deu da seguinte forma: A pesquisadora entrou em contato pessoalmente com a coordenadora das Equipes de Saúde da Família do Município de Palhoça, explicou-lhe sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e solicitou-lhe a permissão para a aplicação da mesma através da assinatura do Termo de Consentimento entre as Instituições. Após receber tal consentimento, a pesquisadora entrou em contato via telefone, com os coordenadores das UBS a serem pesquisadas a fim de explicar-lhes os objetivos da pesquisa, esclarecer dúvidas, orientar quanto ao preenchimento dos questionários e esclarecer acerca das contribuições que poderiam surgir a partir dessa pesquisa bem como os princípios éticos que regularam a mesma.

Acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo o item 9.8 do Manual Operacional para Comitê de Ética em Pesquisa, “em pesquisas com questionário anônimo, o fato de responder o questionário seria tido como consentimento e os procedimentos para o devido esclarecimento dos sujeitos devem ser descritos para apreciação do CEP” (BRASIL, 2002, p. 38). Assim, uma vez que o instrumento de coleta de dados foi um questionário anônimo, não foi necessária a assinatura do TCLE pelos participantes, porém foram esclarecidos aos sujeitos todos os procedimentos da pesquisa no próprio questionário.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA

A fim de coletar os dados para essa pesquisa foi proposto um questionário misto, ou seja, contendo perguntas fechadas e abertas (APÊNDICE A) o qual, segundo Sampieri, Collado, Lúcio, (2006, p.325) “consiste em um conjunto de questões com relação a uma ou mais variáveis a serem medidas” sendo que o mesmo é um instrumento adequado quando a proposta da pesquisa é realizar um levantamento de dados buscando generalizar os resultados obtidos. (GIL, 2010). O questionário recebeu a seguinte divisão: a primeira parte referiu-se a caracterização dos participantes, já a segunda conteve as questões elaboradas a fim de atender os objetivos específicos e a terceira e última parte foi um espaço aberto onde os participantes tiveram a oportunidade de escrever algo sobre sua atuação profissional.

Faz-se importante ressaltar que antes da coleta de dados foi realizado um estudo piloto com cinco agentes comunitárias do município de São José, a fim de verificar se as questões propostas estavam adequadas para alcançar os objetivos requeridos, o que possibilitou a reformulação dos itens do referido questionário. A seguir será apresentado o Quadro 1 onde estão as questões utilizadas no instrumento de coleta de dados relacionadas aos objetivos específicos dessa pesquisa.

Quadro 1: Perguntas relacionadas aos objetivos específicos

Objetivos específicos	Questionário
a) Verificar os motivos de entrada, permanência e saída de Agentes Comunitários de Saúde da profissão de ACS;	1) Por que você trabalha? 2) Você escolheu ser ACS por qual motivo? 3) O que o mantém nessa profissão? 4) Você pensa em sair dessa profissão?
b) Descrever o cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde;	5) Sobre o reconhecimento do trabalho do ACS: 6) De que maneira você percebe sua atuação como agente comunitário de saúde? 9) Quais das atividades abaixo você tem desenvolvido? 10) Em sua opinião, o que torna o seu trabalho mais difícil?

(continua)

	11) Em sua opinião, o que torna o seu trabalho mais fácil? 13) Com que frequência você transmite as informações da comunidade para a equipe de saúde? 16) Quantas vezes por ano você participa de treinamentos e/ou capacitações? 17) Quando foi o último treinamento que você participou?
c) Verificar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da função de ACS;	7) O que você pensa sobre a profissão de ACS? 8) Assinale abaixo quais são as atribuições do ACS: 19) Se você quiser escrever algo mais sobre sua atuação profissional escreva aqui:
d) Identificar os afetos relacionados ao trabalho que desenvolvem;	15) Como você se sente ao fazer o seu trabalho?
e) Verificar o valor atribuído pelo ACS ao trabalho que desenvolve.	12) Acerca dos direitos do usuário do SUS, você informa a comunidade sobre: 14) Você acha que o seu trabalho como ACS realmente contribui para a saúde da sua comunidade? 16) Segundo o SUS a saúde é um direito de todos, você acha que o seu trabalho como ACS tem contribuído para isso? De que forma?

Fonte: elaborado pela autora, 2012

3.4 LOCAL E PROCEDIMENTOS DE COLETA

A fim de realizar a coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato via telefone com os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde explicando-lhes sobre os objetivos da pesquisa, sobre os participantes da mesma, local a serem preenchidos os questionários, sobre o sigilo das respostas obtidas e sobre os monitores que estariam auxiliando na coleta. Também foi esclarecido aos coordenadores que a pesquisa já havia sido aprovada pela coordenadora de Equipes de Saúde da Família de Palhoça.

Para a coleta de dados se fez necessário o auxílio de três monitores, os quais foram treinados para orientar os coordenadores das UBS acerca de: objetivos da pesquisa, participantes da mesma, local onde os participantes deveriam preencher os questionários, onde depositá-los, quando seriam recolhidos bem como sobre o sigilo e a ética dessa pesquisa. Desta forma a pesquisadora e os monitores

se dividiram entre as 19 UBS, sendo que cada um realizou a coleta de dados com uma parcela da amostra. Sabendo da limitação do tempo disponível para o procedimento de coleta de dados dessa pesquisa, do número de sujeitos convidados a participar da mesma e da distância entre as UBS, foi escolhido pela pesquisadora utilizar uma urna onde os questionários fossem depositados e se mantivesse o sigilo das respostas dos participantes. Sendo assim, foi deixada uma urna de papelão em cada uma das 19 Unidades Básicas de Saúde de Palhoça, contendo um pequeno orifício onde os questionários foram depositados. O tempo de duração que cada urna permaneceu na UBS variou entre uma a duas semanas, conforme o tempo necessário para a realização da coleta.

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram organizados e tabulados em uma planilha no programa Microsoft Excel com os aspectos descritos no instrumento, sendo esses: dados de caracterização dos participantes, das características do seu cotidiano de trabalho, da percepção dos ACS sobre a função de Agente Comunitário de Saúde, do valor que os ACS atribuem ao trabalho que desenvolvem e dos afetos relacionados ao trabalho que esse desenvolve. Para cada alternativa assinalada foi atribuído o valor um e para cada alternativa não assinalada foi atribuído o valor zero, possibilitando dessa maneira a contagem das alternativas. Os resultados foram classificados do maior para o menor, ou seja, da alternativa mais assinalada para a menos assinalada, a fim de proporcionar uma melhor visibilidade dos dados obtidos.

Após tais procedimentos, os dados foram descritos, interpretados e analisados a partir da estatística descritiva com o intuito de relativizar os mesmos em percentil e representá-los em tabelas e figuras, buscando assim, estabelecer relações entre os dados alcançados e outros já existentes, mediante o referencial teórico.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Segundo Gil (1999) a análise e a interpretação dos dados de uma pesquisa são processos estreitamente relacionados. Sendo assim, a análise teve como objetivo organizar os dados dessa pesquisa com o intuito de propiciar o fornecimento de respostas ao problema: qual o sentido do trabalho para os Agentes Comunitários de Saúde de Palhoça? Feita a análise, os dados foram interpretados à luz de conhecimentos anteriormente obtidos. A título de ilustração os resultados foram organizados em tabelas, figuras e quadros e serão apresentados a seguir juntamente com a interpretação dos mesmos.

Para tanto, este capítulo será iniciado com apresentação dos dados obtidos no que se refere à caracterização dos participantes que compuseram a presente pesquisa, e na sequência far-se-á uma discussão com os resultados alcançados. Com esta finalidade foi elaborada uma tabela contendo variáveis como idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade e tipo de vínculo empregatício, conforme se observa na Tabela 1:

Tabela 1- Caracterização dos sujeitos (n=103)

Variáveis		
	Média de idade	41,7
Sexo	Feminino	97
	Masculino	6
Estado civil	Casado	49
	Solteiro	17
	União estável	28
	Viúvo	2
	Divorciado	5
Escolaridade	segundo grau completo	78
	segundo grau incompleto	4
	fundamental completo	2
	fundamental incompleto	0
	superior completo	4
	superior incompleto	12
Vínculo	Concurso	89
	Contrato	11

Fonte: Elaborada pela autora, 2012

No que se refere ao perfil da população pesquisada, conforme pode ser observado na Tabela 1, foi possível identificar que a média de idade dos participantes está acima de 40 anos (41,7) o que os caracteriza como adultos jovens, o mesmo foi observado nos estudos de Lunardelo (2004) e Tomasi et al (2008). Pode-se dizer que tal perfil aponta para uma população economicamente ativa que pode ter buscado na ESF uma oportunidade de ingresso e reingresso no mercado de trabalho.

Quanto ao sexo pode se observar que a maioria dos agentes comunitários de saúde é do sexo feminino (97) enquanto apenas seis são do sexo masculino, o que vem ao encontro dos resultados das pesquisas de Figueiredo (2008), Kluthcovisky et al (2007), Lunardelo (2004), Manoel (2009), Souza (2008), Tomasi et al (2008), os quais encontraram essa mesma característica no público de trabalhadores em questão. Lunardelo (2004) e Santos e Fracolli (2010) ao resgatarem a gênese do trabalho do PSF elucidam que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ceará priorizava a contratação de mulheres baseando-se na concepção de que ao terem as mulheres tal oportunidade de trabalho poderiam melhorar sua condição social e até mesmo influenciar outras mulheres da comunidade a assumirem uma postura mais ativa. Kluthcovisky et al (2007) afirma que o baixo número de homens na profissão de ACS pode ser explicado pelo constrangimento que muitas famílias têm em revelar certos aspectos do universo feminino a um ACS homem, dificultando assim seu acesso às moradias. Contudo, afirma Lunardelo (2004), a participação de homens nesse trabalho possibilita novos olhares e encontros o que repercute na promoção da saúde das famílias acompanhadas pela ESF.

Quanto ao estado civil dos participantes, nota-se que a maioria deles é casado (49 sujeitos) enquanto a minoria é viúvo (dois sujeitos) o que vai ao encontro dos estudos de Figueiredo (2008), Kluthcovisky et al (2007) e Lunardelo (2004) os quais afirmam que a maioria dos agentes comunitários de saúde além de serem mulheres também são casadas. Quanto à escolaridade observou-se um nível escolar acima do exigido pelo Ministério da Saúde (fundamental completo) já que 78 sujeitos responderam terem concluído o ensino médio enquanto dois deles responderam possuir apenas o fundamental completo. Tomas (2002) afirma que um maior grau de escolaridade é fundamental para a realização das atividades do ACS. Mediante a Tabela 1 ainda é possível observar que quatro ACS informaram ter o

ensino superior completo, o que é um dado surpreendente tendo em vista que a profissão de ACS não é uma carreira progressiva e conta com um baixo salário.

Em relação ao tipo de vínculo empregatício observou-se que 89 sujeitos ingressaram na profissão mediante concurso público, enquanto 11 dos sujeitos pesquisados informou ter vínculo empregatício do tipo contrato. Santos e Fracolli (2010) afirmam que a estabilidade que o concurso público oferece pode ser um dos motivos do ingresso na profissão de ACS, contudo na presente pesquisa observa-se que o fator influenciador da entrada dos sujeitos pesquisados não foi a estabilidade (apenas 25% dos participantes assinalaram esta opção) por outro lado, quando questionados acerca dos motivos de sua permanência na profissão de ACS, 40% deles indicou o fator estabilidade profissional, a qual pode ser adquirida mediante o concurso público. Estes dados serão discutidos em maior profundidade no subcapítulo a seguir.

4.1. MOTIVAÇÕES PELA ESCOLHA DO TRABALHO DE ACS PELA PERMANÊNCIA E SAÍDA DESSE TRABALHO

Sabendo que mediante o trabalho, segundo Codo (1994), o homem transforma a natureza e ao mesmo tempo em que esse cria e produz, torna-se humano, igualando-se e diferenciando-se do outro, se faz importante compreender quais os motivos pelo qual os participantes dessa pesquisa trabalham, bem como compreender as motivações da sua escolha pela profissão de ACS, visto serem esses fatores importantes para o entendimento do objetivo geral dessa pesquisa. Assim, foram elaboradas perguntas contendo uma série de alternativas como respostas, conforme pode ser observado nas tabelas abaixo. A seguir cada tabela será discutida e analisada à luz do referencial teórico.

Conforme a Tabela 2 pode se observar que 71 ACS informaram trabalhar para *auxiliar na renda familiar* enquanto 42 responderam que o motivo que os leva a trabalhar é a *autonomia financeira* advinda do trabalho. É possível também observar na Tabela 2 que 40 ACS responderam que trabalham *por gostar da profissão*, enquanto apenas oito pessoas informaram trabalhar *por ser uma profissão bem vista*

pela sociedade. Outras sete pessoas assinalaram alternativa *outro* e informaram uma resposta não contemplada nas alternativas anteriores, sendo que dessas sete pessoas, quatro delas responderam que trabalham *para ajudar as pessoas*, uma delas *para fazer amigos*, outra pela *flexibilidade do horário de trabalho* e a última informou trabalhar *para ocupar o tempo*.

Tabela 2: Motivos pelo qual os participantes trabalham (n=103)

Por que você trabalha?	A fim de auxiliar na renda familiar;	71
	Ter autonomia financeira;	42
	Por gostar da profissão;	40
	Por ser uma profissão bem vista pela sociedade;	8
	Outro.	09

Fonte: Elaborada pela autora, 2012

Assim pode-se observar que as alternativas mais assinaladas estão relacionadas à motivação financeira, ou seja, os participantes da pesquisa percebem o trabalho como um veículo capaz de possibilitar os recursos financeiros para suprir suas necessidades. Sobre isso Mézaros (1995 apud ANTUNES, 1999) elucida que o ser humano por ser parte da natureza necessita realizar intercâmbio com a mesma a fim de suprir suas necessidades buscando preservar as funções vitais da reprodução individual e societal. Marx (1983) vem ao encontro dessa afirmação dizendo que o trabalho é formador de relações econômicas as quais são reguladoras das necessidades básicas. Contudo, afirma Antunes (1995, 1999), sob a lógica capitalista, o trabalho antes realizador e regulador das funções básicas do ser humano encontra-se deturpado e degradado, pois, acaba por objetivar apenas a subsistência do indivíduo.

Dessa maneira, pode-se dizer que a lógica embutida nas respostas informadas pela maioria dos participantes, de que trabalham para auxiliar na renda familiar e para terem autonomia financeira é a lógica capitalista, ou seja, trabalho como sinônimo de mercadoria, onde o trabalhador vende sua força de trabalho a fim de obter recursos financeiros para consumir e assim expandir o capital.

Ainda sobre a lógica capitalista pode-se dizer que independente da profissão ou ocupação que se escolha para trabalhar, o sujeito trabalha por motivações financeiras, pois está imerso nessa lógica de produção, contudo,

trabalhar movido apenas por esse motivo acaba por vincular o sentido do trabalho unicamente a obtenção de capital.

Mediante os dados acima, ainda é possível observar que a terceira alternativa mais assinalada foi a qual informa que o ACS trabalha por *gostar da profissão*. Os resultados da pesquisa de Bachilli, Scavassa e Spiri (2008) sobre a identidade do ACS apontam que a maioria dos ACS pesquisados quando entraram na profissão, não sabiam exatamente quais eram as atribuições do ACS e nem o lugar desse profissional no SUS, contudo, mediante a prática do dia a dia passaram a ver a profissão de ACS com outro olhar, não mais burocrático ou protocolar, mas sim, um meio de obter maior envolvimento com as pessoas assistidas, passando assim a gostarem daquilo que faziam. Silva (2001) também aponta que as principais motivações relacionadas ao trabalho encontradas na sua pesquisa com ACS do Projeto Qualis em São Paulo, foram além da oportunidade de terem um trabalho remunerado, também a possibilidade do contato com uma população concebida como carente e o aprendizado decorrente desse contato.

Ao analisar os dados mediante uma tabulação cruzada dos 71 sujeitos que responderam trabalhar *para auxiliar na renda familiar*, 28 deles também informaram trabalhar *por gostar da profissão*. Da mesma forma, ao analisar os 42 sujeitos que responderam trabalhar a fim de *ter autonomia financeira* nove deles também assinalaram trabalhar *por gostar da profissão*. Diante disso, pode-se dizer que a maioria dos sujeitos pesquisados trabalha apenas para obter recursos financeiros, ficando evidente a lógica do modelo de produção vigente, onde o trabalhador já não encontra satisfação no seu trabalho, o mesmo passa a ser forçado e não voluntário, portanto, o trabalho como uma ação necessária e verdadeira desaparece e em seu lugar surge a obrigação de realizá-lo por uma necessidade extrínseca e não mais interna e vital (ANTUNES, 1995). Entretanto, é importante ressaltar que os dados anteriores também apontam que uma pequena parcela dos pesquisados além de trabalhar por motivações financeiras também trabalha porque gosta da profissão. Compreendendo que o trabalho é uma variável que está relacionada a qualidade de vida do indivíduo e que uma pessoa, segundo Kluthcovisky et al (2007), quando não realiza um trabalho que lhe traga prazer poderá ter dificuldades em ter uma vida com qualidade, pode-se pensar que o motivo elencado pelos 40 sujeitos pesquisados, de que trabalham *por gostar da profissão*, aumenta a sua probabilidade de terem qualidade de vida no trabalho em

comparação com aqueles cuja finalidade do trabalho seja apenas a obtenção de capital financeiro.

Vale a pena ressaltar que a alternativa menos assinalada foi a que aponta a profissão de Agente Comunitário de Saúde como uma profissão bem vista pela sociedade. Segundo Bachilli, Scavassa e Spiri (2008) e Manoel (2009) a comunidade muitas vezes desconhece o real papel do ACS, por vezes percebendo-o como responsável pelas dificuldades encontradas na UBS, como falta de profissionais da saúde para realizar atendimento, falta de medicamentos e outros. Da mesma forma, Resende et al (2011) afirma que a falta de entendimento da população quanto ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde, têm sido um obstáculo para o desenvolvimento do trabalho desses profissionais, possibilitando o surgimento de distorções acerca do trabalho do ACS perante a comunidade.

Diante do exposto, pode-se inferir que a maioria dos ACS pesquisados, ou seja, 92,23%, não ingressaram nessa atividade profissional por essa ser bem vista pela sociedade. A partir desse dado lança-se uma reflexão: será que a profissão de ACS é bem vista pela sociedade? Será que a população de Palhoça tem clareza do papel do ACS?

No que se refere aos motivos pelos quais os Agentes Comunitários de Saúde escolheram a profissão, observa-se na Tabela 3 que 57% dos pesquisados escolheu a profissão de ACS *por ser próximo de minha residência*, enquanto 45% escolheu a profissão para *auxiliar na renda familiar* e 41% para *ajudar as pessoas*. Também se pode perceber que na Tabela 3 as alternativas menos assinaladas foram *pelos atividades que são desenvolvidas na profissão* (25% dos pesquisados assinalou essa opção), *por estabilidade* (24% dos pesquisados assinalou essa opção) e *por ser a primeira que surgiu quando procurava um trabalho* (assinalada por 10% dos pesquisados).

Tabela 3: Motivos acerca da escolha da profissão (n=103)

(continua)

Você escolheu ser ACS:	Por ser um trabalho próximo de minha residência;	57%
	Para auxiliar na renda familiar;	45%
	Para ajudar as pessoas;	41%
	Pelas atividades que são desenvolvidas na profissão;	25%
	Por estabilidade;	24%

(continuação)

Por ser a primeira que surgiu quando procurava um trabalho;	10%
Outro.	0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2012

Dessa forma, pode-se dizer que para a maioria dos pesquisados a escolha se deu pela proximidade do local de trabalho, lembrando que um dos requisitos para ser um ACS, apontados pela Lei 11.350/2006, é morar na comunidade onde a UBS está inserida. Sabendo que a maioria dos agentes comunitários de saúde, como apontou essa pesquisa, são mulheres casadas, a proximidade do local de trabalho as possibilita conciliarem os afazeres domésticos com o trabalho. Nesse sentido, a pesquisa de Lunardelo (2004, p.71) sinalizou que a ACS necessita administrar os cuidados domésticos, maternos e sua relação conjugal, tornando assim, a possibilidade de trabalhar próximo à residência um motivo influenciador para a escolha dessa profissão.

Outro dado importante apontou a escolha profissional vinculada à remuneração financeira, uma vez que 45% dos pesquisados assinalou essa alternativa. Assim, da mesma forma que na Tabela 2, se percebe que a troca de mão de obra por recursos financeiros, na lógica capitalista, além de motivar o sujeito a trabalhar, também é um influenciador no processo da sua escolha profissional. Então, a possibilidade de um trabalho remunerado, ainda que tal remuneração seja de R\$ 622,00 (dados do edital 001/2012), obtidos por meio de uma jornada diária de oito horas de trabalho, parece ter sido o influenciador da escolha profissional de pouco menos da metade dos ACS pesquisados.

Ainda é possível perceber, mediante a Tabela 3, que a terceira alternativa mais assinalada foi *para ajudar as pessoas a qual sugere* que 41% dos ACS desta pesquisa escolheram entrar nessa profissão por um motivo de cunho assistencialista, o que nos remete aos estudos de Silva (2001) e Carvalho (2002) os quais elucidam que a população de ACS é a maioria mulheres que outrora estavam excluídas do mercado de trabalho e por vezes realizando serviço voluntário mediante atividades solidárias em prol da comunidade que vivem e que encontrou na profissão um meio de “prestar assistência ao outro” e receber remuneração financeira para isso. Silva (1997 apud LUNARDELO, 2004) afirma que uma forma encontrada pelas comunidades para compensar a falta de auxílio na saúde

proveniente do Estado fora o mecanismo da solidariedade, pautada no saber de pessoas que possuíam um conhecimento aprendido nas experiências de necessidades vividas em seu cotidiano ou aprendidas com pessoas mais velhas que prestavam assistência aos membros de sua comunidade. Neste grupo encontram-se as parteiras, curandeiros, irmãos de igreja e missionários. Entretanto, Figueredo (2008), Santos e Fracoli (2010) advertem de que a estratégia do SUS visa a mudança no modelo assistencial e o ACS deve ser um profissional mobilizador da comunidade objetivando melhorar a capacidade da mesma de cuidar de sua saúde.

Diante disso, pode se pensar que para a maioria dos ACS a escolha profissional está vinculada à proximidade do local de trabalho, enquanto para 45% a mesma está relacionada à remuneração advinda do trabalho e 41% dos ACS a sua escolha profissional sugere ter sido pautada no viés assistencialista, o que nos remete novamente à falta de compreensão da comunidade frente ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Ainda foi possível observar que as alternativas menos assinaladas foram as referentes às atividades desenvolvidas na profissão (25%), a estabilidade advinda do concurso público (24%) e a escolha relacionada à primeira oportunidade de trabalho (10%).

Em relação à permanência na profissão de ACS, conforme é possível perceber na Figura 1A, pouco menos da metade dos participantes da presente pesquisa elencaram como o principal motivo de sua permanência na profissão a *proximidade do local de trabalho* (48%), seguido do motivo *estabilidade financeira*, em que 40% assinalaram essa opção. Dos 103 ACS pesquisados 33% atribuíram a sua permanência na profissão à alternativa: *atividades desenvolvidas*, enquanto 26% atribuíram sua permanência ao *reconhecimento da comunidade* em que trabalham. Para 24% dos pesquisados a permanência na profissão se dá pela *importância do papel do ACS dentro do SUS*, sendo que para 22% a mesma está relacionada aos *colegas de trabalho*. Um número menor de pesquisados (10%) escolheu como motivo de sua permanência na profissão a opção *reconhecimento da equipe de saúde*, enquanto 8% dos pesquisados escolheu a opção *reconhecimento da família e amigos* e por fim, 7% dos pesquisados atribuíram sua permanência na profissão ao *salário* que recebem.

Figura 1: Motivos para a permanência e saída da profissão de ACS (n=103)

Motivos para Permanência	Por ser próximo de minha residência;	48%	() Não	39%
	Estabilidade financeira;	40%	() Sim	59%
	Atividades desenvolvidas;	33%	Salário;	48%
	Reconhecimento da comunidade;	26%	Condições de trabalho;	23%
	A importância do papel do ACS dentro do SUS;	24%	Falta de reconhecimento da comunidade;	18%
	Colegas de trabalho;	22%	Falta de reconhecimento da equipe de saúde;	15%
	Reconhecimento da equipe de saúde;	10%	Falta de apoio da equipe de saúde;	10%
	Reconhecimento da família e amigos;	8%	Problemas de saúde advindos do trabalho;	6%
	Salário;	7%	Atividades desenvolvidas que não gosto;	4%
	Outro.	0%	Falta de reconhecimento da família e amigos;	2%
		Outro.	17%	

Figura 1A

Figura 1B

Fonte: Elaborada pela autora, 2012

Diante dos dados da Figura 1A é possível observar que a maioria dos pesquisados permanece na profissão pelo motivo proximidade do local de trabalho, o que nos remete a Tabela 3 em que esse mesmo motivo foi atribuído à escolha profissional dos ACS pesquisados, ou seja, tanto a escolha da profissão de ACS quanto a permanência na mesma se dá, para a maioria dos pesquisados, pela proximidade do local de trabalho.

Para além do dado acima, mediante a figura 1A, ainda se pode constatar que para 40% dos ACS de Palhoça a estabilidade financeira proveniente do concurso público parece ser o segundo motivo pelo qual eles permanecem na profissão, no entanto, quando questionados sobre sua escolha profissional (Tabela 3) apenas 24% deles apontou esse dado como motivo pela escolha da profissão.

Sobre a opção do concurso público, o Jornal Nacional de março de 2012 publicou uma matéria informando que quase 11 milhões de brasileiros se inscreveram para concursos públicos no ano de 2011 buscando a estabilidade financeira, no entanto, a presente pesquisa apontou que para a maioria dos ACS pesquisados a estabilidade não foi a principal razão de sua escolha profissional. Diante disso, surgem alguns questionamentos: será que os ACS pesquisados, ao escolherem a profissão, tinham clareza do que significa ter estabilidade financeira?

Será que eles sabiam que a mesma está vinculada ao concurso público? Por que a estabilidade se tornou um motivo para a sua permanência na profissão sendo que não era motivo para sua entrada? Esses são questionamentos não contemplados no questionário elaborado pela autora por não fazerem parte dos objetivos específicos dessa pesquisa, contudo tais resultados apontam sugestões para novas pesquisas na área.

Outro ponto observado, ainda no tocante à permanência do ACS na profissão, diz respeito às *atividades desenvolvidas* no trabalho do ACS, em que 33% deles assinalaram essa opção como motivo para sua permanência na profissão, o que sugere que para a maioria dos ACS pesquisados (67%) as atividades realizadas em seu cotidiano não são a principal razão que os mantêm na profissão. O *reconhecimento da comunidade* também não está entre os principais motivos pelos quais os ACS pesquisados de Palhoça permanecem no trabalho, já que apenas 26% assinalou essa opção.

Vale a pena destacar que apenas 24% dos pesquisados informaram permanecer na profissão pela *importância do papel do ACS dentro do SUS*, sendo que para os autores citados no referencial teórico dessa pesquisa a dupla inserção do ACS na comunidade e na UBS facilita que a informação de um local seja transmitida para o outro, permitindo o ACS mapear as necessidades de sua comunidade e propor sugestões à sua equipe de saúde para juntos planejarem ações que visem a promoção da saúde da comunidade (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004; CARLOS; NASCIMENTO, 2008; CROCCIA, 2009; FIGUEREDO, 2008; LUNARDELO, 2004). Assim, é possível afirmar que embora a literatura aponte para a importância do trabalho do ACS como mediador, capaz de traduzir as informações técnicas recebidas em ensinamentos para o cotidiano de sua comunidade, a maioria dos ACS participantes dessa pesquisa (76%) não relacionou sua permanência na profissão ao seu papel como ACS dentro do SUS. Cabe ainda ressaltar que na Tabela 2 cujo questionamento foi sobre os motivos pelos quais os ACS pesquisados trabalhavam, a opção menos assinalada foi *por ser uma profissão bem vista pela sociedade*, apenas 8% dos entrevistados assinalou essa opção. Diante disso é possível dizer que a maioria dos ACS pesquisados referiu não trabalhar pela representação social da profissão de ACS e também não se mantém na profissão pelo papel desta no Sistema Único de Saúde.

No que se refere à saída do ACS de sua profissão, pode-se observar mediante a Figura 1B que 39% dos pesquisados não pensa em sair da profissão, por outro lado, 59% dos pesquisados assinalou a alternativa sim, informando que pensam em sair da profissão. Diante disso, percebe-se que, embora o salário do Agente Comunitário de Saúde, como visto anteriormente é significativamente baixo, o nível de escolaridade dos participantes seja maior que o exigido pelo Ministério da Saúde e ainda que a profissão não ofereça uma carreira progressiva, há um número significativo de agentes comunitários de saúde que não pensa em abandonar a profissão.

A fim de compreender melhor o resultado acima, foi realizado um cruzamento entre os dados da Figura 1B e a Tabela 10, que trata dos afetos relacionados ao trabalho do ACS (a mesma será apresentada mais adiante) onde se observou que uma pessoa das que assinalaram a alternativa *não* para o questionamento: você pensa em sair da profissão? Também assinalou as alternativas *alegre* e *realizado*, o que nos leva a cogitar que os sentimentos relacionados ao trabalho possam ser um influenciador da permanência deste pesquisado na profissão de ACS. Ainda outro cruzamento foi realizado, dessa vez entre os dados da Figura 1B e a Tabela 4 que se refere ao reconhecimento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Percebeu-se que dentre os 39% de agentes pesquisados os quais responderam que não pensam em sair da profissão, 23 deles informaram que o profissional ACS tem o reconhecimento do trabalho pela comunidade e outras 13 pessoas informaram que o Agente Comunitário de Saúde tem o reconhecimento da equipe de saúde pelo trabalho que faz. Diante disso, pode-se dizer que a variável *reconhecimento do trabalho*, advindo da comunidade, ou da equipe de saúde parece ser um influenciador da manutenção de 36 pesquisados na profissão de ACS.

Daqueles que responderam que pensam em sair da profissão, 48% apontou o *salário* como principal motivo de saída da profissão de ACS enquanto 23% assinalou a opção *condições de trabalho*. Ainda, 18% informou pensar em sair do trabalho devido a *falta de reconhecimento da comunidade*, por outro lado, 15% dos pesquisados informou que pensam em sair do trabalho pela *falta de reconhecimento da equipe de saúde*, enquanto 10% elencou como motivo de sua saída a *falta de apoio da equipe de saúde*. Outros 6% dos pesquisados assinalou a opção *problemas de saúde advindos do trabalho* enquanto 4% assinalou a opção

atividades desenvolvidas que não gosto e 2% informou pensar em sair da profissão devido a *falta de reconhecimento da família e amigos*.

Como se observa na figura 1B a alternativa *outro* foi assinalada por 17% dos pesquisados, sendo que dentre esses um informou que pensa em sair da profissão *para cursar uma faculdade* e outros três informaram sair para *exercer o curso no qual estão se formando*. Três dos pesquisados pensam em sair da profissão de ACS devido a *falta de apoio da prefeitura* enquanto outros três informaram pensar em sair para *mudar de profissão*. Um dos pesquisados informou pensar em sair da profissão pela *falta de auxílio transporte* e um pela *falta do auxílio da insalubridade*. Ainda um deles informou pensar em sair da profissão por *não gostar de ver o sofrimento das pessoas*, e um último informou pensar em sair *por não exercer as atividades que deveria*.

Assim, percebe-se que uma grande parcela dos ACS pesquisados pensa em sair da profissão devida sua remuneração, ou seja, pelo salário que recebem. Embora se compreenda que o ACS é o principal mediador entre a comunidade e a UBS, que é ele quem estabelece o vínculo entre esses dois lugares, e fortalece a adesão do usuário ao serviço de saúde, a sua remuneração, de R\$ 622,00 não condiz com a responsabilidade imposta na função do ACS, ou seja, o valor recebido está muito aquém do que esse profissional foi chamado para ser.

Segundo Starfield (2002, apud LUNARDELO, 2004), o ACS surge como o tradutor do discurso técnico, prestando acolhimento e estabelecendo relações de vínculo com os usuários. Ainda conforme o autor, a conversa entre paciente e médico muitas vezes é caracterizada por um monólogo em que apenas a voz do médico é ouvida, enquanto que o paciente ainda que com dúvidas, não questiona, não interage, isso porque, segundo os discursos de mediação, a figura do médico é permeada por uma visão crítica e pouco afetuosa. Nesse sentido o ACS tem uma importância fundamental na tradução do discurso técnico a fim de facilitar a compreensão da comunidade acerca de seus direitos, dos serviços oferecidos pelo SUS, assim como sobre os cuidados de saúde.

As demais alternativas observadas na figura 1B sobre os motivos da saída da profissão de ACS, assinalados pelos pesquisados serão discutidas em outras tabelas dessa pesquisa.

Diante do exposto neste subcapítulo, nomeado de “motivações pela escolha do trabalho de ACS, pela permanência e saída desse trabalho”, pode-se

concluir que a maioria dos ACS pesquisados trabalha para receber recursos financeiros, seja objetivando auxiliar na renda familiar (71 assinalou essa opção) ou adquirir autonomia financeira (42 assinalaram essa opção), porém o salário recebido foi apontado como o principal motivo pelo qual eles pensam em sair da profissão (48% assinalaram esta opção). Vale a pena destacar ainda em relação aos motivos pelos quais os ACS pesquisados trabalham que a opção menos assinalada foi *por ser uma profissão bem vista pela sociedade*, um dado semelhante a esse surgiu quando os pesquisados foram questionados acerca dos motivos que os mantêm na profissão de ACS em que apenas 24% dos pesquisados informou se manter na profissão pela *importância do papel do ACS dentro do SUS*. Foi possível concluir que a escolha pela profissão de ACS se deu para a maioria (57%) dos pesquisados pela proximidade do local de trabalho, sendo esse também o motivo principal pelo qual os pesquisados se mantêm na profissão (48%). Também cabe ressaltar que pouco menos da metade dos agentes pesquisados informou não pensar em sair da profissão, por outro lado, mais da metade dos ACS informaram pensar em sair da profissão e apontaram como motivo principal o salário que recebem.

4.2 O COTIDIANO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE PALHOÇA

Neste subcapítulo serão descritas e analisadas as tabelas e figuras referentes ao segundo objetivo específico desta pesquisa, a saber: Descrever o cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Com o propósito de atender tal objetivo foram elaboradas as seguintes tabelas: Tabela 4: O reconhecimento do trabalho do ACS; Tabela 5: A percepção do ACS acerca de sua atuação; Tabela 6: Atividades desenvolvidas pelos ACS; Tabela 7: Frequência com que o agente comunitário de saúde transmite as informações da comunidade para a equipe de saúde; Figura 2: Facilitadores e Dificultadores do trabalho do ACS; Figura 3: Treinamentos e Capacitações.

Mediante a Tabela 4 é possível observar que 47% dos ACS pesquisados assinalaram a opção *o ACS tem o reconhecimento da comunidade pelo trabalho que*

faz, enquanto 43% deles informaram que o ACS *não tem o reconhecimento da comunidade pelo trabalho que faz*. Ainda é possível perceber que dentre os pesquisados, 25% informou que o ACS *tem o reconhecimento da equipe de saúde pelo trabalho que faz*, enquanto 20% informaram que o ACS *não tem o reconhecimento da equipe de saúde pelo trabalho que faz*.

Tabela 4: O reconhecimento do trabalho do ACS (n=103)

Sobre o reconhecimento do trabalho do ACS:	O ACS tem reconhecimento da comunidade pelo trabalho que faz;	47%
	O ACS não tem o reconhecimento da comunidade pelo trabalho que faz;	43%
	O ACS tem o reconhecimento da equipe de saúde pelo trabalho que faz;	25%
	O ACS não tem o reconhecimento da equipe de saúde pelo trabalho que faz;	20%
	Outro.	0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2012

Diante disso se pode perceber uma pequena diferença de apenas 4% entre aqueles que informaram que o ACS *tem o reconhecimento da comunidade pelo trabalho que faz* e aqueles que informaram o contrário, ou seja, o ACS *não tem o reconhecimento da comunidade pelo trabalho que faz*. O mesmo ocorreu na opção o ACS *tem o reconhecimento da equipe de saúde pelo trabalho que faz* e o ACS *não tem o reconhecimento da equipe de saúde pelo trabalho que faz* em que a diferença entre eles foi de apenas 5%. É importante lembrar que na Figura 1A a qual se refere aos motivos pelos quais os ACS pesquisados se mantêm na profissão, o item *reconhecimento da comunidade pelo trabalho que o ACS faz* foi assinalado por 26% dos pesquisados, enquanto o *reconhecimento do trabalho do ACS advindo da equipe de saúde* foi apontado por apenas 10% deles. Já na figura 1B que se refere aos motivos pelos quais os ACS pesquisados pensam em sair da profissão, percebe-se que esses dois motivos não foram os mais apontados, uma vez que apenas 18% deles assinalaram a opção *falta de reconhecimento da comunidade* e somente 15% deles assinalaram a opção *falta de reconhecimento da equipe de*

saúde. Assim, se percebe que embora a maioria dos ACS pesquisados tenha apontado a comunidade como fonte de reconhecimento do seu trabalho, esse não parece ser o principal motivo que os mantêm na profissão.

Sobre o reconhecimento do trabalho do ACS pela comunidade, Jardim e Lancman (2009) afirmam que o mesmo está atrelado à confiança que a comunidade deposita no trabalho do agente, sendo tal credibilidade advinda em grande parte das demandas solucionadas ou encaminhadas por ele. Uma vez que o agente de saúde se encontra muitas vezes diante de situações que vão além de sua capacidade de resolução, os autores acima afirmam que isso tem tornado o trabalho do ACS mais difícil de acontecer, possibilitando o não reconhecimento do trabalho desse profissional pela comunidade.

Ainda é possível observar que o reconhecimento da equipe de saúde pelo trabalho do ACS é visivelmente inferior ao reconhecimento da comunidade pelo trabalho desse profissional, uma vez que apenas 25% dos pesquisados informaram que o ACS tem o reconhecimento da equipe de saúde. Novamente se percebe uma contradição no tocante ao que a literatura (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004; BACHILLI et al, 2008; CROCCIA, 2009; SANTOS; FRACOLLI, 2010; FIGUEREDO, 2008; LUNARDELO, 2004) aponta sobre “a importância do ACS” na consecução da saúde como um direito de todos e o que essa pesquisa indica, de que o ACS pesquisado parece ser pouco reconhecido pela equipe de saúde. A consequência do não reconhecimento do trabalho, segundo Dejours (2000), é o enfraquecimento das defesas psíquicas do trabalhador, as quais diminuem a possibilidade de transformação das relações de sofrimento em prazer por meio do fortalecimento identitário e da realização de si, acabando por comprometer o sentido do trabalho realizado.

Diante do exposto, pode-se dizer que há uma grande diferença entre o reconhecimento do trabalho do ACS pela comunidade e o reconhecimento do trabalho do ACS pela equipe de saúde, já que 47% dos pesquisados assinalaram a primeira opção enquanto que apenas 25% dos pesquisados assinalaram a segunda opção. Dessa forma, surgem alguns questionamentos como: qual o reflexo disso no tocante à valorização do trabalho do ACS? A equipe de saúde tem clareza do papel do ACS? E se tem, por que o pouco reconhecimento do trabalho deste profissional? Estas são reflexões não contempladas nesta pesquisa, mas seguramente importantes de serem feitas pela gestão de saúde, a fim de promover discussões

acerca deste tema junto às equipes de saúde e evitar assim o surgimento do adoecimento psíquico do profissional ACS.

Mediante a Tabela 5 intitulada de “A percepção do ACS acerca de sua atuação” pode-se observar que 67% dos pesquisados assinalaram a opção *minha atuação é boa*, enquanto 17% assinalou a opção *minha atuação é excelente*, seguida da opção *minha atuação é média* em que 11% assinalaram essa opção. Ainda conforme a Tabela 5 pode-se observar que a alternativa *minha atuação é péssima* não foi assinalada pelos pesquisados.

Tabela 5: A percepção do ACS acerca de sua atuação (n=103)

De que maneira você percebe sua atuação como agente comunitário de saúde?	Minha atuação é boa;	67%
	Minha atuação é excelente;	17%
	Minha atuação é média;	11%
	Minha atuação é péssima.	0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2012

Dessa forma pode se dizer que a maioria dos ACS pesquisados considera sua atuação como sendo boa enquanto um número menor considera sua atuação como sendo excelente e a minoria dos pesquisados considera sua atuação como sendo mediana. Vale ressaltar que nenhum dos pesquisados considera sua atuação como sendo péssima. Sobre a atuação do ACS, Santos e Fracolli (2010) elucidam que a mesma se caracteriza por ser uma estratégia cujo objetivo é a promoção da atenção básica em saúde para toda a população, tomando como princípios básicos a integralidade, universalidade e equidade. Mediante tais princípios procura-se promover ações que possibilitem a TODO usuário do SUS ser assistido em suas diferentes necessidades, pois se compreende que a saúde é um direito de todos e para que isso se efetive busca-se diminuir as diferenças sociais e regionais existentes em nosso país por meio de ações e dos serviços de saúde (BRASILIA, 2000). Assim, a atuação do ACS é fundamental no cumprimento de tais princípios, uma vez que é ele quem identifica as necessidades dos moradores de sua comunidade e as repassa para a UBS para que a equipe de saúde possa realizar o melhor encaminhamento do usuário ao serviço de saúde necessário, efetivando assim, os princípios básicos do SUS. No entanto, embora a maioria dos pesquisados

considere sua atuação como sendo boa, não se pode afirmar que os mesmos tenham buscado desempenhar sua atuação conforme os objetivos propostos pelo SUS, já que este dado não pode ser observado na presente pesquisa.

Conforme a Tabela 6 intitulada de “Atividades realizadas pelo ACS”, percebe-se uma frequência maior entre as atividades *cadastro das famílias que compõe a comunidade de atuação* (97% dos pesquisados assinalou esta alternativa), *visitas domiciliares* (86% dos pesquisados informaram desenvolver essa atividade) e *recolher assinaturas* (73% dos pesquisados informaram desenvolvê-la), por outro lado, percebe-se uma frequência um pouco menor nas atividades *registro de nascimentos*, (69% informou realizá-la) e *registros de doenças e agravos à saúde* (68% dos pesquisados assinalaram essa opção). A mesma porcentagem de 64% se observa nas atividades de *levantamento de informações frente a comunidade e registro de óbitos*. Ainda é visível que pouco menos da metade dos pesquisados informou desenvolver atividades de *ações educativas de promoção de saúde individual e coletiva* (apenas 51% dos pesquisados informou desenvolvê-las). As alternativas que menos foram assinaladas se referem às atividades de *marcação de consultas e exames* (assinalada por 7% dos pesquisados), *providenciar cesta-básica para famílias carentes* (4% dos pesquisados assinalaram essa opção), *disponibilizar medicamentos* (3% informou realizar esta atividade) e *fazer curativos* (1% dos pesquisados informou que realiza essa atividade).

Tabela 6: Atividades realizadas pelo ACS (n=103)

(continua)

Quais das atividades abaixo você tem desenvolvido?	Cadastro das famílias que compõe a comunidade de atuação;	94%
	Visitas domiciliares;	86%
	Recolher assinaturas;	73%
	Registro de nascimentos;	69%
	Registro de doenças e agravos à saúde;	68%
	Levantamento de informações frente a comunidade;	64%
	Registro de óbitos;	64%
	Ações educativas de promoção de saúde individual e coletiva;	51%
	Marcação de consultas e exames;	7%
	Providenciar cesta-básica para famílias carentes;	4%
	Disponibilizar medicamentos;	3%

(continuação)

Fazer curativos;	1%
Outras.	0%

Fonte: Elaborada pela autora, 2012

Sabendo que cabe ao ACS, segundo a portaria 24.88/11 do Ministério da Saúde, desenvolver atividades de registros de nascimentos, óbitos, doenças e que tais registros são usados “para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde” pode-se dizer que a maioria dos ACS pesquisados informou cumprir essas atividades requeridas. No tocante a “realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família” a qual também é uma das atividades requeridas ao ACS, percebe-se que a maioria também informou realizá-las. Segundo Figueredo (2008, p. 70) a visita domiciliar “constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e grupos. Consiste no planejamento de ações, visando à promoção de saúde da coletividade”, desta forma, as visitas possibilitam o conhecimento da realidade “*in loco*” das condições de habitação da família, das relações familiares ali existentes e assim permite que o ACS promova mudança de hábitos e estilo de vida das famílias visitadas. Entretanto, mediante a Tabela 6 percebe-se que as visitas domiciliares não fazem parte das atividades cotidianas de 100% dos ACS pesquisados uma vez que apenas 86% deles informou desenvolvê-las.

Quanto às atividades que visam “a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva” pode-se observar que um pouco mais da metade dos ACS pesquisados informou desenvolvê-las. Sendo assim, percebe-se a necessidade de mais participação dos ACS pesquisados em práticas que objetivem desenvolver ações de promoção de saúde que abarquem uma visão mais social do processo saúde-doença, visando a partir disso “intervenções que promovam a emancipação e a autonomia dos indivíduos e da comunidade em busca de uma melhor qualidade de vida, construída coletivamente” (SANTOS; FRACOLLI, 2010, p.78).

Vale a pena ressaltar que um pequeno número de pesquisados informou desenvolver atividades como disponibilizar medicamentos, fazer curativos e distribuir cestas-básicas, sendo assim, pode-se dizer que a maioria dos pesquisados não realiza ações que não competem com sua área de atuação.

Assim, pode-se dizer que a maioria dos ACS pesquisados desenvolve atividades referentes à competência técnica da profissão como registros de óbitos, nascimentos e doenças, cadastramento das famílias de sua microárea, e visitas domiciliares, todas contidas na Portaria 24.88/11 do MS que dispõe sobre as atribuições do Agente Comunitário de Saúde. Contudo, a competência política, caracterizada por ações educativas individuais e coletivas não está entre as atividades mais desenvolvidas pelos pesquisados. Diante disso, percebe-se a necessidade de se repensar nas ações que os ACS de Palhoça têm realizado, para que ele não se torne o que Santos e Fracolli (2010) intitularam de pseudoprofissional da saúde que pouco contribui para a mudança no modelo biologicista predominante ainda no setor saúde.

No que se refere à frequência com que o agente comunitário de saúde transmite as informações da comunidade para a equipe de saúde, é possível notar, através da Tabela 7 que, grande parte dos sujeitos dessa pesquisa (82%) afirma transmitir *sempre* as informações obtidas na comunidade para a equipe de saúde, enquanto que um número menor (14%) informou transmitir *geralmente* estas informações à equipe de saúde. Ainda se observa, em menor porcentagem, que 2% dos pesquisados referiram transmitir às vezes as informações da comunidade à equipe de saúde.

Tabela 7: A Frequência com que o ACS transmite as informações da comunidade para a equipe de saúde (n=103)

Com que frequência você transmite as informações da comunidade para a equipe de saúde?	Sempre;	82%
	Geralmente;	14%
	Às vezes;	2%
	Nunca.	0%

Fonte: elaborada pela autora, 2012

Embora o número de ACS que assinalou o item *sempre* na Tabela 7 tenha sido elevado é surpreendente notar que esta não seja uma atividade realizada por 100% dos profissionais ACS, sendo que a atividade de transmitir informações é primordial na profissão. Segundo Araújo e Assunção (2004, p.19) o ACS “trabalha fora do posto, fazendo a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde” sendo que tal elo é viabilizado pelas visitas domiciliares realizadas por esses profissionais

onde se tem a oportunidade de entrar em contato com a realidade da família assistida e comunicar à equipe da ESF a sua percepção e logo após então, o agente deve retornar à comunidade levando orientações, encaminhamentos que na medida do possível venham solucionar, diminuir os problemas detectados. Portanto, ainda que nem todos os agentes transmitam sempre as informações da comunidade para a equipe de saúde, cabe dizer que a maioria dos agentes pesquisados parece cumprir sua função de levar a informação da sua microárea para a equipe de saúde.

Conforme a Figura 2A a qual se refere aos “dificultadores do trabalho do ACS” é possível observar que a maioria dos pesquisados (69% deles) apontaram o *salário* como o principal dificultador do seu trabalho, enquanto 60% apontaram as *condições climáticas* como sendo dificultadores do seu trabalho. Também se pode notar que menos da metade dos pesquisados (41%) elencou o *risco de doenças contagiosas*, como sendo o que torna o seu trabalho mais difícil, enquanto 30% dos pesquisados informou o *risco de violência* como um dificultador do seu trabalho. Ainda se pode notar que as alternativas menos assinaladas são: *ruas de difícil acesso* (22% dos pesquisados assinalaram essa alternativa), o *alcance do percentual da produção (acompanhamento às famílias)* em que 19% deles assinalaram essa opção, *risco de assalto* (17% assinalaram), *acesso às famílias* (16%) e o *convívio com a equipe de saúde* (6%).

Figura 2: Dificultadores e Facilitadores do trabalho do ACS (n=103)

Dificultadores	Salário;	69%	Facilitadores	Proximidade da residência;	69%
	Condições Climáticas;	60%		Reconhecimento do trabalho pela comunidade;	48%
	Risco de doenças contagiosas;	41%		Flexibilidade do horário;	38%
	Risco de violência;	30%		Reconhecimento do trabalho pela equipe de saúde;	32%
	Ruas de difícil acesso;	22%		Facilidade de execução das atividades da função;	31%
	O alcance do percentual da produção (acompanhamento as famílias);	19%		Outro.	0%
	Risco de assalto;	17%			
	O acesso às famílias;	16%			
	O convívio com a equipe de saúde;	6%			
	Outro.	0%			

Figura 2A

Figura 2B

Fonte: Elaborada pela autora, 2012

Mediante tais dados se pode perceber que o salário além de ter sido apontado como o principal motivo da saída do ACS (Figura 1B) da profissão também aparece na Figura 2A como o principal dificultador do trabalho desse profissional. É importante destacar que as alternativas mais assinaladas, exceto o salário, se referem ao ambiente de trabalho do ACS, uma vez que esse profissional necessita visitar as famílias a fim de desenvolver as atividades requeridas pela profissão este se torna vulnerável a questões climáticas, ao risco de contrair doenças contagiosas, não podendo nos esquecer, também, do risco à violência que esse profissional está exposto.

Outro dado importante diz respeito ao alcance do percentual de produção, contemplado nessa pesquisa, onde se percebe que esse item está entre os menos assinalados, o que vem de encontro com os dados obtidos por Manoel (2009) onde foi identificada nos ACS pesquisados, uma preocupação excessiva quanto à “produtividade” referente às visitas domiciliares que passam a objetivar a quantidade e não a qualidade da visita.

Em relação ao item *convívio com a equipe de saúde* percebe-se que esse foi o menos assinalado pelos ACS quando questionados sobre os dificultadores do seu trabalho, tal resultado vem de encontro com os dados obtidos na pesquisa de Martines e Chaves (2006) onde se observou pelos relatos dos ACS, a existência de muitos conflitos referentes tanto à falta de aceitação das diferenças comportamentais de cada membro da equipe, quanto do ponto de vista de posicionamentos técnicos os quais dificultavam o trabalho da equipe de saúde.

Conforme a Figura 2B que se refere aos facilitadores do trabalho do ACS se pode notar que os itens mais assinalados foram *proximidade da residência* (69% assinalaram essa opção) e o *reconhecimento do trabalho pela comunidade* (48% assinalaram esse item) enquanto que as opções menos assinaladas foram *flexibilidade de horário* (38%), *reconhecimento do trabalho pela equipe* (32%) e *facilidade de execução das atividades da função* (31%).

Ainda é possível observar que a opção *proximidade da residência*, a qual se refere à proximidade do local de trabalho além de ter sido a alternativa mais assinalada na Figura 2B também o foi na Tabela 3 (motivos relacionados à escolha da profissão de ACS) e na Figura 1A (motivos que mantêm o ACS nessa profissão). Dessa forma, pode-se dizer que a proximidade do local de trabalho dos ACS

pesquisados é o motivo predominante de sua escolha pela profissão, é o principal fator que o mantém na mesma e é também um facilitador do desenvolvimento do seu trabalho.

O reconhecimento do trabalho pela comunidade, o qual foi o segundo item mais assinalado pelos pesquisados na Figura 2B, também apareceu na Tabela 4 (reconhecimento do trabalho do ACS) como o item mais assinalado. Diante disso, se pode dizer que os pesquisados consideram a comunidade como a principal fonte de reconhecimento pelo seu trabalho e ao mesmo tempo este fator é um dos principais facilitadores desse trabalho.

Assim, através da Figura 2 se pode concluir que os principais dificultadores do trabalho do ACS são em primeiro lugar o salário seguido dos fatores relacionados ao seu ambiente de trabalho, enquanto que os principais facilitadores do trabalho desse profissional são a proximidade da residência e o reconhecimento do trabalho do ACS pela comunidade.

Como se observa na Figura 3A, intitulada de “treinamentos e capacitações” apenas 72 ACS responderam essa questão, dentre eles 36 informaram que *nunca* participaram de treinamentos/capacitações, enquanto que 17 relataram que participam *uma vez por ano*. Ainda se pode notar que apenas sete pessoas informaram participar *duas vezes por ano* de treinamentos/capacitações e 19 pesquisados informaram *raramente* participar.

Figura 3: Treinamentos e capacitações (n 72)

Frequência de ocorrência dos treinamentos e capacitações	Nunca;	36	Ano do <u>último</u> treinamento em que o ACS participou	2012	3
	Uma vez por ano;	17		2011	23
	Duas vezes por ano;	7		2010	10
	Raramente.	19		2009	2
				2007	5
				2006	3
				2005	4
				2001	2
			Nunca tive	23	

Figura 3A

Figura 3B

Fonte: Elaborada pela autora, 2012

Em relação à Figura 3B que se refere ao último ano em que os pesquisados participaram de treinamentos/capacitações se pode observar que a maioria deles afirmou ter participado de treinamentos e capacitações no ano de 2011 (23 pesquisados assinalaram essa opção) enquanto que o mesmo número de pessoas afirmou nunca ter participado de nenhum treinamento ou capacitação.

É possível notar que 10 pessoas afirmaram ter participado de treinamentos ou capacitações no ano de 2010, outras cinco responderam que seu último treinamento ou capacitação ocorreu no ano de 2007 enquanto quatro pesquisados relataram que seu último treinamento ou capacitação foi em 2005. Ainda se observa mediante a Figura 3B que três pesquisados responderam que seu último treinamento/capacitação ocorreu em 2006 e o mesmo número de pessoas afirmou que no ano de 2012 já havia participado de treinamentos/capacitações. Outras duas pessoas responderam terem participado, no ano de 2009 de treinamento/capacitação e o mesmo número de pessoas também afirmou ter participado no ano de 2001. Tais dados vêm ao encontro das pesquisas de Cardoso e Nascimento (2008), Crocchia (2009), Silva e Dalmaso (2002) e Tomas (2002), os quais afirmam que os treinamentos e capacitações não têm ocorrido de forma contínua para o ACS, uma vez que a maioria dos pesquisados (48) informou que seu último treinamento foi em anos anteriores ao de 2011 ou nunca teve.

Sabendo da responsabilidade que recai sobre o profissional agente comunitário de saúde a portaria do MS 2.488/11 dispõe que tais profissionais devam receber educação permanente, pois esta possibilita maior “capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras” que venham a estreitar os laços “entre concepção e execução do trabalho” (BRASIL, 2011). Contudo, Alves (2009) em sua pesquisa intitulada “O que sabe o ACS” encontrou dados que apontam para a insuficiência na formação básica deste profissional, inclusive a demora no oferecimento da capacitação para os iniciantes.

Mediante os dados das Figuras 3A e 3B pode se notar uma insuficiência no que se refere à participação dos ACS pesquisados em treinamentos ou capacitações, visto que a maioria dos que responderam a essa questão afirmaram nunca ou raramente terem participado de algum destes. No entanto não se pode afirmar que os treinamentos/capacitações não foram oferecidos pelo município, ainda que se saiba da participação obrigatória destes profissionais em eventos como estes.

Diante do que foi apresentado neste subcapítulo, intitulado de “O cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Palhoça”, pode-se dizer que menos da metade dos ACS pesquisados informou ter o reconhecimento da comunidade pelo trabalho que faz, enquanto apenas um quarto dos pesquisados respondeu ter o reconhecimento da equipe de saúde pelo trabalho que faz.

Quanto à percepção do ACS acerca de sua atuação a maioria dos pesquisados informou que sua atuação é boa enquanto uma pequena minoria relatou que sua atuação é mediana.

Em relação as atividades desenvolvidas pelos ACS pesquisados constatou-se que as mais realizadas por eles dizem respeito às competências técnicas da profissão de ACS, como: *cadastro das famílias que compõe a comunidade de atuação, visitas domiciliares, recolher assinaturas, registro de nascimentos, registro de doenças e agravos à saúde, levantamento de informações frente à comunidade, registro de óbitos*, enquanto as ações que dizem respeito à competência política foram assinaladas apenas por um pouco mais da metade dos pesquisados. As atividades menos assinaladas foram aquelas que não competem com a área de atuação do ACS como *marcação de consultas e exames, providenciar cesta-básica para famílias carente e disponibilizar medicamentos*.

Sobre os dificultadores e facilitadores do trabalho do ACS constatou-se neste subcapítulo que a maioria dos pesquisados apontou o salário como principal dificultador do seu trabalho, seguido das condições do seu ambiente de trabalho. O facilitador mais apontado foi a *proximidade do local de trabalho* seguido do *reconhecimento do trabalho pela comunidade*.

Em relação aos treinamentos e capacitações a maioria referiu que nunca participou de algum desses, em relação ao último ano em que os ACS pesquisados participaram de algum treinamento ou capacitação apenas 23 deles referiu ter participado no ano de 2011 enquanto que o mesmo número relatou nunca ter tido um treinamento ou capacitação. Dessa forma, percebe-se que os pesquisados que responderam a essas duas questões não têm participado de treinamentos e capacitações de forma contínua, como prevista pelo Ministério da Saúde, o que nos faz questionar a maneira pela qual as ações requeridas à profissão de ACS têm sido desenvolvidas, o que se percebeu neste subcapítulo é que elas têm sido realizadas, contudo se a maneira está correta ou não, esta pesquisa não permite medir.

4.3 A PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DA FUNÇÃO DE ACS

Neste subcapítulo será tratado o terceiro objetivo desta pesquisa, a saber, “verificar a percepção do agente comunitário de saúde acerca da função de ACS”. Para isso, foram elaboradas as seguintes tabelas que serão analisadas a seguir: Tabela 8: A percepção dos ACS sobre as atribuições do agente comunitário de saúde; Tabela 9: A percepção do agente comunitário de saúde sobre a profissão de ACS.

Conforme se observa na Tabela 8, que trata sobre as atribuições do agente comunitário de saúde, observa-se que a alternativa mais assinalada foi *realizar visitas domiciliares* (92% assinalaram essa opção), seguida da alternativa *fazer registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde* (75%). Logo abaixo estão as alternativas *estimular a comunidade a participar nas políticas públicas voltadas para a área da saúde* (68% assinalaram essa alternativa), e *desenvolver ações educativas em saúde* (assinalada por 67%). Um pouco mais da metade dos pesquisados informou que é atribuição do ACS *participar de ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida* (59% assinalou essa opção). E por último estão as alternativas: *utilizar instrumentos de diagnóstico demográficos e sócio – culturais* (12% informou essa opção), *providenciar cesta-básica para famílias carentes* (8% assinalou essa alternativa), *marcar consultas e exames* (assinalada por 4% dos pesquisados), *disponibilizar medicamentos e fazer curativos*, ambas assinaladas por 1% da população pesquisada.

(continua)

Tabela 8: A percepção dos ACS sobre as atribuições do agente comunitário de saúde (n=103)

ACS: Você pode assinalar mais de uma	Realizar visitas domiciliares;	92%
	Fazer registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;	75%

Estimular a comunidade a participar nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;	68%
Desenvolver ações educativas em saúde;	67%
Participar de ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida;	59%
Utilizar instrumentos de diagnóstico demográficos e sócio – culturais;	12%
Providenciar cesta-básica para famílias carentes;	8%
Marcar consultas e exames;	4%
Disponibilizar medicamentos;	1%
Fazer curativos;	1%
Aplicar injeções quando solicitado.	0%

Fonte: elaborada pela autora, 2012.

Ao comparar a Tabela 8 com a Tabela 6 sobre as atividades desenvolvidas pelos ACS de Palhoça, percebe-se que 92% dos pesquisados informou que é atribuição do ACS *realizar visitas domiciliares*, porém apenas 86% deles relatou desenvolver essa atividade. Outra pequena diferença encontrada nesta comparação diz respeito aos *registros de nascimentos, óbitos e agravos à saúde* em que 75% dos ACS pesquisados informaram ser atribuição do profissional ACS, porém apenas 69% informou realizar *registro de nascimento*, 68% informou realizar *registro de agravos à saúde* e 64% informou realizar *registro de óbitos*. Ainda se percebe uma diferença entre a alternativa que se refere às *ações educativas em saúde*, encontrada na Tabela 8, e a alternativa que se refere às *ações educativas de promoção de saúde individual e coletiva*, encontrada na Tabela 6, uma vez que na Tabela 8 um número maior de pesquisados (67%) informou ser essa uma atribuição do agente comunitário de saúde, enquanto que apenas 51% relatou (na Tabela 6) desenvolver essa atividade.

Ainda comparando as Tabelas 6 e 8, percebe-se que na primeira, dentre as atividades menos desenvolvidas estão as que fazem alusão à competência política da profissão de ACS, enquanto que as mais desenvolvidas são as que se referem à dimensão técnica da profissão, o mesmo também ocorreu na Tabela 8 uma vez que as atribuições mais assinaladas são as que se referem à dimensão técnica da profissão enquanto que as referentes à competência política deste profissional foram assinaladas por pouco mais da metade dos pesquisados.

Sabendo que se o trabalhador tem clareza das intenções de seu trabalho, do fim que se almeja, do que lhe compete, mais nítido será o seu empenho para alcançá-lo, cabe dizer então, que embora se perceba que a maior parte dos ACS pesquisados, sabe quais são as atribuições de sua profissão, ainda assim esse número não é totalitário, o que se pode pensar que isso esteja relacionado ao fato dos treinamentos e capacitações ofertadas serem insuficientes ou realizados de forma descontextualizada.

Mediante a Tabela 9 a qual se intitula “a percepção do agente comunitário de saúde acerca da função do ACS” observa-se que 70% dos ACS pesquisados pensa que *é por meio do ACS que a equipe de saúde recebe as informações da comunidade* enquanto 51% pensa que *o ACS possibilita que a comunidade receba as informações acerca dos seus direitos como usuários do SUS*. Outros 51% pensam que *a profissão de ACS é importante na política do SUS, porém não tem sido reconhecida*, enquanto 49% pensa que *a profissão de ACS é importante para o alcance da saúde como um direito de todos*. Vale ressaltar que 1% dos pesquisados pensam que *a profissão de ACS não é importante para o alcance da saúde como um direito de todos*.

Tabela 9: A percepção do agente comunitário de saúde acerca da função do ACS (n=103)

O que você pensa sobre a profissão de ACS?	Penso que é por meio do ACS que a equipe de saúde recebe as informações da comunidade;	70%
	Penso que o ACS possibilita que a comunidade receba as informações acerca dos seus direitos como usuários do SUS;	51%
	Penso que a profissão de ACS é importante na política do SUS, porém não tem sido reconhecida;	51%
	Penso que a profissão de ACS é importante para o alcance da saúde como um direito de todos;	49%
	Penso que a profissão de ACS não é importante para o alcance da saúde como um direito de todos;	1%
	Outra.	0%

Fonte: elaborada pela autora, 2012

Sobre a primeira e a segunda alternativa pode-se dizer que estas vêm ao encontro das afirmações feitas pelos autores Figueredo, (2008) e Lunardelo, (2004) no tocante à percepção desses sobre o ACS como elo entre a UBS e a comunidade possibilitando que a equipe de saúde receba as informações da comunidade e mediante o ACS também transmita informações importantes que venham a contribuir para a saúde dos membros dessa comunidade. No entanto, é surpreendente que apenas 70% dos pesquisados (e não 100%) tenham assinalado a primeira alternativa e apenas 51% tenham assinalado a segunda alternativa, assim, pode-se pensar que embora a maioria, pareça perceber a profissão de ACS atrelada à função de mediador entre a UBS e a comunidade, ainda restam 30%, na primeira alternativa e 49%, na segunda, que talvez não tenham clareza quanto a ser essa uma função do ACS.

Outro dado importante diz respeito às alternativas três e quatro da mesma Tabela 9, as quais apontam que apenas metade dos pesquisados percebe a profissão de ACS como sendo importante na política do SUS e para o alcance da saúde como um direito de todos. A partir da compreensão que se tem sobre a Estratégia da Saúde da Família, de que essa é uma proposta de reorientação ao modelo médico assistencial, e sabendo que o ACS aí se encontra inserido como mediador e articulador da comunidade e da unidade de saúde, parece não haver concordância entre a percepção exposta pela literatura desta pesquisa (CARDOSO; NASCIMENTO, 2008; FIGUEREDO, 2008; LUNARDELO, 2004) e a dos pesquisados. Embora Figueredo (2008, p. 46) aponte que o ACS abre “perspectivas de acesso à saúde no domicílio familiar, com sua conotação de desenvolvimento integral da família (biopsicosocial) [...] levando a saúde de forma barata e eficaz a todos da comunidade”, sendo dessa forma uma estratégia do SUS para o alcance da saúde como um direito de todos, essa não parece ser a percepção da maioria dos ACS pesquisados.

Segundo Nunes et al (2002), Martines e Chaves (2006), Mendes e Ceotto (2011) ao ACS é dada a responsabilidade de ser agente de mudanças, e quando isso não ocorre, seja pela falta de treinamento ou capacitação, seja pelas condições do ambiente de trabalho ou até pela falta de entendimento sobre a profissão do ACS, este profissional poderá acalentar dúvidas com relação ao exercício da sua função. Não se pode afirmar se estes fatores influenciam ou não a percepção dos pesquisados sobre a função do ACS, no entanto, se torna importante problematizar

junto a esses profissionais se a falta de clareza sobre as funções do ACS, percebidas nessa pesquisa, dizem respeito à escassez de treinamento e capacitação. Assim, poderão ser esclarecidas as dúvidas frente ao que compete ao ACS e o que está além da sua atuação profissional.

Através de um cruzamento entre a Tabela 2 intitulada de “motivos pelos quais os participantes trabalham” e a Tabela 9 intitulada de “a percepção do agente comunitário de saúde sobre a profissão de ACS” pode-se perceber que dentre as 53 pessoas que assinalaram na Tabela 9 a alternativa *penso que a profissão de ACS é importante na política do SUS, porém, não têm sido reconhecida*, 21 delas informou na Tabela 2 trabalhar *para ter autonomia financeira*, 40 afirmou trabalhar *para auxiliar na renda familiar* e apenas 20 delas informou trabalhar *por gostar da profissão*.

Dentre as 50 pessoas as quais pensam ser *a profissão de ACS importante para o alcance da saúde como um direito de todos*, 17 delas trabalham *para ter autonomia financeira*, 35 trabalham *para auxiliar na renda familiar* e 22 trabalham *por gostar da profissão*.

A única pessoa que assinalou o item *a profissão de ACS não é importante para o alcance da saúde como um direito de todos* (Tabela 9) também assinalou o item trabalhar *para auxiliar na renda familiar* (Tabela 2).

Sendo assim, pode-se dizer que o sentido do trabalho está vinculado, para a maioria dos agentes pesquisados, à aquisição de capital financeiro, no entanto, mediante a Tabela 9 foi possível observar que para um número significativo de agentes (pouco mais da metade) o sentido do trabalho parece também estar atrelado à percepção destes profissionais sobre a importância desta profissão como uma estratégia dentro do SUS a qual possibilita levar a saúde ao alcance de sua comunidade.

Mediante os resultados obtidos neste subcapítulo pode-se dizer que as atribuições mais assinaladas pelos pesquisados estão relacionadas à competência técnica da profissão enquanto as menos assinaladas dizem respeito à sua competência política. Sobre a percepção dos pesquisados acerca da profissão de agente comunitário de saúde pode-se perceber que a maioria deles vincula sua profissão à característica de mediador, o que segundo os autores Santos e Fracolli (2010) se dá pela dupla inserção deste profissional na comunidade e na UBS. Ainda se pode constatar que o sentido do trabalho para pouco mais da metade dos

pesquisados além de estar trelado à aquisição de capital financeiro também está relacionado à percepção dos sujeitos acerca da importância da profissão de ACS como política do SUS a qual permite que o direito à saúde esteja ao alcance de todos.

4.4 AFETOS RELACIONADOS AO TRABALHO DO ACS

Observando a Tabela 10, a qual se intitula “afetos relacionados ao trabalho do ACS” pode-se notar que menos da metade dos participantes, 42% deles, sente-se satisfeito ao fazer o seu trabalho, 26% sente-se realizado e o mesmo número de pessoas informou sentir-se alegre. Ainda se observa que 22% sentem-se frustrados, 6% referiram sentir-se com medo e uma pequena minoria (3%) informou sentirem-se tristes enquanto que o mesmo número de pessoas (3%) informou se sentir com raiva.

Tabela 10: Afetos relacionados ao trabalho do ACS (n=103)

Como você se sente ao fazer o seu trabalho?	Satisfeito;	42%
	Realizado;	26%
	Alegre;	26%
	Frustrado;	22%
	Com medo;	6%
	Triste;	3%
	Com raiva;	3%
	Outro.	0%

Fonte: elaborado pela autora, 2012

Percebe-se na presente pesquisa que os sentimentos mais apontados pelos participantes foram de satisfação, alegria e realização, o que vêm de encontro com a pesquisa de Martines e Chaves (2006) acerca da vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde, onde foi observado que o trabalho dos ACS pesquisados estava envolto por sentimentos de frustração, inutilidade, revolta, ansiedade e solidão. Contudo, vale pontuar que também foram referidos pelos pesquisados sentimentos (em menor porcentagem) de tristeza, raiva, frustração,

medo os quais apontam a existência de certa ambiguidade no tocante aos sentimentos relacionados ao trabalho do ACS, o que segundo Jardim e Lancman (2009), provêm da relação atípica do trabalho do ACS: morar e trabalhar na comunidade.

Ao fazer uma tabela de dupla entrada considerando os sentimentos de satisfação, realização, alegria, frustração, medo, tristeza, raiva, pode-se observar que nenhum dos pesquisados os quais referiram sentir-se satisfeitos assinalaram sentimentos negativos, porém, o mesmo não ocorreu nos demais sentimentos. Dentre os 27 que referiram sentir-se realizado, um também informou sentir-se triste, dos 23 que se sentem frustrados ao fazerem seu trabalho, dois deles também referiram sentir-se tristes, quatro com medo e dois com raiva. Dentre os 27 pesquisados os quais se sentem alegres ao fazerem seu trabalho, dois deles também se sentem tristes, três com medo, e dois com raiva. Sendo assim, percebe-se uma porcentagem mínima de sentimentos negativos, quando comparados aos sentimentos positivos referidos pelos pesquisados.

Lunardelo (2004) afirma que ao adentrar na intimidade das famílias, ao conhecer suas dificuldades, o agente comunitário de saúde acaba por se envolver de tal forma que ora seu trabalho é permeado por sentimentos de alegria e satisfação e ora frente à impotência sentem-se tristes e insatisfeitos, possibilitando o sofrimento deste profissional. Nunes et al (2002) afirmam que

[..] Esse modelo relacional condiciona, então, a excessiva valorização dos aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com os moradores, bem como a ênfase que é colocada pelos usuários do PSF em conteúdos ligados à vida pessoal dos agentes, chegando por vezes ao extremo de exercerem um controle social sobre as suas vidas privadas (NUNES et al, 2002, p.1644-5).

Dessa forma, a maneira pela qual o trabalho do ACS está organizado pode ser causador de afetos os quais propiciam o sofrimento desse profissional, pois, ainda que a função do ACS seja a de agente educador a qual deve contribuir para a melhoria da saúde de sua comunidade, devido a sua dupla inserção, este também se torna depositário dos anseios e angústias da comunidade, por serem, segundo Jardim e Lancman (2009), aqueles que têm um contato mais frequente e íntimo com as pessoas.

A fim de compreender melhor as possíveis motivações dos 42 sujeitos que informaram sentir-se satisfeitos ao fazerem o seu trabalho, foram realizados dois cruzamentos, o primeiro entre a Tabela 10 e a Tabela 4 (Reconhecimento do trabalho do ACS) e o segundo entre a Tabela 10 e a Tabela 9 (A percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a função de ACS).

No primeiro cruzamento foi observado que dentre os 42 sujeitos os quais se sentem satisfeitos ao fazerem seu trabalho 18 deles informaram que *o ACS tem o reconhecimento da comunidade pelo trabalho que faz* e um número menor, 11 deles, informaram que *o ACS tem reconhecimento da equipe de saúde pelo trabalho que faz*. Assim pode-se pensar que a variável reconhecimento do trabalho esteja atrelada ao sentimento de satisfação referido pelos pesquisados, o que vem ao encontro de Santos e David (2010) os quais esclarecem em sua pesquisa que o reconhecimento do trabalho está atrelado tanto à realização profissional, quanto ao sentido que o trabalhador atribui ao seu trabalho e conseqüentemente aos afetos atribuídos ao mesmo.

No segundo cruzamento foi possível notar que dentre os sujeitos os quais se sentem satisfeitos ao fazerem seu trabalho, quase metade deles (20 pesquisados) assinalou o item *penso que o ACS possibilita que a comunidade receba as informações acerca dos seus direitos como usuários do SUS* (Tabela 9), pouco mais da metade (24) dos pesquisados informou *penso que a profissão de ACS é importante na política do SUS, porém, não tem sido reconhecida*, e 19 assinalaram o item *penso que a profissão de ACS é importante para o alcance da saúde como direito de todos*. Portanto, pode-se observar que a percepção dos pesquisados sobre a profissão de ACS pode ser influenciador do sentimento de satisfação informado pelos agentes.

Diante disso pode-se dizer que para a maioria dos que responderam esta questão o seu trabalho está permeado de sentimentos de satisfação, alegria e realização, entretanto, ainda que em menor porcentagem, também foram observados sentimentos de frustração, raiva, medo e tristeza. Ainda é possível refletir que a percepção dos pesquisados sobre a profissão de ACS e o reconhecimento tanto da comunidade quanto da equipe de saúde parecem ser variáveis influenciadoras do sentimento de satisfação referido pelos pesquisados.

4.5 O VALOR ATRIBUÍDO PELO ACS AO TRABALHO QUE DESENVOLVE

Conforme se observa na Tabela 11, a qual trata sobre “O agente comunitário de saúde e a prática de informar a comunidade sobre os seus direitos como usuários do SUS”, a grande maioria dos pesquisados (96%) referiu informar a comunidade acerca das *campanhas preventivas*, 86% referiu informar sobre as *vacinas* ofertadas e 85% sobre o *cartão do SUS*. Ainda se nota que 79% dos sujeitos dessa pesquisa assinalaram o item *consultas*, 69% o item *exames oferecidos* e 68% *tratamento dentário* enquanto 67% assinalou o item *grupos de hipertensos, de diabéticos, de mães*.

Tabela 11: O agente comunitário de saúde e a prática de informar a comunidade sobre os seus direitos como usuários do SUS (n=103)

Campanhas preventivas;	96%
Vacinas;	86%
Cartão do SUS;	85%
Consultas;	79%
Exames oferecidos;	69%
Tratamento dentário;	68%
Grupos de hipertensos, diabéticos, de mães;	67%
Outro.	0%

Fonte: elaborada pela autora, 2012

Segundo Da Ros (2006), até a implantação do Sistema Único de Saúde, o modelo de atendimento à saúde disponível caracterizava-se por excluir uma grande parcela dos brasileiros, já que os serviços de saúde pública eram disponíveis somente para os contribuintes da previdência social (os que possuíam carteira assinada), impedindo o acesso aos serviços públicos dos não contribuintes, sendo assim, os mesmos se viam forçados, quando em condições financeiras, a utilizar os serviços privados de saúde, enquanto que o pobre era obrigado a depender da caridade de terceiros. Mediante a implantação do SUS o número de beneficiados pulou de 30 milhões para 190 milhões e atualmente 80% desse total depende exclusivamente do SUS para obterem acesso aos serviços de saúde. Sendo assim,

é direito de todo cidadão brasileiro o acesso aos serviços de saúde disponíveis pelo SUS, dentre esses serviços pode-se destacar:

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador, além de programas de vacinação em massa de crianças e idosos em todo o país e da realização de transplantes pela rede pública (BRASIL, 2012).

Diante disso, se faz necessária a participação de profissionais capacitados, os quais tenham clareza dos objetivos do SUS, da sua função neste sistema e dos serviços disponíveis, para que assim possam disseminar junto à população os direitos do usuário do SUS.

Através dos dados anteriores se pode dizer que os agentes comunitários de saúde pesquisados têm sido, em sua maioria, profissionais os quais têm informado a população acerca do que é oferecido a ela por direito. No entanto, se percebe que há serviços os quais os pesquisados têm informado a população com menor frequência como os *exames oferecidos, tratamentos dentários e grupo específicos* (hipertensos, diabéticos, mães) o que se pode pensar que aqueles que não assinalaram este item talvez não tenham em sua UBS esses tipos de serviços, e por esse motivo não informam a comunidade, porém, não se pode afirmar, já que os motivos pelos quais os ACS não prestam essas informações à comunidade não foram contemplados no questionário da presente pesquisa.

Conforme se observa abaixo na Tabela 12, a qual trata da “frequência da contribuição do trabalho do ACS para a saúde da comunidade”, pouco mais da metade dos agentes comunitários de saúde pesquisados (57%) percebe que o seu trabalho *sempre* contribui para a saúde da sua comunidade, enquanto que 24% pensa que seu trabalho contribui apenas *geralmente*. Ainda nota-se que 14% das pessoas pesquisadas percebem que seu trabalho contribui somente às vezes para a saúde da comunidade.

(continua)

Tabela 12: A frequência da contribuição do trabalho do ACS para a saúde da comunidade (n=103)

como ACS realment e contribui para a saúde da sua comunid ade?	Sempre	57%
	Geralmente	24%

Às vezes	14%
Nunca	1%
Por que	0%

Fonte: elaborada pela autora, 2012

Considerando os agentes comunitários de saúde pesquisados, os quais informaram que seu trabalho *sempre* contribui para a saúde da comunidade, observa-se conforme o Quadro 2 que apenas 21 deles informou o porquê de sua resposta. Dentre esses, nove pessoas responderam que o seu trabalho contribui, pois *o ACS Transmite as informações da comunidade para a UBS*, outras seis pessoas pensam que *o ACS é um elo entre a comunidade e o posto* e por isso seu trabalho sempre contribui para a saúde da comunidade. Ainda é possível observar que três pesquisados atribuíram a sua resposta ao motivo *o ACS informa a comunidade acerca de seus direitos dos usuários do SUS*, um também informou que seu trabalho como ACS contribui, pois, *nas visitas do ACS às famílias, são detectados problemas de saúde*. Um pesquisado ainda referiu que *o ACS transmite as informações da UBS para a comunidade*, sendo assim, seu trabalho sempre contribui para a saúde de sua comunidade, outro também informou que *o ACS auxilia na prevenção, promoção e recuperação da saúde da comunidade*.

Quadro 2: categorização das respostas abertas dos sujeitos que responderam “sempre” ao item “seu trabalho como ACS realmente contribui para a saúde da comunidade?”

Meu trabalho sempre contribui para	
Categorias	Quantidade de pessoas
O ACS Transmite as informações da comunidade para a UBS;	9 pessoas
O ACS é um elo entre a comunidade e o posto;	6 pessoas
O ACS informa a comunidade acerca de seus direitos dos usuários do SUS;	3 pessoas
Nas visitas do ACS às famílias, são detectados problemas de saúde;	1 pessoa
O ACS transmite as informações da UBS para a comunidade;	1 pessoa
O ACS auxilia na prevenção, promoção e recuperação da saúde da comunidade.	1 pessoa

Fonte: elaborada pela autora, 2012

Sendo assim, percebe-se que os pesquisados que responderam a esta questão além de terem clareza das atividades que compõe o seu trabalho também percebem que as mesmas sempre contribuem para a saúde de sua comunidade,

pode-se notar então, uma valorização do trabalho do agente comunitário de saúde por parte destes profissionais. Pupin e Cardoso (2011) partilham deste pensamento ao afirmarem que as visitas domiciliares possibilitam aos agentes partilharem das vivências dos usuários as quais não seriam possíveis dentro do espaço clínico, desta forma, o trabalho do ACS amplia as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde e contribui para disseminar os serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Daqueles que responderam que seu trabalho *geralmente e às vezes* contribui para a saúde de sua comunidade percebe-se que seis pessoas no Quadro 3 e cinco pessoas no Quadro 4 informaram que o trabalho do agente comunitário de saúde é atravessado por limitações e dificuldades, enquanto quatro pesquisados no Quadro 3 e apenas uma no Quadro 4 elencaram contribuições do trabalho do ACS para a saúde da comunidade.

Quadro 3: categorização das respostas abertas dos sujeitos que responderam “geralmente” ao item “seu trabalho como ACS realmente contribui para a saúde da comunidade?”

Meu trabalho geralmente contribui para	
Categorias	Quantidade de pessoas
O ACS não tem como resolver todas as dificuldades da população;	1 pessoa
O ACS presta o acolhimento à comunidade,	1 pessoa
As pessoas não levam em consideração as informações transmitidas pelo ACS;	2 pessoas
Falta de apoio da prefeitura;	1 pessoa
O ACS é o vínculo entre a comunidade e a UBS, porém não é responsável pela mesma;	1 pessoa
O ACS transmite as informações da comunidade para a UBS;	1 pessoa
O ACS é capaz de detectar problemas de saúde;	1 pessoa
Falta de reconhecimento da comunidade.	1 pessoa

Fonte: elaborada pela autora, 2012

Quadro 4: categorização das respostas abertas dos sujeitos que responderam “às vezes” ao item “seu trabalho como ACS realmente contribui para a saúde da comunidade?”

Meu trabalho às vezes contribui para	
Categorias	Quantidade de pessoas
A comunidade não compreende a função do ACS	1 pessoa
Falta de profissionais na UBS	3 pessoas
Não há continuidade do trabalho realizado pelo ACS	1 pessoa
O ACS contribui na conscientização das pessoas a realizarem os exames necessários	1 pessoa

Fonte: elaborada pela autora, 2012

Desta forma, percebe-se que a maioria deles atribui às frequências *geralmente* e *às vezes* as dificuldades encontradas no seu cotidiano e que não estão relacionadas diretamente a sua atuação enquanto profissional, mas sim com um conjunto de fatores (demais profissionais de saúde, serviços oferecidos, agilidade nos serviços etc) os quais dependem uns dos outros para que a promoção de saúde se torne uma realidade na comunidade. Jardim e Lancman (2009) referem que por diversas vezes em seu dia a dia, o agente comunitário de saúde se vê imbricado em um trabalho que acaba exigindo muito além de suas competências e possibilidades de resolução. E quando o seu trabalho não atende de forma eficaz as demandas da população, essa é a primeira a cobrar-lhe, esquecendo-se de suas ações efetivas até o momento. Tal cobrança é fortalecida, segundo os autores Jardim e Lancman (2009), pois o agente de saúde e a população acabam por transitar nos mesmos espaços, ou seja, mantêm um constante contato.

Tomas (2002) afirma que muitas vezes é imposta sob o agente comunitário de saúde uma responsabilidade a qual ultrapassa as possibilidades de sua atuação, como se a ele coubesse toda a efetivação do SUS. Os autores Martines e Chaves (2006) vêm ao encontro dessa afirmação elucidando que a missão outorgada ao ACS de ser um agente de mudanças é atravessada por limitações além de seu controle, como: número de famílias superior ao preconizado pelo Ministério, a falta de agilidade nas ações de saúde complementares ao SUS, dificuldades de acesso a recursos de maior complexidade, falta de profissionais médicos nas UBS, dentro outros. No entanto, a vigilância em saúde necessária para

suportar a idéia de promoção de saúde ultrapassa a atuação do ACS, fazendo-se necessário o encadeamento de todos os recursos citados anteriormente.

No que se refere ao que pensa o ACS sobre o que é saúde é possível observar mediante a Tabela 13 que a maioria dos profissionais pesquisados (76%) assinalou o item *saúde é estar completamente bem fisicamente, mentalmente e socialmente*; pouco menos da metade dos agentes comunitários de saúde que participaram dessa pesquisa (40%) informou que *saúde é ter capacidade para adaptar-se às situações mesmo que elas não sejam boas*. Ainda é possível notar que uma pequena parcela dos pesquisados (9%) assinalou o item *saúde é não ter doenças de nenhum tipo* e uma parcela ainda menor (4%) informou que *saúde é não ter doenças e ter recursos financeiros para viver*

Tabela 13: O que pensa o ACS sobre saúde (n=103)

O que é saúde para você?	Saúde é estar completamente bem fisicamente, mentalmente e socialmente;	76%
	Saúde é ter capacidade para adaptar-se às situações mesmo que elas não sejam boas;	40%
	Saúde é não ter doenças de nenhum tipo;	9%
	Saúde é não ter doenças e ter recursos financeiros para viver;	4%
	Outro.	0%

Fonte: elaborada pela autora, 2012

Considerando a intrínseca relação entre a concepção de saúde e as ações desenvolvidas em prol de sua promoção, percebe-se que a maior parte dos pesquisados compreende o conceito de saúde segundo a definição da Organização Mundial da Saúde, de que saúde é o completo bem estar físico, mental e social, o que sugere que suas intervenções sejam pautadas nessa concepção. Tal definição de saúde é questionada pela autora Kahalle (2003) que a entende como sendo uma compreensão utópica, já que dificilmente as pessoas conseguem estar bem física, mental e socialmente em todos os momentos. Vale ressaltar que a compreensão de saúde deve considerar a dinâmica da vida, em que as pessoas estão constantemente variando entre bem estar e mal estar, isso porque ora se enfrenta dificuldade, insegurança, estresse e ora não. Assim, conceber a saúde como um processo dinâmico, ativo, nos remete ao item *saúde é capacidade para adaptar-se às situações mesmo que elas não sejam boas* em que pouco menos da metade dos agentes comunitários de saúde informou ter essa compreensão de saúde.

Sabendo que existem diversos fatores ligados à saúde como fatores sociais, físicos, econômicos não se podem desconsiderar as respostas dadas pelos demais participantes de que *saúde é não ter doença de nenhum tipo*, de que a mesma significa *ter recursos financeiros para viver*, no entanto, compreender saúde como sendo apenas um desses itens torna a sua compreensão incompleta já que o conceito, como visto é ainda mais amplo. Diante disso percebe-se a necessidade de se discutir o tema saúde junto aos profissionais ACSs, valorizando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais os quais não são fatores isolados, mas mantêm uma constante interação com o meio ambiente, com o momento histórico, com a cultura e as possibilidades de cada pessoa (CZERESNIA, 2003, apud ROCHA et al, 2009).

Diante do que foi elucidado neste subcapítulo, pode-se dizer que os agentes comunitários de saúde pesquisados têm sido, em sua maioria, profissionais os quais têm informado a população acerca do que é oferecido a ela por direito. No que se refere a frequência da contribuição do trabalho do ACS para a saúde da comunidade observou-se que maioria deles percebe que o trabalho do agente comunitário de saúde sempre contribui para a sua comunidade, no entanto, uma parcela menor de sujeito, porém significativa, considera a frequência de contribuição do trabalho do ACS para a população um pouco menor, já que 40% dos pesquisados assinalaram que seu trabalho contribui *geralmente* e 14% assinalaram que contribui *às vezes*.

Ainda neste subcapítulo pode-se notar que para a maioria dos pesquisados o conceito de saúde é concebido conforme o preconizado pela Organização Mundial de Saúde e considerando as críticas de autores como Kahalle (2003), acerca deste conceito, se faz importante debater tal concepção junto aos profissionais de saúde, para que suas ações levem em consideração a dinâmica da vida no quesito saúde e doença e a importância de conceber saúde como a capacidade de adaptar-se às circunstâncias, criando novas normas de acordo com as possibilidades de cada sujeito em relação às interações em relação a si próprio e às pessoas ao redor (CANGUILHEM, 1996/1982 apud SERPA JR, S/D).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que o escopo da presente pesquisa fosse alcançado, discutiu-se ao longo do capítulo de análise o cotidiano de trabalho do profissional agente comunitário de saúde, a sua percepção acerca da função de ACS, assim como sobre o valor que eles atribuem ao trabalho e os afetos relacionados ao mesmo. Tais questões permitem responder o objetivo geral deste estudo, que consiste em caracterizar os sentidos atribuídos por agentes comunitários de saúde ao trabalho que desenvolvem no Município de Palhoça. Seguem os achados da pesquisa.

No que se refere às motivações pelas quais os sujeitos pesquisados trabalham e se mantêm no trabalho foi possível observar que a maioria dos pesquisados trabalha para auxiliar na renda familiar ou para obter autonomia financeira, enquanto pouco menos da metade trabalha também por gostar da profissão. Assim, cabe dizer que o sentido do trabalho para a maioria dos pesquisados está pautado sob a lógica capitalista onde o trabalho é realizado com a finalidade de obterem-se recursos financeiros, possibilitando o acesso do trabalhador aos seus bens de consumo. Quanto aos motivos pelos quais os ACS pesquisados escolheram essa profissão percebe-se que sua escolha se deu principalmente pela proximidade do local de trabalho, e pela necessidade de auxiliar na renda familiar. No que se refere aos motivos pelos quais os pesquisados permanecem no trabalho destaca-se novamente a proximidade do local de trabalho e a estabilidade financeira. Vale destacar que embora a profissão de Agente Comunitário de Saúde seja uma profissão pouco valorizada em termos de remuneração financeira, ainda que essa profissão não seja uma carreira progressiva, percebeu-se nessa pesquisa que uma parcela significativa dos ACS pesquisados não pensa em abandonar a profissão. Porém, um número um pouco maior de pesquisados referiu pensar em sair da profissão e apontou o salário como o principal motivo.

Sobre o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde de Palhoça, pode-se notar que as atividades mais realizadas pelo grupo pesquisado estão relacionadas à competência técnica da profissão de agente comunitário de saúde enquanto que as menos realizadas estão relacionadas à competência política

desta profissão. Quando os pesquisados foram questionados sobre o reconhecimento do trabalho do agente comunitário de saúde pouco menos da metade deles informou ter o reconhecimento da comunidade pelo trabalho que realiza, o mesmo ocorreu quando questionados sobre o reconhecimento do trabalho do ACS pela equipe de saúde em que um quarto dos pesquisados afirmou ter esse reconhecimento.

Ainda sobre o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde foi possível mapear os principais dificultadores e facilitadores desses trabalhadores. No que se refere aos dificultadores pode-se observar que o salário seguido das atividades que se referem ao ambiente de trabalho, foram os mais apontados, enquanto que a proximidade do local de trabalho e o reconhecimento do trabalho do ACS pela comunidade foram apontados como os principais facilitadores do trabalho dos profissionais pesquisados. Ainda evidenciou-se nessa pesquisa que os treinamentos e capacitações dos agentes comunitários de saúde não têm ocorrido de forma contínua na população pesquisada.

Em relação ao segundo objetivo dessa pesquisa, o qual trata sobre a percepção dos agentes comunitários de saúde acerca da função de ACS, percebeu-se que a maioria dos agentes pesquisados percebe que suas principais atribuições estão relacionadas à competência técnica da profissão de ACS enquanto que os menos assinalados apontam para atividades relacionadas à competência política do agente comunitário de saúde. Ainda observou-se que embora a maioria dos pesquisados perceba sua função como a de mediador entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde, apenas metade deles percebe a profissão de agente comunitário de saúde como sendo importante para a política do SUS que visa o alcance da saúde como um direito de todos. Desta forma, percebe-se que o sentido do trabalho além de estar relacionado à lógica capitalista também está, para pouco mais da metade dos pesquisados, atravessado pela percepção destes profissionais acerca de sua função como agente comunitário de saúde.

Em relação aos afetos relacionados ao trabalho do agente comunitário de saúde, percebeu-se que os sentimentos positivos (alegria, realização, satisfação) foram os mais apontados enquanto que sentimentos de raiva, tristeza, medo e frustração foram os menos apontados, ou seja, o trabalho da maioria dos pesquisados parece estar permeado mais de sentimentos positivos que negativos.

Quanto ao valor atribuído pelo ACS ao trabalho que este desenvolve, percebeu-se que a maioria dos sujeitos informa a população acerca dos serviços oferecidos pelos SUS como de campanhas preventivas, vacinas, cartão dos SUS, consultas, exames oferecidos, tratamento dentário e grupos específicos de hipertensos, diabéticos e de mães. Sendo assim cabe dizer que esses sujeitos percebem que é mediante o seu trabalho que tais serviços são disseminados junto à população, possibilitando que a mesma esteja ciente do que é oferecido a ela por direito, ou seja, pode-se dizer que a percepção que a maioria dos pesquisado tem sobre a profissão de ACS atrelado às atividades desenvolvidas por eles, sinalizam que estes profissionais atribuem um valor positivo à sua profissão.

Como dificuldades encontradas na realização desta pesquisa, cabem destacar a localização das unidades básicas de saúde juntamente com a limitação de tempo o que acabou por dificultar o acesso direto da pesquisadora aos agentes comunitários de saúde de Palhoça, se fazendo necessária a mediação do coordenador da UBS para a explanação dos objetivos e procedimentos éticos da pesquisa bem como a sensibilização dos ACS a participarem da mesma. Sobre as facilidades pode-se pontuar o acesso aos coordenadores das UBS os quais se mostraram muito receptivos quando informados dos objetivos da presente pesquisa.

Em decorrência da extensão dos dados obtidos nesta pesquisa devido ao número de questões contempladas no questionário da mesma e o elevado número de participantes, alguns dados que poderiam complementar os resultados obtidos não puderam ser analisados tais como os motivos pelos quais os 42% dos sujeitos pesquisados afirmaram gostar da profissão, o curso de graduação o qual os pesquisados referiram estar cursando e tempo de profissão. Todavia, as informações coletadas possibilitaram identificar algumas questões que podem ser aprofundadas mediante novos estudos. Uma dessas questões a serem aprofundadas em um novo estudo é o fato de ter sido percebido nesta pesquisa que apenas oito sujeitos informaram trabalhar como agentes de saúde por esta profissão ser bem vista pela sociedade, sendo assim, cabe estudar acerca da percepção da comunidade de Palhoça sobre o trabalho do agente comunitário de saúde, bem como os impactos desta percepção sobre o trabalho do ACS. Para, além disso, vale ressaltar a importância de um novo estudo também sobre a percepção da equipe de saúde sobre a função do ACS assim como os impactos dessa percepção sobre o trabalho destes profissionais, já que foi percebido nesta pesquisa que apenas 25%

dos sujeitos pesquisados informaram terem o reconhecimento da equipe de saúde pelo trabalho que desenvolvem.

Para realizar a presente pesquisa se fez necessário tecer relações entre a Psicologia do Trabalho Humano e a saúde pública, o que propiciou a intersecção destes dois olhares sob o fenômeno do sentido do trabalho para o profissional agente comunitário de saúde, favorecendo assim para o exercício da interdisciplinaridade. Cabe pontuar que não foram identificados na Psicologia estudos sobre o tema elucidado, apenas pela medicina, fato que contribui para a ampliação do campo de estudo da psicologia sobre os sentidos do trabalho para o agente comunitário de saúde. No que se refere às contribuições dessa pesquisa para a Psicologia enquanto profissão pode-se dizer que através da mesma foi possível desvelar características da população estudada como os dificultadores e facilitadores do trabalho do agente comunitário de saúde, sua percepção sobre a importância desse trabalho, suas contribuições para a comunidade, sobre o reconhecimento do trabalho que é desenvolvido bem como sobre as necessidades de treinamentos e capacitações dos profissionais pesquisados. Sendo assim, abre-se a possibilidade de intervir junto a esses profissionais discutindo os resultados da pesquisa “os sentidos do trabalho para o agente comunitário de saúde” a fim de possibilitar a ressignificação da função do agente comunitário de saúde (atribuições e deveres) daqueles profissionais que não percebem o seu trabalho como sendo uma estratégia do SUS a qual visa levar a saúde ao alcance de todos. Para, além, disso cabe salientar a possibilidade de discutir com esses profissionais acerca das estratégias que os mesmos têm utilizado para enfrentar as dificuldades que permeiam o seu cotidiano de trabalho e propiciar assim, a prática de formas mais saudáveis de enfrentamento dessas dificuldades. Em relação ao resultado obtido nessa pesquisa sobre o pouco reconhecimento do trabalho do ACS pela comunidade vale pontuar que o profissional psicólogo pode atuar através de oficinas de cidadania onde os membros da comunidade participam e discutem temas como o que é saúde, os princípios do SUS, a função do agente comunitário de saúde dentro desse sistema de saúde, dessa forma, ao passo que é esclarecido o trabalho do ACS frente à comunidade também se valoriza o trabalho desses profissionais.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ABRAÃO, Ana Lúcia. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v.03, n.1.p.01-03, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf> > Acesso em: 2 set 2011

ALBORNOZ, Suzana; RICHERS, Raimar. **O que é trabalho, empresa, marketing**. São Paulo: Brasiliense, 1994.13 v.

ALVES, Kali Vênus Gracie. **O que sabe o Agente Comunitário de Saúde?** 2009. 74 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Dicionário de Psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ANTUNES, Ricardo L.C. **Adeus ao trabalho?** ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Sentidos do trabalho:** ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003.

ARANHA, Maria Lucia de Arruda. Trabalhar pra quê? In: Kupstas, Márcia (org) **Trabalho em debate**. São Paulo: Moderna, 1997. p.20-37

ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros; ASSUNÇÃO, Raquel Silva. A atuação do Agente Comunitário de Saúde na promoção de saúde e na prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v.57, n.1, p.19-25, jan./fev. 2004. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a24.pdf> > Acesso em: 15 set 2011.

BACELAR, Tânia. As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In Santos Junior, Orlando Alves dos et al. (org). **Políticas Públicas e Gestão Local:** programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: Fase, 2003. Disponível em< http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CE8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fase.org.br%2Fv2%2Fadmin%2Fanexos%2Facervo%2F10_Tania%2520Bacelar_04.doc&ei=TFzVT93OIOb50gHY_6SJAaw&usg=AFQjCNGg_NwD0bN1Ane7Tlfm4L4tTe4kCA > Acesso em: 12 set 2011.

BACHILLI, Rosane Guimarães. et al. A identidade do Agente Comunitário de Saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (1) p. 51-60, jan. –

fev. 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/09.pdf> > Acesso em 10 maio. 2012

BARROS, Daniela França de; BARBIERI, Ana Rita, IVOS, Maria Lúcia; SILVA, Maria da Graça da. O Contexto da formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.1, p.78-84, Jan./Mar. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf> > Acesso em: 02 nov. 2011.

BOCK, Silvio Duarte. **Orientação profissional**: a abordagem sócio-histórica. São Paulo: Cortez, 2002.

BRASIL. Decreto no 3.189, de 4 de outubro de 1999. **Fixa as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências**. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011. **Regulamentação da Lei nº 8.080/90**. Brasília, DF, 2011. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LivretoDecreto_n7508_Miolo.pdf> Acesso em 30 maio. 2012.

BRASIL. Lei 11.350. **Dispõe o trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21> Acesso em: 20 agos. 2011.

BRASIL. Lei Orgânica de Saúde 8.080. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF, 1990. Disponível em:< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 02 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**: programa de informação e apóio técnico às novas equipes gestoras estaduais do SUS de 2003. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf >. Acesso em: 12 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília, 2007. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Operacional_miolo.pdf. Acesso em: 27 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.488 de 21 de outubro de 2011. **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)**. Brasília, DF, 2011. Disponível em:< <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>> Acesso em 22 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS**: princípios e conquistas. Brasília (DF), 2000. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em 02 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS**. Brasília, 2012. Disponível em<<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento>> Acesso em: 22 maio. 2012.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques; ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v15, n.4, p.502-7. Out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a04.pdf>>. Acesso em 2 out 2011

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.15(supl.1), p.1509-1520, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555686&indexSearch=ID>> Acesso em: 10 out. 2011.

CARVALHO, V.L.M. **A prática do Agente Comunitário de Saúde**: um estudo sobre a sua dinâmica social no município de Itapeirica da Serra. 2002.150 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002

CERVO, Amado. L; BERVIAN, Pedro, A; DA SILVA, Roberto. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson, 2007

CIAMPA, Antônio da Costa. Identidade. In: LANE, Sílvia Tatina Maurer; CODO, Wanderley (Orgs.). **Psicologia Social**: o homem em movimento. 1 reimp. da 13ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

CODO, Wanderley; SAMPAIO, Jackson Coelho; HITOMI, Alberto Haruyoshi. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem interdisciplinar. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1994

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. 1978, Alma - Ata. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 Disponível em < <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 15 set. 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8.,1986, Brasília. **Anais da oitava conferência nacional de saúde**. Brasília, 17 - 21 de março de1986. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 04 nov. 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 11., 2000, Brasília. **Relatório final da décima primeira conferência nacional de saúde**. Brasília, 15 a 19 de dezembro

de 2000. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/relatorio.htm>. Acesso em: 05 out. 2011.

CRESWELL, John, W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2.ed. São Paulo: Artmed; Bookman, 2007.

CROCCIA, Maria. **A representação do “trabalho” na vida do Agente Comunitário de Saúde**. 2009. 153 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-08092009-152727/pt-br.php>> Acesso em: 2 nov. 2011.

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: Marcos Bagrichevsky; Alexandre Palma; Adriana Estevão; Marco Aurélio Da Ros - org. **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. 2.v.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

Dicionário Priberam da língua Portuguesa. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/Default.aspx>> Acesso em: 14 set. 2011.

ELIAS, Eduardo Paulo. Uma visão do SUS. In: **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2006. 1v.

ELIAS, Evelyn, MAGAJEWSKI, Flávio. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.11, n.4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/10.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2011.

ESCORES, Sarah; TEIXEIRA, Luíz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 333-384. Disponível em: http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_I.pdf Acesso em 12 set.2011.

Estabilidade financeira atrai brasileiros para concurso público. **O Globo on line**. Edição do dia 12 mar. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2012/03/estabilidade-financeira-atrai-brasileiros-para-concursos-publicos.html> >Acesso em: 23 abr. 2012.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, 2006

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf
Acesso em 12 set. 2011.

FIGUEIREDO, Ana Carolina Garcia de. **Agente comunitário de saúde** – caracterização da sua práxis enquanto promotor de saúde. 2008.161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>
Acesso em: 29 set. 2011.

GABARDO, Roseclér Machado; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, 43(1), p.91-7, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6943.pdf> . Acesso em: 05 out. 2011.

GIANNOTTI, José Arthur. **Trabalho e reflexão**: ensaios para uma dialética da sociabilidade. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

GIL, Carlos Antonio. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____ **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010

GOMES, Karine de Oliveira et al. Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 1143-1164, 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=572536&indexSearch=ID>>
Acesso em: 30 set. 2011.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: realidade vivenciada pelo Agente Comunitário de Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.13, n 28,p. 123-35, jan-mar. 2009. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100011> Acesso em 10 abr.2012.

KAHHALE, Edna M.Peters. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e uma atuação compromissada. In: BOCK, Ana Mercês Bahia (org). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia G. C et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista Psiquiátrica RS**. v.29, n.2, p.176-183, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=470868&indexSearch=ID>>
Acesso em: 2 nov. 2011.

KUJAWA et al. **Direito à saúde com controle social**. Passo Fundo: Fórum Sul de Saúde (PR, SC, RS), Centro de Assessoramento Popular de Passo Fundo (CEAP),

2003. Disponível em:

<http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_direito_saude.pdf>
> Acesso em: 28 fev. 2011.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LESSA, Sérgio. **Mundo dos homens**: trabalho e ser social São Paulo: Boitempo, 2002.

LOPES, Ana Maria Pereira; SOUZA, Fabiana de. Agentes Comunitários de Saúde na construção da Reforma Psiquiatria Comunitária. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 2, n.4-5, p.28 – 46. 2010. Disponível em<
http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=6&ved=0CFUQFjAF&url=http%3A%2F%2Fperiodicos.incubadora.ufsc.br%2Findex.php%2Fcbasm%2Farticle%2Fdownload%2F1102%2F1261&ei=YZvzT7v3G6i60AGhhYjUBg&usq=AFQjCNGXfdleWB0ZuLTIQb_Db1UuuPpFWg> Acesso em 02 jul 2012.

LUNARDELO, Simoni. Renata. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto**. 2004. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde.../dissertacao.pdf>> Acesso em 20 set. 2011.

MANOEL, VANESSA DE ANDRADE. **A Relação transferencial dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe técnica da UBS Bela Vista Palhoça**. 2009. 91 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2009. Disponível em: <<http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2009/07/vanessaandrade.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2011.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.41,n.3, p.426-33, 2007. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>> Acesso em 12 out. 2011.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1983 1v.

_____. **O Capital**: crítica da economia política. 21.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 1v.

MENDES, Flávio Martins de Souza; CEOTTO, Eduardo Coelho. Relato de Intervenção em Psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, p.496-506, 2011. Disponível em<
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/20.pdf>> Acesso em 10 maio. 2012.

NUNES, Mônica de Oliveira. et al. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v.18, n. 6, p.1639-1646, 2002. Disponível em<
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>> Acesso em 20 maio. 2012

OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-11, 2001. Disponível em:
<<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n3/5017.pdf>>. Acesso em 4 out. 2011.

PUPIN, Viviane Milan; CARDOSO, Carmen Lúcia. “Fazer de soldadinho”: as dificuldades no trabalho de agente comunitário de saúde. **Psico**. v. 42, n. 1, pp. 41-50, jan./mar. 2011. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/6211/6297>> Acesso em 30 abr.2012.

RESENDE, Marineia Crosara et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16,n.4, p.2115-2122, 2011. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a11.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2011.

ROCHA, Bárbara Souza. et. al. Enfermeiros Coordenadores de Equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional, técnico e interpessoal. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v17, n.2, p. 229-33, abr/jun. 2009. Disponível em<
http://bdtd.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2010-01-06T113354Z-529/Publico/dissertacao%20barbara.pdf> Acesso em 10 jun. 2012

SAMPIERI, Roberto H.; COLLADO, Carlos F.; LUCIO, Pilar B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed, São Paulo: McGraw Hill, 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. **Estratégia do Programa Saúde da Família - PSF e Programa Agentes Comunitários – PACS no Estado de Santa Catarina**. Florianópolis, 2006, Disponível em:
<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/historico/Saude_da_Familia_SC.doc>. Acesso em: 10 out. 2011.

SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde do Município de Palhoça. **Concurso Público Edital no 001/2012**. Disponível em< <http://www.sociesc.org.br/pt/concursos-publicos/conteudo.php?&lng=2&id=11959&mnu=11546&top=0&crs=1693>> Acesso em 15 maio. 2012.

SANTOS, Luciana Patriota Gusmão Soares dos; FRACOLLI, Lisaine Aparecida. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 44, n.1, p. 76-83, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/reeusp> Acesso em 14 set 2011

SANTOS, Luiz Fernando Boiteux, DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde.

Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro; v.19, n.1, p.52-7. Jan./mar. 2010. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=591015&indexSearch=ID>>. Acesso em 10 set. 2011.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; NEVES, Tatiana Freitas Stockler das. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 13, n. 2, p. 225-240, 2010.

Disponível em:< <http://www.keepandshare.com/doc/1116269/o-trabalho-do-agente-comunit-rio-686k?da=y>>. Acesso em 23 out. 2011.

SERPA Jr., Octávio Domonte. **Indivíduo, organismo e doença**: atualidade de o “Normal e o Patológico” de Georges Canguilhem. Disponível em <http://www.psi.puc-rio.br/Octavio.html> Acesso em 30 mai. 2012.

SERRA, José. As duas Reformas da Saúde. In: **SUS**: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2006 1v

SILVA, J.A. **O Agente Comunitário de Saúde do projeto Qualis**: agente institucional ou agente de comunidade? 2001. 211 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832002000100007&script=sci_arttext >. Acesso em: 23 out. 2011.

SILVA, Nara Helena Lopes Pereira da; CARDOSO, Cármen Lúcia. Agentes Comunitários de Saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS. **Psicologia & Sociedade**; v.20, n.2, p. 247-256, 2008. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=496135&indexSearch=ID> >. Acesso em: 2 nov. 2011.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira et al. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: Uma questão de análise. São Paulo: Cortez, 1985

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, v.VII, n.2, Abr./Jun. 1998

Disponível em:

<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf >. Acesso em 28 out. 2011.

TOMASI, Elaine. et.al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup v 1.p. 193-201, 2008. Disponível

emhttp://ufpel.academia.edu/VanessaAndinaTeixeira/Papers/533736/Perfil_socio-demografico_e_epidemiologico_dos_trabalhadores_da_atencao_basica_a_saude_nas_regioes_Sul_e_Nordeste_do_Brasil Acesso em 10 jun.2012

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180114097008>>. Acesso em: 2 nov. 2011.

WAI, Mey Fan Porfírio; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégia de enfrentamento. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.563-8. Out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../MeyFanPorfiroWai.pdf>>. Acesso em 14 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health definition**. New York, 1948
Disponível em: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>. Acesso em: 20 agos. 2011.

_____. **Objectives and functions of World Health Organization**. New York, 1948
Disponível em: < <https://apps.who.int/aboutwho/en/objectiv.htm>>. Acesso em 30 agos. 2011.

APÉNDICE

ANEXO

