

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
FÁTIMA APARECIDA CARVALHO DE ANDRADE**

**A IMPORTÂNCIA DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS**

**UBERABA
2011**

FATIMA APARECIDA CARVALHO DE ANDRADE

**A IMPORTÂNCIA DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS**

Trabalho de conclusão de curso, pré-requisito
para obtenção do título de Especialização em
Saúde da Família, apresentado à Universidade
Federal de Minas Gerais
Orientadora: Profa. Adriana Maria Kakehasi

**UBERABA
2011**

FATIMA APARECIDA CARVALHO DE ANDRADE

**A IMPORTÂNCIA DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS**

Trabalho de conclusão de curso, pré-requisito
para obtenção do título de Especialização em
Saúde da Família, apresentado à Universidade
Federal de Minas Gerais

Orientadora: Profa. Adriana Maria Kakehasi

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

_____/____/____
Prof. Nome do Professor
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

_____/____/____
Prof. Nome do Professor
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

_____/____/____
Prof. Nome do Professor
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

DEDICATÓRIA

Dedico o presente trabalho ao meu esposo Cláudio e aos meus filhos André Felipe e Ana Flávia que sempre acreditaram em mim e souberam entender com paciência as minhas ausências decorrentes dos estudos, me incentivando, sobretudo nos momentos de desânimo.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado mais esta oportunidade....

À minha família por tudo que representam para mim.

À Prof. Marcia Helena Destro Nomelini pelas aulas ministradas e por todo carinho e atenção dispensada, que certamente, fez mudar a minha visão profissional.

Finalmente, à Adriana Maria Kakehasi que não mediu esforços para me auxiliar no trabalho de conclusão de curso

*Procurando o bem para os nossos semelhantes
encontramos o nosso.
(Platão)*

SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

PS – Programa de Saúde

PSF - Programa de Saúde da família

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Dentro da perspectiva de demonstrar a importância do agente comunitário de saúde e a considerável relação deste profissional com a satisfação no trabalho para o efetivo desenvolvimento de suas tarefas dentro do Programa de Saúde da Família, são apresentadas questões observadas no cotidiano dos agentes. Para um melhor entendimento, é fundamental uma retrospectiva histórica, desde a Promoção da Saúde até a implantação do Programa de Saúde da família que surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência. À luz das bibliografias analisadas e do convívio no ambiente de trabalho é possível constatar que: o agente comunitário de saúde é a chave que abre os caminhos para uma nova realidade social e assistencial; e que a satisfação no trabalho, retratada pela forma de inserção do Programa de Saúde da Família na Unidade Básica, a capacitação, o reconhecimento da classe, o equilíbrio da equipe, e a expectativa em seu trabalho são elementos primordiais para que ele possa agir comprometidamente, com a comunidade, gerando os resultados desejados pela nova estratégia de saúde da família.

Palavras-chave: satisfação profissional, estratégia da saúde da família, agente comunitário, apoio institucional e programa de saúde da família

ABSTRACT

Within the perspective of showing the importance of the health communitarian agent and the considerable relation of this professional with the satisfaction at work, for the real development of his tasks in the Family Health Program, questions observed in the daily activities of the agents that deserve relevance are presented. For better understanding, an historical retrospective is made, since the Health Promotion until the implantation of the Family Health Program, which appears as a new strategy to pay attention to health and re-orientation of the model of assistance. Under the light of the analyzed biographies and the routine in the work environment it's possible to notice that: the health communitarian agent is the key professional that opens the ways to a new social and assistance reality; and that the satisfaction at work, demonstrated by the insertion of the Family Health Program happens in the Basic Unit, the capacitation, the class recognition, the balance within the team, and the self-expectation in his work are the main elements so that he can act with commitment to the community, generating the results desired by the new health family strategy.

Key-words: satisfaction at work; strategy of the health of the family, institutional support, communitarian agent, family health program

SUMÁRIO

1- Introdução.....	11
2 – Desenvolvimento	15
2.1- A efetiva participação do agente comunitário de saúde na comunidade.....	15
2.2 – A Satisfação Profissional.....	16
2.3 – Em busca da satisfação no trabalho dos agente comunitário de saúde.....	17
2.3.1 – Forma de implantação do programa de saúde da família em unidade básica de saúde.....	17
2.3.2 – Capacitação.....	19
2.3.3 – Trabalho em equipe	19
2.3.4 – Alta rotatividade	20
2.3.5 – Terapias	20
2.3.6 - Reconhecimento	21
2.3.7 – A importância do gestor para a satisfação no trabalho	22
3 - Considerações finais.....	24
4-Referências bibliográficas.....	27
5-Anexo	29

1- Introdução

Em busca de uma melhor qualidade do atendimento na área da Saúde, em 1945 no Canadá introduziu-se o conceito de Promoção da Saúde como área da medicina, no qual SINGER apud CANEL (2008) atribuiu as seguintes finalidades: a promoção da saúde, envolvendo fatores socioambientais, medidas políticas e trabalho comunitário; a prevenção e tratamento de doenças; a reabilitação.

Em 1974, o Informe Lalonde também do mesmo país, vem com proposta de ampliação do campo de atuação da Saúde Pública, acrescentando às ações médicos-assistenciais ações preventivas e programas educativos, objetivando mudanças comportamentais e de estilo de vida. O enfoque, entretanto, era sobre o indivíduo, considerado como responsável exclusivo por sua saúde e seu estilo de vida (Canel 2008).

Em âmbito internacional, a Conferência de Alma-Ata (1978), foi o divisor de águas no tocante a Promoção de Saúde, derivando desta outras conferências e respectivas Cartas e Declarações: Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; Rede de Megapaíses, 1998; México, 2000; Bangkok, 2005. (Canel 2008)

Os documentos reforçam a idéia de que o processo saúde-doença não é apenas linear (resultante de causa-efeito) e nem tão pouco restrito ao ponto de vista biomédico, mas deve ser percebido dentro de um novo modelo (holístico), no qual as metas da saúde são atingidas juntamente com a melhoria da qualidade de vida, a justiça social e o desenvolvimento sustentado. A participação comunitária é fundamental e os profissionais de saúde devem assumir a tarefa de estimular e fortalecer a atuação da população nessas questões, instrumentalizando os cidadãos (indivíduos, grupos) para que seja exercido o direito à saúde. Tudo isso constitui uma nova cultura, ou um novo paradigma, da saúde. (CANEL, 2008)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) introduziu oficialmente o conceito de PS em 1984, afirmando que ele envolve a população como um todo no contexto cotidiano, em lugar de concentrar a atenção em grupos de risco e doenças específicas. (CANEL, 2008)

A Saúde no Brasil, nunca foi objeto de prioridade para os governos. Para minimizar esse problema, desde 1994, vem sendo implantado o Programa de Saúde da Família que visa uma melhor atenção aos usuários do SUS, buscando acima de tudo não só a solução para atendimento médico, mas também uma maneira de se estudar o território em que há a instalação do Programa de Saúde da Família (PSF), levantando os problemas mais comuns ao bairro, a fim de erradicá-lo através da prevenção e conscientização da população.

Para chegar até ao PSF vinha-se estudando meios para melhorar a atenção à saúde.

O Encontro Nacional Sobre Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde em 1980 resgatou a abrangência da Declaração de Alma Ata e afirmou que o conceito de recursos humanos para a saúde inclui: pessoal institucional; pessoas da comunidade que realizam ações de saúde (subsistema informal); e "a comunidade mesma, na medida em que utiliza práticas de autocuidados, decide sobre suas questões de saúde, e desenvolve ações sobre o ambiente" (GIFFIN, 1989)

A mudança no processo de trabalho é um dos aspectos mais interessantes, fazendo-nos refletir sobre o papel dos profissionais da saúde num tempo em que já estamos acostumados a ser profissionais de doença.

O Programa de Saúde da Família se faz mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada.

As equipes trabalham mediante ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Visto que Atenção Primária à Saúde (APS), utilizada como estratégia de extensão de cobertura e o agente de saúde como ator nesta estratégia, Alma Ata, explicita: "*As modalidades de agente de saúde* variarão de um país e de uma comunidade para outra de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis..." (Alma Ata, 1979 apud GIFFIN, 1989).

No ano de 1991 criou-se o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) composto por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam traçando estratégias para uma ação diferenciada, realizada diretamente na comunidade, criando vínculos de co-responsabilidade com a população, com o intuito de desenvolver um trabalho preventivo, educativo e orientar as famílias da comunidade (BRASIL, 2000).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) surgiram dos bairros populares como um dos membros principais desta nova estratégia.

O Decreto nº 3.189/1999 fixou as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, em 2002 e, oficialmente, esta profissão foi criada através de Lei nº 10.507/2002, reconhecendo a profissão após 11 anos de atuação.

Com a Lei nº 11.350/2006 foi editada uma medida provisória regulamentando as atividades do ACS.

Dentro da necessária variação de modalidades e de tarefas que inclui ações de promoção, prevenção, cura, e reabilitação, uma função é constante:
"Já que grande parte de seu tempo será dedicada à educação, devem também estar adequadamente preparadas para este tipo de atividade." (Alma Ata, 1979 apud GIFFIN, 1989)

À luz do que se reporta a Portaria Nº 648/2006, ficou definido as características do processo de trabalho da Saúde da Família:

- 1- manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- 2- definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- 3- diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;
- 4- prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- 5- trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- 6- promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- 7- valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- 8- promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- 9- acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Portanto, para a efetiva execução do programa, é necessário acima de tudo, o bem estar e a satisfação no trabalho do ACS que é o grande responsável pelo sucesso real de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Embora o termo genérico "agente de saúde" chegue a ser usado na Declaração de Alma Ata como equivalente a "recursos humanos para atenção primária" e a incluir médicos e enfermeiros, o destaque na discussão dos atores é dado ao agente de saúde *da comunidade* que atua na ponta da extensão de cobertura. (GIFFIN, 1989)

Seguindo esse enfoque, e baseando na implantação e na atuação desse programa em determinada Unidade do município de Monte Alto, este estudo propõe uma reflexão sobre a importância da satisfação profissional do Agente Comunitário na execução deste trabalho, para alcançar um real comprometimento da qualidade da assistência prestada ao usuário que chega às Unidades básicas de saúde.

A presente explanação é estruturada de maneira que através dos fatos descritos desde a implantação do PSF na Unidade de Saúde da Família objeto de estudo, possam ser discutidas, através de conceitos analisados nas bibliografias, questões comuns sobre alcance da satisfação no trabalho sob a ótica dos ACS.

A Satisfação no trabalho é um fenômeno amplamente estudado e esse interesse decorre da influência que a mesma pode exercer sobre o trabalhador, afetando sua saúde física e mental, atitudes, comportamento profissional, social, tanto com repercussões para a vida pessoal e familiar do indivíduo como para as organizações. (MARTINES, 2003, p. 59)

Auxilia ainda, numa reflexão acerca da posição do agente comunitário de saúde dentro do PSF, não devendo ser considerado “super-herói”, mas sim como humanos e que requerem atenção especial na desenvoltura de seu trabalho junto à realidade do seu campo de atuação.

Para tanto, optou-se por metodologia a revisão literário descritivo reflexivo, buscando literatura científica e técnica na área da saúde pública, procurando publicações que evidenciavam a satisfação profissional para a execução de um bom trabalho nos moldes do Programa de Saúde da família, além do estudo cotidiano, no período de agosto de 2010 a setembro de 2011, de uma Unidade Básica de Saúde que teve a implantação do mesmo, reproduzido aqui através de relato de experiência.

O conjunto bibliográfico foi obtido através dos periódicos do site Scielo. As palavras-chaves utilizadas para encontrar os textos foram: satisfação profissional, estratégia da saúde da família, apoio institucional, agente comunitário.

2 – Desenvolvimento

2.1- A efetiva participação do agente comunitário de saúde na comunidade

O agente comunitário é o morador da comunidade que presta serviços em domicílios, considerado o elo entre a comunidade e a Saúde da Família. Destaca-se pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce, devendo estar em contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizada por toda a equipe.

Conforme o disposto no Anexo I, nº 2 da Portaria 648/2006, são atribuições específicas do ACS:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

É importante ressaltar que o trabalho do agente é também realizado através de atividades que abordam temas para esclarecimentos da comunidade através do teatro, palestras com dinâmicas de motivação e ou integração, e música.

A essência das atividades lúdicas enquanto formas de recreação tem raízes em épocas passadas e mantêm-se com pequenas modificações, nas diferentes regiões geográficas. Esta propicia alegria dos participantes, espontaneidade, entusiasmo e descontração entre todos (HUIZINGA, in REZENDE, 2011)

O jogo, nas suas diversas formas, auxilia no processo ensino-aprendizagem, tanto no desenvolvimento psicomotor, isto é, no desenvolvimento da motricidade fina e ampla, bem como no desenvolvimento de habilidades do pensamento, como a imaginação, a interpretação, a tomada de decisão, a criatividade, o levantamento de hipóteses, a obtenção e organização de dados e a aplicação dos fatos e dos princípios a novas situações que, por sua vez, acontecem quando jogamos, quando obedecemos a regras, quando vivenciamos conflitos numa competição, etc.

A educação permanente em saúde desenvolvida pelos Agentes Atores Comunitários de Saúde tem como objetivo:

- Proporcionar maior interação da equipe com a comunidade;
- Melhorar a qualidade de vida da população ofertando conhecimento e lazer;
- Promover a saúde por meio do teatro; músicas, cantigas de roda, dinâmica de integração e ou motivação.

2.2 – A satisfação profissional

Após verificar todo o trabalho dos ACS dentro da comunidade é possível entender o quão importante que o mesmo encontre a satisfação no trabalho, pois a comunidade depende e espera o bem estar deste profissional para vir de encontro com os outros profissionais que se encontram na Unidade de Saúde.

A satisfação e o prazer no trabalho estão relacionados a vários fatores. Partindo deste referencial, Locke apud MARTINEZ, 2003 considera a satisfação no trabalho como uma função da relação percebida entre o que um indivíduo quer de seu trabalho e o que ele percebe que está obtendo.

Pode dizer que seria, então, um estado emocional prazeroso resultante da avaliação do trabalho em relação aos valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Insatisfação no trabalho seria um estado emocional não prazeroso, resultante da avaliação do trabalho como ignorando, frustrando ou negando os valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Assim, a satisfação e insatisfação no trabalho não são fenômenos distintos, mas situações opostas de um mesmo fenômeno, ou seja, um estado emocional que se manifesta na forma de alegria (satisfação) ou sofrimento (insatisfação) (LOCKE apud MARTINEZ, 2003).

2.3 – Em busca da satisfação no trabalho dos agentes comunitários

2.3.1 – Forma de implantação do programa de saúde da família em unidade básico de saúde

Para a melhor elucidar esta proposta, primeiramente, buscou-se como exemplo o início do PSF na Unidade de estudo deste trabalho. Derivada de imposição política de final de gestão, a implantação do programa foi realizada sem nenhuma estrutura, com contratação do médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários para cumprimento do que diz a Lei, porém sem nenhuma informação ou capacitação para os mesmos.

Durante três meses eram nítidos os rostos angustiados de funcionários por não saberem o que fazer num ambiente de comum desentendimento entre os gestores. A partir deste período foi dado início a subdivisão do território em seis micro-áreas e também a distribuição por família.

Assim se iniciou o Programa de Saúde da Família, num ambiente de pouco entrosamento em que todos dividiam o mesmo espaço, tornando difícil o relacionamento, persistindo este clima por vários meses.

Só por este início percebe-se que era impossível haver satisfação profissional dos servidores públicos, haja vista a falta de conhecimento acerca do programa, as desavenças por lideranças e a junção de várias pessoas cada uma a seu modo carregando os seus traumas, as suas inseguranças, seus costumes e comportamentos. Esse era o retrato de um Programa imposto politicamente, sem a mínima estrutura e que não oferecia se quer o mesmo atendimento anterior ao programa devido às apreensões das pessoas que ali estavam para prestar serviço.

O que deveria ser um marco positivo para comunidade, de início, o que se via em relação aos funcionários era um cenário de “caras amarradas” e medo estampado em cada rosto.

Porém o Capítulo II, nº 6, da Portaria 648/2006 trata do processo de implantação:

6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

I - O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação

estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes no Anexo II a esta Portaria. A proposta deve definir:

- a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas;
- b) infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;
- c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
- d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;
- e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;
- f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;
- g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;
- h) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

II - A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IV - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;

V - O município, com as equipes previamente credenciadas pelo estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;

VI - O Ministério da Saúde, os estados e os municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS; e

VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultrassom, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde.

Dentro desse enfoque, é importante ressaltar que a implantação do PSF ocorra de forma cautelosa, observando os detalhes legais, seguindo as etapas a fim minimizar traumas que influenciam a boa adequação do profissional ao trabalho. Deve-se analisar que em grande parte dos municípios, uma USF surge por imposição política e quase sempre sem a devida estrutura de trabalho ocasionando um desconforto entre a equipe

multiprofissional, neste caso então cabem à pessoa designada para dirigir a USF planejar as formas menos traumáticas, de adequação dos funcionários.

2.3.2 – Capacitação

A capacitação da equipe é de extrema relevância, além de aumentar a qualidade da assistência aos usuários pelo fato de aplicar os conhecimentos, proporciona a melhora da auto-estima do funcionário que passa acreditar cada vez mais em si próprio levando aos usuários do programa a convicção de uma vida melhor.

O objeto do sistema de saúde deve ser entendido como as condições de saúde das populações e seus determinantes, ou seja, o seu processo de saúde/doença, tendo em vista produzir progressivamente melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e das coletividades, atuando articulada e integralmente nas prevenções primária, secundária e terciária, com redução dos riscos de doença, seqüelas e óbito. (Saúde & Cidadania)

A incipiente experiência no campo da participação social, tanto dos profissionais quanto dos usuários, somada à insuficiente capacitação tanto de uns quanto de outros, desenha um quadro conflitante no âmbito local, justamente num espaço em que se dão as relações (em todas as suas dimensões) mais estreitas entre estes atores. (AZEVEDO, 2010)

No entanto, cabe ressaltar que segundo Thomaz, 2002, o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel.

2.3.3 – Trabalho em equipe

Apesar de que o profissional que atua “in loco” é o agente, o seu trabalho necessita de ser compartilhado com toda a equipe da UBSF, pois os resultados obtidos das visitas domiciliar traduzem muitas vezes em agendamentos, consultas, encaminhamentos.

No entanto, é indispensável que haja harmonia no relacionamento com os demais componentes dos programas.

O trabalho é coletivo e todos buscam um só objetivo, o apoio à comunidade em busca de uma melhor qualidade de vida, construindo e transformando o serviço humanizado, conforme os princípios do SUS: Igualdade, Universalidade, Equidade.

2.3.4 – Alta rotatividade

A alta rotatividade de funcionários dentro de uma USF impossibilita a perfeita integração entre os membros da equipe multidisciplinar e não mantém um vínculo de confiabilidade com as famílias assistidas pelo programa.

Quanto há divergência no tocante ao entendimento a um membro da comunidade, em conversas informais nos corredores da USF, é comum ouvir os agentes comunitários se referirem às pessoas que assistem de forma carinhosa, pois passam ter certa cumplicidade com os problemas inerentes aos assistidos.

É durante a visita domiciliar que o ACS percebe as necessidades de saúde da família. Ferraz e Aertes (2005) relatam em sua pesquisa que durante a visita domiciliar que são observados os problemas que as pessoas muitas vezes não percebem. É nela que o ACS tem a oportunidade de identificar os problemas e orientar sobre os cuidados de saúde. Segundo Jardim, Lançaram (2009), é através da visita domiciliar que o ACS configura-se como elo entre a comunidade e a equipe. (apud FRAGA, 2011, p.20)

Para que o trabalho seja feito de forma harmoniosa, o profissional precisa ser capacitado e entender a relação dos trabalhos coletivos e individuais, de forma que um complemente o outro. E isso começa desde a organização da agenda, “procuramos organizar a ação sem prejudicar os atendimentos da consulta”, relatam os agentes.

2.3.5 – Terapias laborais

Haja vista que o trabalho do agente em suas visitas domiciliares atende não somente os casos de doenças, mas também levantam os problemas de cada família, o combate às drogas, a prostituição, os desarranjos conjugais, abusos sexuais, violência doméstica entre outros, ou seja, para uma melhor acolhida da população assistida, ele depara-se com inúmeras situações de relevância que acaba por afetar o seu equilíbrio emocional e mental.

A angústia por querer melhorar o mais rápido possível a comunidade onde vivem, para que os filhos e familiares possam ter condições melhores de vida, podendo estudar e se tornarem cidadãos dignos e respeitáveis. Buscam fazer o melhor para que o bairro seja conhecido como referência.

Necessidade de se fazer no ambiente de trabalho terapias laborais para uma verdadeira desintoxicação dos problemas inerentes aos assistidos, bem como descontrair o profissional e gerar a integração da equipe, melhorando assim o relacionamento entre a equipe e afastando o esgotamento mental do ACS.

[...] alta frequência de níveis intensos de esgotamento profissional e a elevada ocorrência de transtornos mentais comuns encontradas entre os agentes comunitários de saúde suscitam a necessidade de estratégias de intervenção no cotidiano desses indivíduos e de novas investigações sobre a dimensão e determinantes do esgotamento profissional. (SILVA, 2008).

2.3.6 – Reconhecimento

O descaso com o agente começa desde a criação de sua profissão, que se deu através da Lei 10.507/2002, após 11 de sua atuação, que já vinha desde 1999.

Portanto, cada vez mais o agente comunitário se mostra o protagonista desta nova estratégia de saúde, no entanto atitudes vêm sendo tomadas ainda que lentas no sentido de valorizar esse profissional.

Assim como em tantas outras modalidades da saúde em 2007, a Lei nº 11.585, institui o dia 4 de outubro como o Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde.

No entanto deve esse profissional perceber melhores salários a fim de incentivar na execução do seu árduo trabalho que contribui para uma melhor qualidade de vida das comunidades.

2.3.7 – Demanda de serviços

Seguindo a proposta da ESF, o atendimento dos ACS na comunidade leva ao aumento do fluxo de paciente para a Unidade, porém, a falta de uma equipe

multidisciplinar completa, ou seja, com número considerável de profissionais capazes de atender a demanda, resulta em acúmulo de tarefas aos Agentes Comunitários.

Além do mais, o fato de ser o agente de saúde o elo para uma melhor assistência e estar permanentemente dentro da comunidade, pode trazer confusão das suas funções, resultando na resolução de problemas de áreas que não são inerentes a sua, como por exemplo, o combate à dengue. Ainda completando a idéia acima do maior trabalho gerado dentro da Unidade, a escassez de recursos humanos pode gerar mais desentendimentos.

Enfim, são várias as hipótese que contribuem para o aumento do serviço do Agente Comunitário de Saúde, resultando em cansaços, insatisfações e descontentamento.

2.3.7 – A importância do gestor para a satisfação no trabalho

O gestor é peça chave na estrutura organizacional de um USF, pois é ele o responsável pelo desempenho harmonioso de toda a sua equipe. Sua presença na Unidade, além de outras funções é para planejar, executar, controlar, avaliar as ações realizadas e propiciar uma relação harmoniosa entre funcionário/funcionário, funcionário/usuário.

O gestor deve ter uma visão ampla do ambiente de trabalho, dos funcionários que ali foram designados para desempenhar determinada função, a adequação do perfil para realizar cada tipo de trabalho, capacitá-lo. Referente à comunidade em que encontra instalada a USF ele deve buscar conhecer melhor os hábitos, crenças e cultura uma vez que com esse novo olhar torna-se possível conseguir o sucesso da acolhida dos ACSs perante os usuários, pois,

O comportamento do líder pode aumentar a satisfação dos empregados enquanto fornece mais confiança e compreensão sobre a relação entre desempenho e resultado e todo o suporte e liderança necessários que não estejam de acordo com o necessário (STINSIN, apud BUORO, 2005; p.14)

A conexão entre satisfação e comportamento do líder é influenciada por dois grupos de variáveis situacionais: forças ambientais (estrutura da tarefa, sistema formal de autoridade, grupos de trabalho) e características do subordinado (centro de controle, experiência, capacidade percebida). (BUORO, 2005, p.14)

A liderança é uma competência que tem cada vez mais valor no mercado de trabalho, sendo capaz de trazer uma harmonia, melhorando conseqüentemente a produtividade geral da instituição.

Salientando ainda o item anterior, a enfermeira responsável por este programa ingressou nos cursos “Especialização de Saúde da Família e Gestão em Saúde” sendo um complemento do outro e foi assim que iniciamos o nosso aprendizado de como funcionava a esse programa Estratégia de Saúde da Família e a importância da Gestão em Saúde, a leitura dos textos, as atividades e os encontros presenciais. Tudo era compartilhado com os funcionários que passaram a conhecer a finalidade desse programa, importância da visita domiciliar, conhecimento e a transformação do território, importância do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), elencar as dificuldades apresentadas pela comunidade e priorizar as atividades a ser desenvolvida, por isso a necessidade do diálogo e de estabelecer parcerias com os membros da Associação e a demais instituição existente no bairro. O trabalho em equipe é importante planejar, coordenar, executar e avaliar as ações através do diagnóstico situacional.

3 – Considerações finais

Os princípios e diretrizes do SUS são importantes para oferecer um serviço diferenciado humano e eficaz, as atividades educativas focalizam o indivíduo através da promoção, prevenção e recuperação da saúde por isso que aumenta a cada dia o número de pessoas interessadas na saúde e não na doença.

Lembrando que o crescimento das empresas não está dissociado da evolução das pessoas e nas Instituições de Saúde, onde a equipe representa uma importante força de trabalho devido ao grande número de profissionais atuando em atividade de alta interdependência, a motivação surge como fundamental na busca de maior eficiência e conseqüentemente de maior qualidade na assistência prestada, aliada à satisfação desses trabalhadores. (Bohmerwald, 2001).

Devemos lembrar que a satisfação e o prazer no trabalho estão relacionados a vários fatores.

Segundo Locke (1969, 1967) in MARTINEZ, 2003 os elementos causais da satisfação no trabalho estão relacionados ao próprio trabalho e o seu conteúdo, possibilidades de promoção, reconhecimento, condições e ambiente de trabalho, relações com colegas e subordinados, características da supervisão e gerenciamento, política e competência da empresa.

Contudo, para que haja um ambiente harmônico e prazeroso é importante que seja observado desde a origem, ou seja, a implantação do programa, evitando traumas.

Para que haja regularidade, o profissional precisa ser capacitado e entender a relação dos trabalhos coletivos e individuais, de forma que um complemente o outro, começando da organização da agenda.

O trabalho em equipe do Programa de Saúde da Família ganha maior capacidade de abrangência e efetividade com a atuação dos Agentes Comunitários. Quando bem capacitados, conscientizados e comprometidos, desenvolvem uma excelente integralidade na comunidade conforme preconizam as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo as quais a participação da comunidade é o principal caminho de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

O ideal é aproveitar de forma plena as informações que os ACSs trazem para a equipe, a fim de realizarem ações que promovam a saúde da comunidade.

Nesse contexto é fundamental que se preze uma boa relação deste profissional com a equipe e com o seu próprio trabalho, dispensando sempre uma atenção diferenciada e procurando sanar conflitos.

Reuniões semanais são muito importantes, para discussões dos problemas das micro-áreas e também para interação de toda a equipe da ESF.

A figura do responsável pela UBSF também interfere numa melhor condição de trabalho dos agentes, pois devem buscar melhoras no ambiente de trabalho através das articulações que são as estratégias, metodologias e ferramentas que se destinam ao desenvolvimento do profissional da área da Saúde.

As palavras relatadas pela ACS entrevistada pela Revista Saúde descrevem bem o desejo de todos os agentes quando lhe são perguntado sobre os principais desafios desta profissão: *“O meu desejo é que vocês continuem comprometidos com o trabalho, que a recompensa virá independente do tempo”*.

O principal objetivo da Atenção Básica de Saúde é a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, no entanto, cuidar da saúde do trabalhador é muito importante, e no caso dos ACS não deve deixar de lado as terapias individuais e em grupo.

O reconhecimento do ACS é ter sua identidade respeitada na equipe de trabalho. Além disso, é preciso dar visibilidade às contribuições do agente comunitário de saúde na elaboração de projetos; dar capacitações.

Enquanto estiverem presentes deficiências no papel e reconhecimento dos ACS não há como atender com qualidade as necessidades do usuário da Unidade, pois não há como orientá-los sem pessoal capacitado, seja pela falta de investimento nesta área, seja pela mudança contínua de funcionários impossibilitando uma integração com o grupo de trabalho e com as pessoas que ali freqüentam.

Como já foi relatado anteriormente, o trabalho comprometido do ACS aumenta o fluxo de usuário na UBSF e esta deve estar preparada para atendê-los, porém na maioria das Unidades a falta de equipe multidisciplinar, comprometida muitas vezes um único funcionário se torna multidisciplinar para suprir as necessidades do local de trabalho ocasionando um alto grau de “stress” e conseqüente queda na qualidade do trabalho que realmente foi destinado. Ademais, o número inadequado de funcionários pode trazer questionamento dos usuários por motivo de demora ou de falta de atendimento, gerando o risco de agressões verbais ou outras. Isso pode influenciar negativamente os funcionários

que lá estão trazendo desestrutura e baixo rendimento no trabalho, ou ainda, pode refletir em todos do grupo, causando um desequilíbrio emocional no ambiente de trabalho.

A falta de interligação entre os entes Unidade Básica de Saúde, Serviço Social (assistentes sociais) e Saúde Mental (psiquiatra e psicólogas) do município também merece relevância, pois dificultam uma relação com soluções rápidas e harmônicas.

Também se observa que a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo é de grande valia no processo de um melhor atendimento.

Enfim é necessário que se saiba que o Agente Comunitário é o elo crucial para a eficaz execução do Programa de Saúde da Família, merecendo análise de todos os aspectos de suas atividades, principalmente no tocante à qualidade do trabalho. Cabe ao gestor estar sempre atento aos incentivos para um real entrosamento do grupo de trabalho através de dinâmicas e encontros descontraídos, sem se esquecer da preocupação com o ambiente físico da UBS.

4 – Referências bibliográficas

AZEVEDO, A. L. M. et al. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/3010.pdf>> Acesso em 02/11/11.

Bohmerwald P. Gerenciando o Sistema da Sugestões, V. 1, segunda edição, Editora Belo Horizonte (MG): Fundação Cristiano Ottoni, Escola de Enfermagem 2001 julho, 9(4): 7-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação do SUS. Lei nº. 8.080/90*. Brasília/DF, 1990. Disponível em:< <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>. >Acesso em: 09/09/11.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação do SUS. Portaria 648/2006*. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em 08/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde com a gente*. Revista Brasileira de Saúde da Família, Julho a setembro de 2009. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia23.pdf> Acesso em 06/09/2011.

Buoro, G. et al. *Satisfação no Trabalho e Desempenho da Organização : Existe mesmo uma relação?* Disponível em <[http://www.qualidade.com.br/pdf/09_06_02_Satisfacao_e_Desempenho\[1\].pdf](http://www.qualidade.com.br/pdf/09_06_02_Satisfacao_e_Desempenho[1].pdf)> Acesso em 07/09/2011.

CANEL, Regina Célia, et al. *A advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da saúde*. São Paulo, v. 9, nº 1, mar/jun. 2008. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1516-41792008000100006&script=sci_arttext> Acesso em 01/12/2011.

FAMEMA. *Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde*. Disponível em <www.famema.br/sausedafamilia/atribu_agen_comuni.htm> Acesso em 10/10/2011.

JARDIM, Tatiana de Andrade. *A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família - evidências de um estudo de caso no município de São Paulo*. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415-91042008000300006&script=sci_arttext> Acesso em 10/10/2011

FRAGA, Otávia de Souza. *Agente comunitário de saúde : elo entre a comunidade e a equipe da ESF?* Disponível em <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2665.pdf>> Acesso em 09/11/2011.

GIFFIN, Karen, et. al. *O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 5, nº1, Jan./Mar.1989. Disponível em <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000100004>
Acesso em 01/12/2011.

JARDIM, T. A. *A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família - evidências de um estudo de caso no município de São Paulo*. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415-91042008000300006&script=sci_arttext> Acesso em 07/09/2011.

MARTINES, Vania Regina Veiga. *Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família*. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300012> Acesso em 08/09/2011.

MARTINEZ, Maria Carmen; PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra. *Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos*. São Paulo, v. 6, 2003. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1516-7172003000200005&script=sci_arttext> Acesso em 08/09/2011.

REZENDE, Jesiel Alves. *A Importância das Atividades Lúdicas*. Artigonal Diretorio de Artigos Gratuítos, março/2011. Disponível em < <http://www.artigonal.com/educacao-infantil-artigos/a-importancia-das-atividades-ludicas-4363665.html>> Acesso 20/08/2011.

SAUDE & CIDADANIA. *Distritos Sanitários: Concepção e Organização. O Conceito de saúde e do processo de saúde e doença*. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/gestorses/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_01/03.html> Acesso em 02/11/2011.

SILVA, Andréa Tenório Correia da; MENEZES, Paulo Rossi. *Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, nº 5, out/2008. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500019&script=sci_arttext> Acesso em 20/11/2011.

SILVA, Nelson Aleixo Junior. *Satisfação no Trabalho: um estudo entre os funcionários dos hotéis de João Pessoa*. Psico-USF, São Paulo, v. 6, nº 1,p.47-57, jan./jun.2001. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v6n1/v6n1a07.pdf> > Acesso em 20/11/2011.

5-Anexo




Solicitação

Ao Secretário da Saúde
José Benevides Valente da Silva

Solicito de Vs^a. Sr^a. a autorização para a utilização da Unidade de Saúde da Família, como campo de pesquisa; uma coleta de dados; para o trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Esclareço os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes dessa pesquisa, garantindo sigilo das informações e que possa retirar esse consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Monte Alto, 08 de Agosto de 2011.


Fátima Aparecida Carvalho de Andrade
Uma Ap. Carvalho de Andrade
Enfermeira
CPF: 000.000.000-00

De acordo
12/08/2011
