

SATISFAÇÕES E INSATISFAÇÕES NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE*

Cátia Inácia Brand¹, Raquel Martins Antunes¹, Rosane Teresinha Fontana²

RESUMO: Este estudo descritivo e de abordagem qualitativa teve como objetivo investigar fatores geradores de satisfação e insatisfação em um grupo de Agentes Comunitários de Saúde, bem como identificar dificuldades vivenciadas em seu processo de trabalho. Foram entrevistados 22 Agentes Comunitários de Saúde de um município no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, utilizando-se um instrumento com cinco perguntas norteadoras. As respostas foram interpretadas mediante análise temática, demonstrando-se satisfações e insatisfações destes trabalhadores, e de onde emergiram seis categorias. Observou-se que a falta de reconhecimento profissional é uma fonte de insatisfação e que o saber socializado é fator de realização profissional. Acredita-se que a construção de ambiências favoráveis no trabalho deste profissional pode contribuir para o fortalecimento de sua identidade profissional e cidadã.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção básica à saúde; Satisfação no trabalho; Trabalho.

SATISFACTIONS AND DISSATISFACTIONS OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT WORK

ABSTRACT: This study aimed to investigate factors leading to satisfaction and dissatisfaction among a group of Community Health Agents, and to identify difficulties experienced in their work process. We interviewed 22 Community Health Agents of a city in the northwest of the state of Rio Grande do Sul (BR), using an instrument with five questions. The responses were interpreted using the thematic analysis technique, showing up satisfaction and dissatisfaction of these workers. Then, six categories arose. It was observed that one of the sources of dissatisfaction arise from the lack of professional recognition and that the shared knowledge is a factor of professional fulfillment. We believe that the construction of favorable environments for these workers can contribute to the strengthening of its civic and professional identity.

KEYWORDS: Primary health care; Job satisfaction; Work.

SATISFACCIONES E INSATISFACCIONES EN EL TRABAJO DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD

RESUMEN: Este estudio descriptivo y de abordaje cualitativo tuvo como objetivo investigar los factores generadores de satisfacción e insatisfacción en un grupo de Agentes Comunitarios de Salud, bien como identificar dificultades experimentadas en su proceso de trabajo. Fueron entrevistados 22 Agentes Comunitarios de Salud de un municipio en el noroeste del estado de Rio Grande del Sur (BR), utilizándose un instrumento con cinco preguntas guía. Las respuestas fueron interpretadas mediante análisis temático, demostrándose satisfacciones e insatisfacciones de estos trabajadores, y de donde surgieron seis categorías. Se observó que la falta de reconocimiento profesional es una fuente de insatisfacción y que el saber socializado es factor de realización profesional. Se cree que la construcción de ambientes favorables en el trabajo de este profesional puede contribuir para el fortalecimiento de su identidad profesional y cívica.

PALABRAS CLAVE: Atención primaria de salud; Satisfacción en el trabajo; Trabajo.

*Artigo originado de pesquisa apoiada. Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde e Educação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI Santo Ângelo.

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da URI Santo Ângelo.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS.

Autor correspondente:

Rosane Teresinha Fontana

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua Sete de Setembro, 1126 - 988000-00 - Santo Ângelo-RS, Brasil

E-mail: rfontana@urisan.tche.br

Recebido: 28/07/09

Aprovado: 28/12/09

INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é uma estratégia do Ministério da Saúde com a finalidade de promover a reorientação do modelo assistencial no âmbito do município, ao qual incumbe a prestação da atenção básica à saúde⁽¹⁾.

Por sua vez, adotado como modelo substitutivo da forma de trabalho tradicional na rede básica pública, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é concebida para ser operacionalizada com a implantação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. Esta concepção é desenvolvida por meio de práticas sanitárias, democráticas e participativas, superando o paradigma de cuidado centrado exclusivamente na doença⁽²⁾.

A partir destas duas estratégias (ESF e PACS) e com a finalidade de participar da construção do cuidado às famílias, a equipe de saúde passa a ter um entendimento mais abrangente do cuidado no processo saúde-doença, o que garante novas oportunidades para o trabalho interdisciplinar relacionando saúde, demografia, sociologia e epidemiologia, entre outras⁽³⁾. Neste panorama, a equipe passa a ser integrada por enfermeiros, médicos, auxiliares/técnicos em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), devendo atuar numa lógica que substitui o modelo hegemônico e biomédico, centrado em um único profissional.

Uma das figuras relevantes desta equipe são os ACS, que a princípio devem ser residentes no território onde atuam e conviver com a realidade do local e interagir com valores, linguagens, problemas, alegrias, satisfações e insatisfações desse ambiente. Isto posto, no cotidiano de seu trabalho, os ACS assumem a responsabilidade de fazer intercâmbio entre a população e a equipe de saúde, de modo a levantar necessidades de saúde e assim buscar intervenções multiprofissionais/transdisciplinares para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população de abrangência.

A profissão do ACS é amparada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006⁽⁴⁾. Segundo o Art. 3º, cabe aos ACS exercer, sob supervisão, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, de acordo com a legislação, são atividades dos ACS:

a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento, das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida^(4:1).

Nesta perspectiva, incluem ações básicas tais como o incentivo ao aleitamento materno, a realização do pré-natal, a prevenção das doenças transmissíveis, não transmissíveis e dos riscos ambientais, a busca de portadores de doenças crônico-degenerativas e a identificação das doenças de notificação compulsória, entre outras, que contribuem para a promoção da saúde coletiva.

Relacionando-se a função deste profissional ao perfil esperado, são solicitadas algumas habilidades e competências, tais como: boa comunicação com a população considerando o sigilo e a ética; bom relacionamento interpessoal com a equipe; e senso de organização com constante vigilância à saúde. Com estas características, espera-se que ele possa colaborar na construção e manutenção da qualidade da assistência prestada, identificando problemas e participando coletivamente da sua resolução⁽⁵⁾.

Muitas expectativas são depositadas nos ACS; a observação, a postura profissional equilibrada e o conhecimento são algumas das competências exigidas e que, quando não bem desempenhadas ou correspondidas, geram dificuldades, tornando-o vulnerável ao sofrimento no trabalho. Muitas vezes, esgotam-se suas habilidades para gerir o tempo, a excessiva demanda de tarefas, as críticas, a preservação de seu descanso e espaço junto à família, a incompletude e desqualificação de seu trabalho e o cansaço físico, emergindo a frustração, a ansiedade, a solidão e um sentimento de inutilidade, como se o esforço empregado na sua atividade tivesse sido em vão⁽⁵⁾.

Isto posto, considera-se relevante o autocuidado e a valorização profissional dos ACS, considerando que são elementos essenciais para que ocorra a motivação e o prazer no trabalho, o que, além de necessários à promoção da sua saúde física e emocional, servirá de impulso para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade à comunidade atendida⁽⁶⁾.

Além disso, pode-se deduzir que muitas das dificuldades referem-se ao relacionamento entre a

equipe de saúde e a população, em virtude das expressões culturais de cada família – as quais podem interferir no resultado esperado das ações realizadas para a promoção da saúde; e, também, a dificuldade em estimular a prioridade de cuidado de cada indivíduo e/ou família sobre si e a comunidade a que pertence. Sendo assim, infere-se sobre a importância da participação da comunidade nos processos decisórios acerca da satisfação das suas próprias necessidades, e o envolvimento com o processo de fomentar as condições para isso, sendo, portanto, ações não excludentes do processo de trabalho dos profissionais que atuam nos contextos de saúde.

Neste panorama, observa-se que os ACS tornaram-se, ao longo dos anos, uma figura importante para a qualidade do cuidado solidário e humanizado em saúde realizado pela esfera pública. Conhecer seu trabalho, especialmente as dificuldades e facilidades a esse relacionadas, podem ser instrumentos auxiliares na articulação de ações que garantam qualidade de vida, eficácia e eficiência no desempenho de suas funções, o que confere pertinência ao presente estudo.

A partir disto, é possível que este profissional passe a ser um componente ativo na promoção da saúde de usuários e suas famílias. É relevante salientar que a humanização do serviço prestado, bem como sua cooperação na identificação dos nós críticos, com a conseqüente satisfação das necessidades levantadas, pode garantir a criação de ambientes saudáveis.

Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo investigar fatores geradores de satisfação e insatisfação em um grupo de ACS, bem como identificar dificuldades vivenciadas em seu processo de trabalho.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é do tipo descritiva e de abordagem qualitativa. Foi realizada com um grupo de ACS de um município do interior da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. De um total de 36 agentes inseridos no PACS e ESF da área urbana, 22 aceitaram participar do estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, entre dezembro de 2008 a fevereiro de 2009. Utilizou-se como norteadores da entrevista cinco perguntas semiestruturadas, que foram respondidas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa respeitou a Resolução 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde⁽⁷⁾, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, *campus* Santo Ângelo/RS, protocolada sob número 070-04/TCH/08. Para preservar a identidade dos participantes, optou-se por nomeá-los por letras.

Os dados foram interpretados mediante análise temática, seguindo os critérios de organização, exaustividade e análise final⁽⁸⁾, após leitura exaustiva do conteúdo das respostas, identificando-se estruturas de relevância.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Da análise das falas emergiram seis categorias: “*realização profissional através da socialização dos saberes*”; “*a resolução dos problemas da comunidade e o acesso como fonte de (in)satisfação*”; “*o reconhecimento profissional como fator de (in)satisfação*”; “*as interfaces do trabalho em equipe gerando (in)satisfações*”; “*a carência de materiais e incentivos públicos e as dificuldades no trabalho*”; e por último, “*o conhecimento produzido e a satisfação gerada*”. A seguir, uma análise detalhada de cada uma delas.

Realização profissional através da socialização dos saberes

Entre os ACS entrevistados, a maioria referiu que a orientação é uma das atividades mais realizadas em seu cotidiano de trabalho e que isso é um fator gerador de satisfação, pois confere certa autonomia e a sensação de contribuir para o bem-estar da população, o que fica evidenciado na seguinte manifestação:

Eu acho que a maior satisfação é levar informação pras pessoas, e também ouvir delas seus conhecimentos, porque muitas coisas eles não sabem sobre as doenças, e tudo ajuda a prevenir. (I)

Percebe-se que o processo de orientação oferecido não se fundamenta apenas numa relação de via única, onde apenas o profissional informa e o assistido escuta, mas se manifesta numa troca contínua e socializada de saberes (o científico e o popular), o que contribui para o estabelecimento de um vínculo

de confiança por meio da comunicação.

A comunicação em saúde aparece no contexto da ESF como forma de estabelecer uma troca de saberes entre pessoas que produzem saúde, com o objetivo de fomentar mecanismos de mudança no cotidiano dos indivíduos, tanto de aspectos ligados aos hábitos de vida, quanto de consciência social, sendo estes os mais importantes. O processo de orientação oferecido junto à população só se torna viável a partir do momento que esta comunicação é estabelecida de forma ética, clara, e considerando a cultura e a forma de vida adotada pela pessoa ou grupos atendidos⁽⁹⁾.

Sabe-se que a orientação só se torna efetiva quando é trabalhada de uma forma atrativa, descontraída, com co-participação da comunidade e respeito pelos seus saberes populares e expectativas de saúde, numa ambiência favorável à construção de uma consciência crítica, ou seja, cidadã. Observa-se que os ACS realizam esta tarefa com certa desenvoltura, já que convivem diretamente com o cotidiano dos usuários do serviço de saúde e compreendem a sua linguagem e estrutura. Muitas vezes, esta relação de conversa estabelece uma cumplicidade que confere maior realização profissional ao agente, a ponto do mesmo passar a desenvolver múltiplos papéis.

Neste contexto, as tecnologias leves ganham espaço na relação usuário-agente, na medida em que o profissional acolhe e escuta o usuário sobre seus problemas cotidianos. As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são classificadas em *leves*, caracterizadas pelas tecnologias de relação, tais como produção de vínculo e acolhimento; as *leve-duras* ou os saberes estruturados dos profissionais; e as tecnologias *duras*, que são os equipamentos/máquinas e estruturas organizacionais⁽¹⁰⁾. A variedade dos papéis exercidos pelo ACS, neste âmbito, fica evidenciada nesta fala:

Tem uns que querem que a gente vá falando as orientações, outras que a gente só escute. Acho que somos um pouco psicólogos.(A)

A resolução dos problemas da comunidade e o acesso à comunidade como fonte de satisfação

A maioria dos entrevistados referiu que a solução das dificuldades das pessoas é o principal fator gerador de satisfação, tal como demonstrado pelas falas dos sujeitos A e B:

[É fator de satisfação] ver uma criança se recuperando de uma enfermidade; também quando tem uma criança de baixo peso e vê ela se recuperando.(A)

Poder, com certeza, ver que realmente eles estão ouvindo as orientações, que os hipertensos estão cuidando da dieta, deixaram a gordura e comem mais fruta, tem um controle dos medicamentos.(B)

A extrema satisfação dos ACS ocorre quando seu trabalho recebe atenção e suas orientações surtem efeito na realidade, contribuindo para mudar vários hábitos, em ações como a questão nutricional, acompanhamento de gestantes, hipertensos e diabéticos, supervisão de cartões de vacinação, participação em campanhas nacionais como a do controle da dengue e vacinação preventiva da febre amarela. Na sua avaliação, isso contribuiu para diminuir o índice de doenças através de sua principal diretriz, a prevenção.

Quando este trabalho não obtém resultados – seja pelo fato de não ter acesso às residências ou mesmo por uma recusa do usuário à visita – a frustração atinge o profissional:

[Há insatisfação] em casos de ameaça em que não conseguimos realizar nosso trabalho, porque alguns não deixam nós chegar na área que necessita ser atendida.(M)

O reconhecimento profissional como fator de (in)satisfação

O trabalhador da área da saúde ou não, deseja ter pelo seu trabalho o reconhecimento por parte dos demais, não somente da equipe da qual faz parte, mas também dos usuários do serviço. Isso não seria diferente no caso dos ACS que relatam a importância e a satisfação que esta valorização representa na continuidade do serviço prestado:

[Há satisfação] de eu chegar numa casa, hoje, a pessoa tá ruim e a gente vai lá conversar [...] e daí no outro dia tu chega, tu vê que aquela pessoa tá com outro semblante: “Ai, foi bom o que tu me disse ontem”. Isso, então, pra mim, é a realização, entende? Pra mim eu acho que é uma das coisas que mais me emociona no meu trabalho [...] Amanhã vai ser um dia melhor. (P)

Vale salientar que um trabalhador reconhecido e feliz com o seu trabalho tem mais motivação para o desempenho de suas funções. A motivação é um dos pilares essenciais para que o desenvolvimento de ações continue a se desenvolver com qualidade e sem um excessivo desgaste físico e emocional para o trabalhador⁽⁶⁾.

Em contrapartida, também se percebe nos discursos, o quanto a falta de reconhecimento profissional, da comunidade ou e da equipe, pode ser um gerador de insatisfação no trabalho dos ACS, como denunciado pelos sujeitos:

[Há insatisfação] *quando nosso trabalho não é reconhecido. Eles não valorizam muito o Agente Comunitário de Saúde, “lá em cima”, porque aqui, quando queremos alguma coisa, temos que lutar muito. Quando fizemos o máximo de nosso trabalho e mesmo assim a pessoa nunca está satisfeita, sempre acha que não fizemos o suficiente.* (M)

A comunidade deposita nos ACS confiança e esperança de soluções para os seus problemas/necessidades, porém, se isso não acontece, ocorre uma reação de descontentamento individual e/ou coletivo e todo o trabalho que o profissional realizou até este momento é questionado. Quando isso ocorre, a insatisfação no trabalho torna-se inevitável e isso gera sentimentos de frustração e desestímulo.

A cobrança dos moradores da comunidade é fortalecida pelo constante contato que os mesmos mantêm com os ACS, pois, como são vizinhos, costumam frequentar os mesmos espaços sociais, inclusive tendo acesso um à casa do outro. Antes de ser um profissional, o usuário o considera como um vizinho, com toda a intimidade decorrente dessa relação. Por outro lado, as dificuldades de resolutividade da demanda gerada tensionam estas relações entre os ACS e a comunidade, frustrando o profissional e ocasionando sofrimento. Este sofrimento é decorrente da constatação da impotência em solucionar os problemas comunitários – em geral determinados por questões estruturais da organização socioeconômica do país – frente à toda dedicação, tempo e energia dispensados ao trabalho⁽¹¹⁾.

Igualmente evidenciada é a frustração gerada pela falta de valorização do profissional pela própria equipe que trabalha com ele, tal como demonstrado na seguinte manifestação:

Quando tu não é reconhecido [há frustração],

porque tem muita gente – tipo colegas que não reconhecem nós como funcionário público – tipo tu não é ninguém pra eles [...]. Tu tá dando tua cara a tapa no bairro, e eu acho que nós deveria ter um pouco mais de reconhecimento. (V)

Observa-se que muitos limites existentes na resolução dos problemas da comunidade se originam não apenas do trabalho dos ACS, mas também da equipe em que estão inseridos. Estes problemas, muitas vezes, interferem na construção do vínculo tão necessário entre o Agente e o usuário atendido, o que acaba por criar mais uma barreira entre a Unidade de Saúde e a comunidade. Portanto, estas dificuldades devem ser superadas por meio de mecanismos como a comunicação, o diálogo, reconhecimento do espaço profissional do outro e interação entre a equipe, de modo a se criar ambientes saudáveis para um cuidado humanizado, apoiado em tecnologias leves e adequado à finalidade do campo da saúde.

Sabe-se que oferecer atendimento de qualidade, com expressiva melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais⁽⁵⁻⁶⁾, confere humanização ao trabalho em saúde⁽¹²⁾ e contribui para o respeito à subjetividade do trabalhador. Do contrário, a desumanização – que tem na falta de condições de trabalho um de seus determinantes mais centrais – pode conduzir à desqualificação do cuidado ao usuário e às famílias, na medida em que desqualifica o trabalhador na sua singularidade humana.

As interfaces do trabalho em equipe gerando (in) satisfações

A análise acerca da valorização profissional dos ACS, em relação ao seu processo de trabalho, revelou o quanto a equipe e a intersectorialidade dos órgãos representantes de saúde contribuem para a estruturação adequada das estratégias propostas pela ESF, o que pode ser fator gerador de (in) satisfação e/ou dificuldades no cotidiano de trabalho.

A continuidade do trabalho, que começa na visita domiciliar e igualmente no diagnóstico situacional realizado pelos Agentes, é de extrema importância para que os problemas tenham possibilidade de solução. Da mesma forma, para os profissionais, o trabalho em equipe tem importância singular, bem como importa uma coordenação comprometida com a ESF, seja no âmbito das relações humanas ou no âmbito da resolução de problemas:

[É importante] a boa convivência com a coordenadora e com a equipe; às vezes tem alguma desavença, mais a gente resolve ali mesmo. (A)

A equipe pode ser vista de duas formas distintas: como a representação de ser apenas um agrupamento de pessoas que agem de forma individualizada, ou entendida como um grupo de indivíduos que interagem nas suas relações práticas e onde todos discutem juntos os problemas em busca de possíveis soluções⁽¹³⁾. Destas, a segunda forma é a considerada desejável para a consolidação do objetivo em saúde coletiva, embora não seja a realidade encontrada nas falas de alguns entrevistados. Para estes, a deficiência do trabalho em equipe é fator de insatisfação:

O que eu fico muito insatisfeita é quando eu preciso da ajuda da própria equipe e não funciona o trabalho. Vai até onde eu posso alcançar. Aí, quando eu tenho que passar pra outra, para por ali. [...]. Não vai para frente a corrente do bem [...]. Eu gostaria que os meus líderes mudassem a forma de trabalho deles, e quando eu trouxesse um assunto, eles prosseguissem adiante e não me desanimassem. (C)

Fica manifesta a estreita relação entre a desarticulação do trabalho em equipe e a insatisfação gerada. Configuradas a partir de conflitos pessoais ou institucionais, estas dificuldades denunciadas pelos ACS acabam, muitas vezes, por interferir na resolução dos problemas/necessidades dos usuários.

É possível inferir que tal situação pode estar relacionada à própria conformação do trabalho dos Agentes, constituído como um trabalho não profissional, sem legislação trabalhista própria. Mesmo sendo criada em 2002, a profissão foi legalizada somente em 2006, com a lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006⁽⁴⁾, que submeteu a profissão ao regime jurídico instituído pela Consolidação das Leis do Trabalho, salvo se nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios existir lei local de forma diversa.

Melhores ou piores condições de trabalho têm estreita relação com a forma como a instituição está estruturada e organizada internamente, o que pode possibilitar ou não a satisfação e o desgaste, o acesso a recursos e hierarquias institucionais, o relacionamento interpessoal, a percepção sobre si e o seu trabalho, bem como a importância do mesmo para a comunidade⁽¹⁴⁾.

A carência de materiais e incentivos públicos e as dificuldades no trabalho

Outra queixa comum nas falas dos sujeitos foi a dificuldade que têm em conseguir incentivo público para o desenvolvimento de seu trabalho e o *déficit* de materiais para a realização adequada e segura de suas ações.

Um dos pontos revelados pela maioria está relacionado com o seu trabalho; seria menos desgastante caso recebessem, do poder público, materiais simples, tais como capa de chuva e protetor solar. Outra atitude que possibilitaria melhor resolução dos problemas seria a divulgação do trabalho desse profissional. Alguns sujeitos referem o quão importante é socializar, junto à população, a informação sobre a existência dos ACS e quais os objetivos que o serviço de saúde tem com a realização de visitas aos domicílios:

Que eu tivesse mais acesso aos materiais relacionados à saúde, pra mim poder trabalhar. Ter materiais, pasta, caderno; até mesmo – como a gente trabalha no sol bastante – o bronzeador, por causa do problema de pele, com o calor, com o sol [...]; a gente começa a trabalhar [...] e fica no sol forte, e não tem proteção nenhuma. (X)

Os ACS referem, através destas falas, o quanto seu trabalho é prejudicado pela falta de boas condições. Percebem os riscos ambientais no trabalho com muita consciência, considerando que seu cotidiano envolve muita exposição solar ou à chuva, e em horários não adequados. Isso se revela, em especial, quando referem sua preocupação com os efeitos deletérios que a radiação solar e as temperaturas extremas podem causar, tais como desidratação, resfriados, infecções e, com maior gravidade, o câncer de pele. Segundo a legislação, é responsabilidade da empresa/instituição pública fornecer aos seus contratados, gratuitamente, equipamentos de proteção individual em bom estado e de acordo com os riscos ocupacionais⁽¹⁵⁾.

Sendo os ACS profissionais contratados pelo poder público, também deveriam ter este direito garantido em sua rotina de trabalho. É ilegal, portanto, além de desumano, expor trabalhadores a riscos ocupacionais, em especial quando as principais diretrizes do seu cotidiano são a prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde individual e coletiva.

Desta maneira, conhecer as percepções dos ACS acerca das condições de trabalho para

compreender os fatores que interferem na sua organização de trabalho são estratégias que favorecem ações reflexivas para a construção de ambiências saudáveis ao trabalhador e à população. A partir disso, pode-se, junto aos responsáveis, pensar em dispositivos para a promoção da saúde destes trabalhadores. Cada um deve responsabilizar-se por sua parte: a instituição com políticas organizacionais, estruturas e ambientes adequados; e os trabalhadores, a partir da percepção da realidade, e com idéias de mudança, denunciar incorreções e inadequações, buscando alternativas para a melhoria do seu ambiente de trabalho e adotando atitudes que valorizem a condição humana⁽¹⁴⁾.

O conhecimento produzido e a satisfação gerada

As orientações são, para os pesquisados, instrumentos necessários para a continuidade do seu trabalho, pois consideram que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida do usuário, e, portanto, do serviço prestado à satisfação das necessidades do coletivo. A maioria dos ACS se referiu à *educação em saúde* como aquela feita por meio de cursos, palestras, treinamentos, capacitações e qualificações, desde que realizadas por um profissional que “sabe mais” ou por uma outra instância externa ao serviço em que eles atuam, o que foge à lógica da Educação Permanente em Saúde. Segundo as proposições, a Educação Permanente em Saúde⁽¹⁶⁾ é um processo educativo que coloca, antes de tudo, o cotidiano do trabalho em saúde sob análise. Ou seja, o foco principal fica dirigido para “relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano”^(16;161). Assim sendo, seriam os ACS os sujeitos ativos no cenário do trabalho, ou seja, produtores diante dos seus produtos, podendo dividir a cena com os usuários, as famílias e grupos da comunidade. É preciso reconhecer, no entanto, que a discussão desta política ainda é insipiente no município estudado.

As falas abaixo representam o ambiente educativo em que se encontram inseridos estes profissionais na atualidade:

[...] *sempre tendo conhecimento, quando se tem treinamento e qualificação é sempre bom, pois, nem sempre a gente sabe tudo.* (E)

[...] *mais capacitações, mais esclarecimentos, porque é muito repetitivo os assuntos. Se pudesse*

ter mais assuntos variados, eu acho que melhoraria bem mais o nosso trabalho. (B)

A construção da educação baseia-se em métodos e técnicas que devem propiciar a construção de novos saberes, mudança e auto-suficiência dos indivíduos envolvidos. No caso da educação em saúde, não deve ser apenas uma via de repasse de informação, mas sim um processo que leve o educando a uma análise crítica do vivido em sua própria realidade, compreendendo ao máximo as implicações das informações recebidas com a estrutura social, de modo que participe do desenvolvimento de propostas para a transformação desta realidade, tornando-se assim, sujeito de sua própria vida, numa visão emancipatória da vida⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na trajetória observada na análise das falas dos entrevistados e descrita até aqui, pode-se identificar que os ACS ainda são pouco reconhecidos como categoria profissional integrante da ESF, sob sua ótica.

Na prática, esse profissional encontra várias dificuldades para desempenhar suas ações. As manifestações dos participantes deste estudo revelaram que as maiores são, sem dúvida, as relacionadas com a deficiência de conhecimento da população acerca de suas atribuições, bem como sobre o valor atribuído à sua profissão. A carência de materiais e as dificuldades de acesso igualitário na equipe são apontadas como entraves para a satisfação deste trabalhador. Apesar disso, constata-se que suas funções de orientação, troca de saberes e outras atividades de prevenção estão sendo realizadas e que esses têm buscado o melhor entendimento do significado de seu papel na complexidade do processo de trabalho que é o cuidado em saúde.

Pelas falas aqui referenciadas, com vistas à transformação da realidade, há urgência de mais apoio e incentivo público para a estruturação efetiva do SUS. Chama a atenção a desconsideração configurada pela falta, não só de recursos para o bom desempenho do trabalho, mas sim de espaços democráticos para articulação conjunta do trabalho, tanto para o enfrentamento dos problemas e das necessidades da comunidade, como os do próprio sujeito trabalhador, o qual, ao que parece, carece de atenção, acolhimento e proteção à própria saúde.

Com base nessas constatações, são sugeridos

novos estudos acerca da temática que levem a estratégias para a criação de ambiências saudáveis à saúde física e mental dos ACS e, em última análise, da própria política da ESF, ou em outros termos, do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Agente comunitário de saúde [acesso em 2009 Dez 14]; Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal>
2. Ministério da Saúde (BR). Programa de Saúde da Família [acesso em 2009 Abr 4] Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal>.
3. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(2):429-35.
4. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos (BR) Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. [acesso em 2009 Set 20]. Disponível : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm.
5. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):426-33.
6. Trindade LL, Gonzáles RMB, Beck CLC, Lautert L. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(4):473-9.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo(SP): Hucitec/Abrasco; 2008.
9. Moisés MA. Educação em saúde, a comunicação em saúde e a mobilização social na vigilância e monitoramento da qualidade da água para consumo humano. *J Mov Popular Saúde/MOPS*. 2003 [acesso em 2009 Mai 3]. Disponível: <http://portal.saude.gov.br>
10. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo(SP): Hucitec; 2002.
11. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface*. 2009;13(28):123-35.
12. Ministério da Saúde (BR) Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília; 2004.
13. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):455-64.
14. Oliniski S, Lacerda MR. As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. *Cogitare Enferm*. 2004;9(2):42-52.
15. Ministério do Trabalho e Emprego(BR). Normas Regulamentadoras. Norma Regulamentadora n.6. Equipamento de Proteção Individual 2001 [acesso em 2009 Mai 03]. Disponível: www.mte.gov.br/legislacao/normas.
16. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. 2005; 9(16):161-8.
17. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(2):233-8.
18. Souza AC, Colomé ICS, Costa LLED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005; 26(2):147-53.