

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERFIL SOCIOECONÔMICO, ESTADO MOTIVACIONAL E PLANEJAMENTO PARA O TRABALHO – UMA CARACTERIZAÇÃO DAS UBSFS DE VIÇOSA (MG)

*Gracilene Maria Almeida Muniz Braga**

*Simone Caldas Tavares Mafra***

*Andréia Patrícia Gomes****

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil socioeconômico, motivação e planejamento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Considerando a abordagem qualitativa, utilizou-se para coleta de dados questionário semiestruturado. Dos 86 questionários enviados às 14 Unidades Básicas de Saúde da Família, 58 questionários foram devolvidos e constituíram a amostra da pesquisa. Para análise dos dados utilizou-se análise do conteúdo e estatística descritiva. Evidenciou-se que 97% dos ACSs eram mulheres, com idade entre 26 e 43 anos (69%). Uma parcela significativa possui ensino médio (43%), o que sugere boas condições para se praticar o planejamento e garantir motivação. Entre os ACSs 81% não se sentem motivados para o trabalho, e apenas 2% planejam suas atividades. Conclui-se que o perfil socioeconômico é compatível com o cargo, mas há conflitos e pouco planejamento das tarefas, levando a desmotivação do ACS.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde. Planejamento do trabalho. Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

Os profissionais que atuam na atenção básica à saúde devem ser capazes de planejar as ações necessárias para responder a demanda apresentada, bem como organizar o atendimento, desenvolvendo ações que respondam a essas demandas

* Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG. E-mail: cilene.assistentesocial@gmail.com. O artigo é parte da Dissertação de Mestrado desenvolvida no Programa. O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Agradecemos ao CNPq pela concessão de bolsa, sem a qual esta pesquisa não teria sido possível.

** Professora no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da UFV/MG. E-mail: sctmafra@ufv.br

*** Professora do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV/MG. E-mail: andrea.gomes@ufv.br

e às necessidades da comunidade. Tais ações buscam desenvolver instrumentos capazes de identificar as necessidades locais para responder às mesmas, para isso devem ter habilidades para executar as tarefas mais adequadamente (COTTA et al., 2006; BRASIL, 2009).

O fato de residir na comunidade amplia as possibilidades de aproximação com os indivíduos e facilita a caracterização da saúde das famílias usuárias dos serviços de saúde. Assim o ACS se torna na Estratégia Saúde da Família (ESF) o elo entre a equipe Saúde da Família (eSF) e a comunidade (COTTA et al., 2006; PUPIN; CARDOSO, 2008; SILVA; DALMASO, 2002).

Porém, Lopes (2010) discorda dessa afirmação. Para a autora o ACS não é o elo, é o “escudo” ora da comunidade, ora da eSF, podendo com isso gerar, no trabalhador, muitas vezes sofrimento e desmotivação.

Os ACSs são envolvidos no contexto da vida dos usuários e suas famílias, para realizarem ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde junto às mesmas. Entretanto, verifica-se na literatura aspectos limitadores ao trabalho do ACS que levam à insatisfação, podendo se destacar entre estes a falta de capacitação, de reconhecimento profissional e diferença salarial (LINO et al., 2012, p. 2).

Para que o trabalho do ACS possa oferecer resultados positivos ao desenvolvimento da ESF, garantindo à população usuária o acesso aos serviços de saúde preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é importante conhecer o perfil socioeconômico dos ACSs sua motivação e conflitos enfrentados durante a execução do planejamento do seu trabalho. Tais conhecimentos podem garantir mais efetividade para as capacitações e ações conjuntas que tenham como perspectiva a especialização das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs). Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi conhecer o perfil socioeconômico, o estado de motivação, e o planejamento do trabalho efetivado pelos ACSs nas Unidades Básicas de Saúde da Família, no Município de Viçosa, Minas Gerais devido à importância da força de trabalho destes profissionais para o acesso ao serviço de saúde pela comunidade, de forma especial no referido município.

Para tanto, buscou-se compreender a relevância do ACS como ator social envolvido nos avanços e na reestruturação do modelo de saúde, assim como evidenciar o quanto esta é primordial para promover qualidade de vida da população alvo da ESF.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O TRABALHO NA COMUNIDADE

Para se compreender o papel do ACS faz-se necessário discorrer sobre o significado da saúde como garantidora de qualidade de vida para o indivíduo e sua família. Tal compreensão faz-se necessária visto que a implantação da estratégia dos ACSs nasce da necessidade de se efetivar de forma universal e igualitária o acesso à saúde no âmbito das famílias.

O primeiro conceito teórico-formal de saúde surgiu em 1946 com a Organização Mundial de Saúde (OMS) que reconheceu a saúde como um dos direitos fundamentais da humanidade (ABUJAMRA; BAHIA, 2009).

A Saúde é definida como um direito social na Constituição Federal de 1988 (CF/88). Segundo Rios [198-?], tal direito e sua integralidade, como descrito na CF/88, buscam articular as ações de baixa, média e alta complexidade, bem como humanizar os serviços e as ações do SUS, sendo este considerado no Brasil, a forma direta das famílias efetivarem o acesso ao serviço de saúde (BRASIL, 1988).

Antes, a saúde era entendida como “o Estado de não-doença”, sendo enfatizada a cura dos agravos à saúde. Esta lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova abordagem centrada na prevenção e na promoção da saúde. Com o SUS a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, a amamentação, o trabalho, a renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia e o lazer (MISODOR, 2009).

O SUS, e conseqüentemente a Estratégia Saúde da Família (ESF), devem atender aos princípios de universalidade, equidade e integralidade que são orientados pela CF/88. O princípio de universalidade garante o acesso aos serviços de saúde a toda a população como um direito de cidadania, portanto, um dever do Estado. O princípio da equidade tem por objetivo diminuir as diferenças sociais. Este princípio não significa igualdade, pois o direito de acessar os serviços é de todos, no entanto as pessoas não são iguais em suas necessidades, e, se há distinção, deve-se levar em consideração tais princípios (PONTES et al., 2009).

O princípio da integralidade atribuiu à população o direito de atendimento de forma plena, articulando ações curativas e preventivas, apoiando na redução dos riscos e agravos à saúde (PONTES et al., 2009).

Dentro da ESF destaca-se o ACS, profissional responsável pela redução dos riscos de doenças e promoção da saúde juntamente com a eSF, que se responsabiliza por acompanhar um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. Tal planejamento busca estabelecer o contato frequente e monitorar as condições de saúde das famílias atendidas. Esse monitoramento é feito por meio de visitas domiciliares realizadas pelos ACSs que devem estar acompanhados e orientados por um enfermeiro supervisor (LOPES, 2010).

As visitas domiciliares são realizadas objetivando garantir o processo da educação em saúde e o diagnóstico das doenças na comunidade. Tais visitas são consideradas pela literatura como atividades mais importantes no processo de trabalho do ACS (BRASIL, 2009). No entanto a compulsoriedade das visitas domiciliares gera problemas para a ESF, considerando que essas visitas deveriam ocorrer planejadamente apenas quando houvesse indício de necessidade ou fosse solicitada pelo usuário, podendo ser vista pelo mesmo como uma intromissão do Estado e invasão de privacidade e liberdade (FRANCO; MERHY, 1999).

Além das visitas domiciliares, existem atribuições do trabalho do ACS que consistem em: pesar e medir as crianças menores de dois anos, realizar o registro no Cartão da Criança, e incentivar o aleitamento materno; acompanhar as vacinações de crianças e gestantes; orientar as famílias quanto ao uso de soro oral em crianças, como forma de prevenir a diarreia e desidratação (BRASIL, 2001).

O ACS deve, ainda, encaminhar as gestantes ao pré-natal; orientar sobre métodos de planejamento familiar; prevenção da Aids; prevenção e cuidados de endemias; monitorar parasitoses e dermatoses em crianças; realizar ações educativas sobre o câncer de mama e colo cérvico-uterino; climatério; saúde bucal com foco nas crianças; supervisionar pacientes em tratamento domiciliar, com ênfase nos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, bem como outras doenças crônicas; desenvolver atividades de promoção e prevenção da saúde do idoso e orientar as famílias com pessoas com deficiência psico-física para o apoio no domicílio (BRASIL, 2001).

As atividades que compõe o trabalho do ACS na comunidade são essenciais para o bom funcionamento das UBSFs e do trabalho das eSFs, deste modo, faz-se necessário que estas atividades sejam planejadas. Nesse sentido, o planejamento do trabalho do ACS passa a ser a principal atividade do cotidiano das UBSFs. Ou seja, as UBSFs precisam compreender que planejar é um exercício contínuo na garantia da efetividade do trabalho do ACS e consequentemente do acesso ao serviço de saúde por parte das famílias.

A importância do planejamento para a efetivação do trabalho do ACS

Na ESF, o planejamento do trabalho para a equipe das UBSFs deve ser pautado na identificação das reais necessidades das famílias cadastradas nas Unidades e envolvendo-as no planejamento, execução e avaliação das atividades realizadas, principalmente nas de cunho educativo (BRASIL, 2009).

O conceito de planejamento dentro da realidade das UBSFs é preparar, organizar o que será feito e avaliar a execução das atividades propostas (BRASIL, 2009).

Nesta perspectiva, Pinto e Fracoli (2010) argumentam que o planejamento deve ocorrer em equipe e pela equipe, assim como as reflexões e as avaliações. Para os autores, esse deve ser o momento de diálogo que se constrói entre os envolvidos, e o planejamento proposto que pode ser tanto o centralizado quanto o participativo (BRASIL, 2009). O primeiro tipo não garante a participação social nem reflete as reais necessidades da comunidade. Já no participativo “garante-se a participação da população junto à eSF discutindo seus problemas e encontrando soluções” (BRASIL, 2009, p. 62). Acredita-se que este deve ser o mais utilizado nas UBSFs e suas equipes.

De modo geral, o planejamento é um instrumento de gestão que visa fomentar o desenvolvimento institucional, pretendendo promover a qualidade e efetividade para o trabalho desenvolvido (BRASIL, 2009). Por isso constitui uma ferramenta importante para o ACS.

O estudo realizado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) ressalta esta perspectiva quando menciona que os principais obstáculos enfrentados pelos recém-formados, ao ingressarem no SUS, são de forma geral: a inexistência de planejamento ou planejamento ineficaz. Isto se configura por falta de cooperação e intercâmbio de conhecimento e experiência entre as equipes; reuniões improdutivas e de baixa resolubilidade (COTTA et al., 2006, p. 16).

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), a ação de planejar é inerente ao ser humano, o planejamento deve ser um processo permanente nas equipes, principalmente de saúde, “direcionando ações, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e buscando-se sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 19).

Dessa forma, planejar é, segundo Campos, Faria e Santos (2010), pensar antes de agir, pois uma ação pensada, diferentemente do improvisado, permite

alcançar os resultados positivos e estes se tornam permanentes na realidade vivenciada pelo trabalhador, levando os mesmos a vivenciarem de forma mais efetiva a motivação para o trabalho.

Motivação no trabalho

A motivação humana tem se tornado um dos principais desafios para a gestão dentro de uma abordagem moderna nas organizações. Antigamente, a motivação era um instrumento exclusivo da área de recursos humanos, na atualidade, é uma estratégia das empresas públicas ou privadas para garantir o alcance de seus objetivos (SILVA; PEIXOTO; BATISTA, 2011).

A motivação é o movimento que provoca nos indivíduos um ânimo novo, agindo em busca de novos objetivos e conquistas, e pode ser definida como o conjunto de fatores que determinam a conduta de uma pessoa (NAKAMURA et al., 2005). Os fatores da motivação foram divididos por Herzemberg (1959) – por isso conhecida como Teoria de Herzemberg – em dois grupos: higiênicos e motivacionais. Os fatores higiênicos são aqueles extrínsecos ao indivíduo como “salário, benefícios recebidos, segurança no cargo, relações interpessoais no trabalho” (NAKAMURA et al., 2005, p. 21).

Para Nakamura e colaboradores (2005) a insuficiência dos fatores higiênicos causa insatisfação, mas a motivação não deriva destes fatores e sim dos fatores motivacionais ou intrínsecos ao profissional, “representados por reconhecimento, status, responsabilidade, oportunidade, [...]”. A ausência desses fatores, contudo não ocasiona insatisfação” (NAKAMURA et al., 2005, p. 21). Portanto, faz-se necessário nos estudos sobre motivação identificar os aspectos motivacionais no ambiente de trabalho e de forma especial junto ao trabalhador.

Trabalhadores desmotivados podem tornar-se um problema para a organização, pois o rendimento cai e suas tarefas não são executadas corretamente. A motivação da equipe é fator decisivo para a melhoria do relacionamento entre as pessoas, gerando efeitos positivos na execução das atividades (SILVA; PEIXOTO; BATISTA, 2011).

Cinco fatores ganham destaque e concorrem para promover a motivação no trabalho, dentre eles: habilidades pessoais para o desempenho do cargo; o resultado final da atividade que possibilita reconhecer o resultado como um produto pessoal; o impacto que o produto final exerce nos outros indivíduos; a liberdade em desenvolver as tarefas, programações e procedimento no trabalho; e,

por fim, o trabalhador receber a avaliação da eficácia do desenvolvimento de sua atividade (NAKAMURA et al., 2005, p. 22).

Desta forma, a motivação pode ser acionada por fatores internos e externos. A motivação é uma necessidade interna do indivíduo podendo ser reconhecida pelos fatores intrínsecos e extrínsecos, contribuindo assim para uma maior qualidade de vida no trabalho. Fatores intrínsecos são motivados pela “energia interior relacionados ao reconhecimento, status, desafios e oportunidades, os fatores extrínsecos são os benefícios, salários e relações interpessoais no trabalho” (NAKAMURA et al., 2005, p. 21).

A motivação é o desejo inconsciente de obter algo. São impulsos efetivados na perspectiva de satisfazer suas necessidades, direcionados ao crescimento pessoal ou organizacional. Sendo assim, os profissionais de saúde necessitam que seu cotidiano se revele mais motivador e lhes garantam o devido reconhecimento por meio de competências para que o trabalho seja de fato de qualidade e atinja seu objetivo (BATISTA et al., 2005).

Desta forma, o grau de motivação do indivíduo pode influenciar na harmonia do ambiente de trabalho e também nos resultados finais de suas atividades laborais. Por isso, este estudo buscou investigar os fatores que levaram os ACSs a motivarem-se no trabalho e aqueles fatores que favoreceram a desmotivação dos mesmos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quali-quantitativa com abordagem descritiva, tendo como estratégia o Estudo de Caso. Neste se analisou o perfil socioeconômico, motivação para o trabalho e o planejamento do trabalho dos ACSs em 15 Unidades Básicas de Saúde da Família em Viçosa, MG.

O estudo foi realizado nas UBSFs, localizadas na cidade de Viçosa, Zona da Mata Mineira. O município de Viçosa recebeu primeiramente o nome de Santa Rita do Turvo, depois passou a chamar-se Viçosa de Santa Rita em 1876. E em 1911 passou a chamar-se apenas Viçosa (IBGE, 2010).

A população do município é de 73.333 habitantes (DAB, 2013). O município possui 14 UBSFs, sendo 13 em área urbana conforme indicado pela Figura 1.

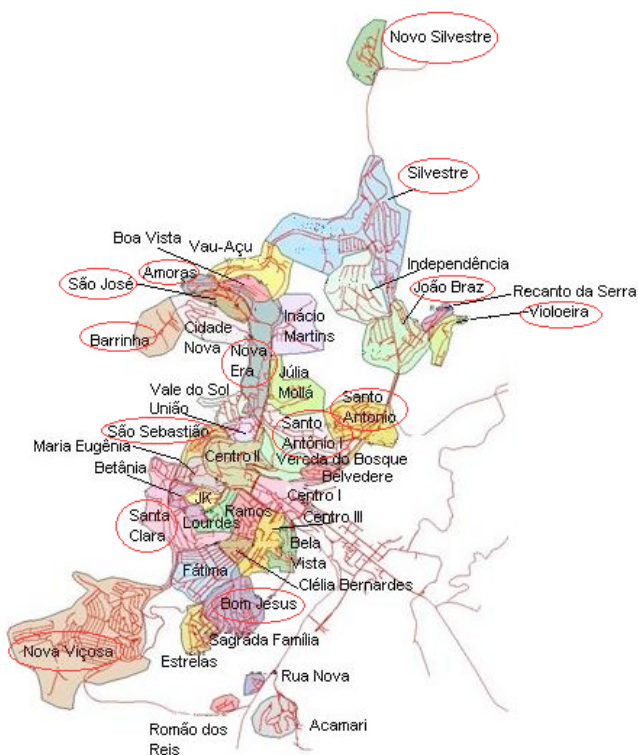


Figura 1 – Localização das 13 UBSFs nos bairros em área urbana de Viçosa, MG.
 Fonte: <http://vicosaminas.blogspot.com.br/2011/10/mapa-bairros-vicos.html>.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, o município dispõe de uma Policlínica, um Centro de Saúde Bucal, um Centro Especializado Odontológico (CEO), uma Unidade de atendimento especializado, 14 UBSFs e dois hospitais que realizam atendimento pelo SUS.

As duas primeiras equipes Saúde da Família (eSF) iniciaram suas atividades em fevereiro de 1999. Neste ano, Viçosa tinha uma população de 59.024 habitantes. O número total de ACS no ano de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) era de 10 ACS para as duas eSFs, a estimativa de cobertura da população na época era de 5.750 habitantes, proporção de cobertura de 9,74%. No ano de 2000 já havia três eSFs e 30 ACS no município. O quadro manteve-se praticamente inalterado até 2006 quando o município passou a contar com nove eSF e 67 ACS. Em 2006, a estimativa de cobertura da população pelos ACSs era de 38.525 habitantes (DAB, 2013).

Já no ano de 2007 o município tinha 77 ACS e a proporção de população coberta pelos ACSs passou para 60,55% da população e 13 eSF. Até o ano de 2009 o número de ACS e de eSF praticamente não sofreu alteração. Em 2010, decresceu o número de ACS para 73 ACS em atividade. Em 2011, o número de ACS era de 85 ACS e 15 eSF e a proporção de cobertura dos ACSs era de 65,90% da população. Em 2012, o município contava com 94 ACS cobrindo uma proporção de 74,84% da população e mantendo-se as 15 eSF. Em fevereiro de 2013 eram 97 ACS e o mesmo número de eSF (DAB, 2013).

Em julho de 2013, quando se iniciou o estudo, houve algumas alterações no número de ACS que passou a ser de 86 em atividade, apesar de constar no sistema do DAB (2013) 96 ACS cadastrados. Esse fato foi explicado pela Secretaria Municipal de Saúde pelas licenças e pedidos de demissões, bem como pelo fato de apenas 13 das 14 UBSFs estarem em pleno funcionamento com equipe completa. Estas UBSFs estão localizadas nos bairros: Santa Clara, Nova Viçosa/Posses, Bom Jesus; Amoras, Nova Era, Barrinha, Santo Antônio I, Santo Antônio II, São Sebastião, São José do Triunfo, Cachoeirinha, Silvestre, Novo Silvestre e João Bras/Violeira.

Considerando tal realidade, o estudo ocorreu nas 14 UBSFs de Viçosa, MG, sejam estas possuidoras de equipe completa ou não.

Caracterização da população e amostra

Este estudo foi realizado em 14 UBSFs de Viçosa (MG). Estas UBSFs possuíam 86 ACS que formaram a população deste estudo. Considerando esta população, foi encaminhado às UBSFs 86 questionários, destes apenas 58 foram devolvidos, constituindo assim a amostra da pesquisa.

Trabalhou-se com as 14 UBSFs, pois mesmo que apenas 13 UBSFs estivessem com a equipe completa, todas as 14 UBSFs continham o ACS, público-alvo deste estudo. A participação na pesquisa era voluntária e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dos 58 ACS respondentes, 56 são do sexo feminino. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, uma pequena parcela trabalhava nas eSFs há menos de um ano. A maioria pertencia à equipe há mais de dois anos. Em algumas eSFs haviam ACS que estavam nas Unidades desde a sua implantação. A forma de admissão destes ACSs foi por meio de concurso público, contrato junto à Prefeitura do Município, e ganhavam em média um salário mínimo.

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer: 295.361, em 03/06/2013, e contou com o financiamento do CNPq.

Instrumentos de coleta de dados

Por se tratar de um estudo descritivo de abordagem quali-quantitativa como coloca Santos (s.d.) e Chagas (s.d.) utilizou-se para a coleta de dados um questionário com questões abertas e fechadas buscando focar as variáveis presentes nos objetivos do estudo (perfil socioeconômico, planejamento e motivação para o trabalho). Existem vantagens e desvantagens para o uso deste tipo de questionário. A desvantagem das questões abertas é a possibilidade de interpretação subjetiva das respostas e de parcialidade do pesquisador. Quando o questionário é autopreenchido o pesquisador pode perceber dificuldades de redação, ou o receio do pesquisado de se expor sobre determinado assunto levando a uma redução dos parâmetros de análise para o pesquisador. No entanto, tal estratégia facilita a compilação dos dados. Através das respostas fechadas o respondente pode evitar expor sua opinião, mas reduz a capacidade analítica do pesquisador (CHAGAS, s.d., p. 7).

As variáveis analíticas que compuseram o questionário foram: perfil socioeconômico do ACS (idade, sexo, escolaridade, composição familiar e principal renda); tempo de função como ACS; capacitação para o exercício da função; atividades desenvolvidas no cotidiano profissional; planejamento das tarefas; fatores que interferem no desempenho da função; instrumentos disponíveis para a organização e desenvolvimento do trabalho; fatores de motivação para o exercício do trabalho; estratégias desenvolvidas pelos ACSs para o planejamento do trabalho; percepção do ACS em relação à aceitação e reconhecimento do seu trabalho pelas famílias; pontos positivos e negativos da atividade laboral; elo entre equipe de saúde, indivíduo, família e comunidade; percepção do ACS em relação ao acesso das famílias aos serviços de saúde ofertados pela UBSF; influência do trabalho na vida pessoal.

Instrumentos de análise de dados

Em função da natureza quali-quantitativa do estudo, dois métodos de análise de dados foram utilizados: análise de conteúdo e estatística descritiva. O primeiro foi utilizado para a análise das opiniões expressas pelos ACSs nas questões abertas (discursivas) cujas palavras, frases ou expressões foram categorizadas por

aproximação das respostas. O segundo serviu para análise das questões objetivas (fechadas) ou de curta resposta.

De acordo com Bardin (1991) a análise de conteúdo é uma técnica investigativa que tem por finalidade a manifestação da comunicação por meio da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo. A análise qualitativa é um procedimento que se caracteriza por ter como foco a fidelidade ao universo de vida cotidiano dos sujeitos, visando atrair os “diferentes significados de uma experiência vivida, auxiliando a compreensão do indivíduo no seu contexto” (ALVES; SILVA, 1992, p. 61).

Por isso Alves e Silva (1992) ressaltam que a análise qualitativa se caracteriza por:

[...] buscar uma apreensão de significados na fala dos sujeitos, interligada ao contexto em que eles se inserem e delimitada pela abordagem conceitual (teoria) do pesquisador, trazendo à tona, na redação, uma sistematização baseada na qualidade, mesmo porque um trabalho desta natureza não tem a pretensão de atingir o limiar da representatividade (ALVES; SILVA, 1992, p. 65, grifo nosso).

A análise de conteúdo refere-se a uma decomposição do discurso e identificação de unidades de análise ou grupos que caracterizam fenômenos, a partir da construção de significados que tornem possível interpretar a realidade do grupo estudado (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

Dentro desta perspectiva se buscou uma apreensão de significados na fala dos sujeitos, utilizou-se do método de análise do conteúdo, para codificar e organizar as respostas advindas do questionário.

Utilizando-se do instrumento apresentado, qual seja o questionário, foi possível conhecer o perfil socioeconômico (sexo, idade, escolaridade e renda) do ACS, bem como o estado de motivação e planejamento do trabalho nas UBSFs de Viçosa. Os dados obtidos são apresentados e discutidos na Tabela 1.

RESULTADOS

Os ACSs eram em sua maioria do sexo feminino (97%) e estavam na faixa etária entre 26 e 43 anos. Verificou-se que a escolaridade supera a exigência para o cargo de ACS, que é ensino fundamental, como regulamentado (BRASIL, 2009). No estudo evidenciou-se que 43% dos ACSs possuíam ensino

médio completo. A maioria (45%) dos participantes eram provedores da família (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil socioeconômico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
Sexo		
Masculino	2	3
Feminino	56	97
		100
Idade		
20 a 25	3	5
26 a 31	18	31
32 a 37	12	21
38 a 43	10	17
44 a 49	1	2
50 a 56	2	3
Não informou	12	21
		100
Escolaridade		
Ensino Médio Incompleto	3	5
Ensino Médio Completo	25	44
Técnico em Enfermagem	12	21
Outro curso Técnico	3	5
Superior Incompleto ou em curso	9	15
Superior Completo	6	10
		100
Principal Renda		
Renda exclusiva do ACS	26	45
Renda do marido	11	19
Renda do ACS e outros	16	27
Não informou	5	9
		100

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à escolaridade, estudo semelhante (COTTA et al., 2006), realizado no município de Teixeiras (MG), distante de Viçosa em 20,9 km, evidenciou que a faixa etária estava entre 20 e 57 anos, com predomínio de ACS do sexo feminino (57%), e que 56% dos ACSs possuíam o ensino médio completo. Tal semelhança

pode estar relacionada com a proximidade das duas cidades e características similares no que diz respeito à composição da população local de ambos municípios.

Quanto à motivação, a maioria dos ACSs (81%) não se sentiam motivados para o trabalho. Dentre as citações de motivação, a maior parte das respostas indicavam o dever profissional como sendo o principal fator motivacional para a realização das tarefas (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) motivados para o trabalho, vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
Motivação		
Motivados	11	19
Não Motivados	47	81
		100
Fatores de motivação para realização das tarefas		
Dever Profissional	28	48
Improviso	6	10
Envolvimento Pessoal	5	9
Sentimento de Caridade	4	7
Satisfação do usuário	15	26
		100

Fonte: Dados da pesquisa.

Se a motivação é derivada de um conjunto de forças internas e impulsos que orientam o comportamento das pessoas para atingirem determinado objetivo, deve-se conhecer quais são estes objetivos para, assim, motivar-se. A falta de clareza das atribuições e tarefas entre os ACSs pode estar relacionada com a falta de treinamento pois 62% desses não receberam nenhum tipo de treinamento para o exercício profissional (Tabela 3).

Tabela 3 – Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que receberam treinamento pela Secretaria Municipal de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
Treinamento		
Recebeu treinamento para exercer a função	18	31
Não recebeu treinamento para exercer a função	36	62
Não informou	4	7
		100

Fonte: Dados da pesquisa.

Mesmo com as dificuldades para exercer o trabalho como ACS, 77% deles acreditavam que as famílias acessam o direito à saúde pelos serviços prestados pelas 14 UBSFs de Viçosa. Em relação à interferência do trabalho na vida privada, 67% dos ACSs afirmaram que os usuários das UBSFs procuram por informações sobre atendimento, consulta ou exames nos fins de semana, seja em suas residências, seja quando estão na igreja, festas, padarias ou supermercado. Os ACSs demonstraram desconforto com esta situação, apenas 24% dos ACSs disseram não sofrer esse tipo de influência em sua vida pessoal, pois mantêm uma relação apenas profissional com os usuários (Tabela 4).

Tabela 4 – Interferência do trabalho na vida pessoal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
Interferencia do Trabalho na vida privada	39	67
Vida privada não recebe influência do trabalho	14	24
Não respondeu	5	9
		100

Fonte: Dados da pesquisa.

A precarização do trabalho exemplificada neste estudo como falta de treinamento e condições técnicas para o trabalho, foi observada em outros estudos como de Souza e Freitas (2011). Os autores identificaram que o descontentamento dos profissionais entrevistados frente as suas condições de trabalho estava relacionado às pressões sofridas no dia a dia, falta de privacidade na vida pessoal, cobrança da comunidade por atendimento imediato e envolvimento pessoal com as famílias, o que aumentaria o risco de sofrimento e desmotivação. Tais aspectos podem ser associados a condições técnicas para o desenvolvimento do trabalho, por isso ressalta-se a semelhança de resultados com estudos anteriormente desenvolvidos.

A influência da falta de condições de trabalho dos ACSs reflete uma preocupação que os mesmos têm de ofertar um serviço de melhor qualidade às famílias cadastradas bem como uma preocupação com a precariedade das condições de trabalho que influenciam negativamente no atendimento às famílias e na realização das tarefas diárias. Eles descrevem também que há muitas falhas na comunicação e no relacionamento na eSF, as quais também contribuem para o não cumprimento das tarefas diárias, conforme pode-se observar na Tabela 5.

Tabela 5 – Conflitos enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para planejar e realizar as tarefas diárias, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
Conflitos		
Insatisfação com as condições de trabalho e infraestrutura	14	24
Rotatividade das equipes	5	9
Falha na comunicação	10	17
Falta de atividades em grupo	9	15
Não há regularidade nas reuniões	5	9
Não respondeu	15	26
		100

Fonte: Dados da pesquisa.

A relação estabelecida entre as más condições de trabalho e a insatisfação do usuário em relação à assistência de saúde também pode ser observada nos estudos de Souza e Freitas (2011), onde “o profissional entende que, em sua realidade, melhores condições de trabalho significariam melhor assistência de saúde à população” (SOUZA; FREITAS, 2011, p. 105). Tal fato demonstra que as condições de trabalho do ACS têm demandado maior atenção por parte dos coordenadores, e a falta de planejamento tem contribuído para a insatisfação dos profissionais e desmotivação dos mesmos para a realização das tarefas diárias.

De acordo com Ferreira et al. (2009, p. 902) há nas equipes de saúde da família “jogos de disputas” que são a expressão dos micropoderes presentes nas relações de trabalho. Pode-se observar então que o planejamento do trabalho perpassa a hierarquização do saber que se coloca entre os ACSs, presentes nas relações interequipes. Nas UBSFs estudadas evidenciou-se que a hierarquização do saber e a troca dos mesmos fica aquém do esperado para o trabalho em equipe, pois, em 17% dos casos há falha na comunicação, em 15% falta a experiência do trabalho em equipe e 9% dos participantes informaram não haver regularidade das reuniões (Tabela 5).

Segundo Ferreira e colaboradores (2009), tais aspectos que se fazem presentes na “divisão social, que fragmenta, aliena, subordina a produção do trabalhador manual ao do trabalhador intelectual restringindo a sua participação nos processos decisórios”, torna o trabalho alienante por isso, pouco percebido para se oferecer relação de prazer com o trabalho ao trabalhador.

Resta questionar-se como são tratados os relatórios encaminhados ao DAB, pois além de dados quantitativos sobre os números de famílias visitadas

mensalmente, as eSFs devem informar na ficha de atividade coletiva sobre as reuniões realizadas. Nesta ficha (ver figura 2), o responsável pela UBSF deve responder se a reunião é com a equipe, se é com outras eSFs ou se a reunião é intersetorial, por exemplo com o Conselho Local de Saúde. Assim, é possível contestar a fidelidade dos dados informados ao DAB, considerando que 15% dos ACSs afirmaram no estudo que não aconteciam atividades em grupo e 9% dos entrevistados afirmaram que não havia regularidade nas reuniões.

Se as eSFs utilizassem a Ficha de Atividade Coletiva, teriam um ótimo instrumento de planejamento das eSFs. As reuniões seriam também o momento de melhorar a comunicação das equipes, identificando problemas para busca de solução. Ademais, se os dados lançados nas Fichas de Atividade Coletiva refletissem a realidade das UBSFs os resultados encontrados neste estudo se apresentariam provavelmente de forma diferente. Assim, pode-se compreender que, se as eSFs utilizam esta ficha sem dar o valor necessário, e nem reconhecem esse instrumento como aliado ao planejamento e realização das tarefas no dia a dia das UBSFs, pode estar existindo uma visão diferenciada da realidade vivenciada pelos ACSs nas UBSFs avaliadas neste estudo.

Legenda: Opção de Múltipla Escolha Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

ATIVIDADE (Opção Única)		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)	
<input type="radio"/> 01	Reunião de Equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões Administrativas / Funcionamento
<input type="radio"/> 02	Reunião com outras Equipes de Saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processo de Trabalho
<input type="radio"/> 03	Reunião Intersectorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
<input type="radio"/> 04	Atividade Coletiva	<input type="checkbox"/> 04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
<input type="radio"/> 05	Acompanhamento em Grupo	<input type="checkbox"/> 05	Seleção de Caso / Projeto Temático Singular
<input type="radio"/> 06	Avaliação / Procedimento Coletivo	<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
<input type="checkbox"/> 07		<input type="checkbox"/> 07	Outros
PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)	
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Alimentação Saudável
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flor
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Acuidade Visual
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas
<input type="checkbox"/> 05		<input type="checkbox"/> 05	Semana Saúde na Escola
<input type="checkbox"/> 06		<input type="checkbox"/> 06	Agressão Negligenciada
<input type="checkbox"/> 07		<input type="checkbox"/> 07	Antropometria
<input type="checkbox"/> 08		<input type="checkbox"/> 08	Outros

Figura 2 – Modelo da Ficha de Atividade Coletiva, disponibilizadas para as UBSFs.
Fonte: DAB, 2014.

O estudo identificou que no planejamento do trabalho, os ACSs realizavam mais atividades burocráticas (65%) do que técnicas (33%), que seriam aquelas esperadas para a sua função, evidenciando o fato como desmotivador para o trabalho (Tabela 6).

Tabela 6 – Percepção do planejamento do trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Atenção à Saúde, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
Tipo de Atividade		
Atividades Técnicas	19	33
Atividades Burocráticas	38	65
Não respondeu	1	2
		100

Fonte: Dados da pesquisa.

Com esse resultado, questiona-se a atenção prestada pelo ACS a cada família. Pois os ACSs devem realizar pelo menos uma visita domiciliar a cada família de sua comunidade e, entre outras atribuições, identificar casos de risco à saúde e encaminhar aos setores responsáveis (BRASIL, 2001). No entanto, o tempo destinado a estas atividades estava subdimensionado quando se observa que 65% deste tempo estava sendo ocupado com atividades burocráticas¹, enquanto a visita domiciliar, por exemplo, é vista como uma atividade técnica. Este fato pode ter relação com a precarização do trabalho dos profissionais em saúde, visto que por falta de pessoal administrativo, os ACSs precisam revezar na recepção, como pode ser observado na tabela 7, onde 46% dos entrevistados afirmam que trabalham na recepção e na farmácia da UBSF alguns dias da semana para suprir a falta do profissional administrativo. Esta é uma contradição, pois o lugar que o ACS deve ocupar não é realizando atividades burocráticas e em desvio de função, mas sim realizando visitas domiciliares, busca ativa, atividades educativas entre outras atividades.

Quanto às tarefas realizadas no dia a dia, como planejamento do seu trabalho, os ACSs identificaram mais de uma tarefa da lista apresentada quando da aplicação do questionário. Percebe-se que na maior parte das vezes os ACSs organizavam seu trabalho para: visita domiciliar (87%); orientações sobre saúde (59%); atendimento na recepção e farmácia (46%); agendamentos (41%). Os ACSs tiveram a liberdade de elencar quantas tarefas quisessem, por isso o número de tarefas excede o número de ACS (Tabela 7).

Tabela 7 – Tarefas cotidianas descritas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
Tarefas	Nº de citações	
Visita domiciliar	51	87
Orientações sobre saúde	34	59
Notificação	1	2
Faxina	8	13
Atender na Recepção e Farmácia	27	46
Cobrir outra área	3	5
Entrega de receitas e/ou medicamentos	12	21
Acompanhamento de Vulnerável	8	14
Cadastrros e Fichas	8	14
Agendamentos	24	41
Registro de informação no Cartão de vacina/hiperdia	15	26
Pesagem	7	12
Busca ativa	4	7
Auxiliar a enfermeira	4	7
Não informou	2	3
Total de Citações:	208	

Fonte: Dados da pesquisa.

Acredita-se que o planejamento pode contribuir para a eficácia do trabalho dos ACSs e conseqüentemente para um estado de prazer e motivação para com o trabalho que está sob sua responsabilidade.

Porém, o que se pode notar é que algumas atribuições que lhe são apresentadas pela eSF ou pela coordenação não eram atribuições ou tarefas dos ACSs, como limpeza da UBSF relatados por 13% dos ACSs como uma atividade recorrente em sua rotina (Tabela 7).

Os ACSs também descreveram os motivos para o baixo rendimento na realização do trabalho na UBSF, destacando-se a “falta de recursos” (24%), “falta de privacidade na vida pessoal” (69%) e “falta de treinamento” (29%) como fatores de desmotivação para o planejamento do trabalho. Tais fatos evidenciam que muitas vezes a desmotivação não inicia no trabalhador mas no ambiente e na organização do trabalho. Por isso, a atividade de planejamento requer o envolvimento dos responsáveis pela sua execução para que estes apontem os problemas e ajudem também nas ações para resolvê-los no âmbito do trabalho.

Outro aspecto a se destacar é a falta de privacidade na vida pessoal dos ACSs. Esta variável é colocada como corriqueira e se revela como motivo da desmotivação para os ACSs quando os mesmo avaliam seu trabalho. A maioria (69%) dos participantes avaliaram que a falta de privacidade é um dos fatores de desmotivação para o trabalho (Tabela 8).

Tabela 8 – Motivos para o baixo rendimento e desmotivação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
Motivos	Nº de citação	
Falta de recursos	14	24
Falta de privacidade na vida pessoal	40	69
Falta de solução do problema do usuário	7	12
Falta de comunicação	2	3
Falta de colaboração da eSF	5	9
Número insuficiente de vaga para consultas e exames	6	10
Reclamação dos usuários	1	2
Falta de incentivo da eSF	5	9
Falta de confiança na equipe	1	2
Falta de educação da eSF e dos usuários para com os ACSs	2	3
Falta de treinamento	17	29
Total de Citações:	100	

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com Souza e Freitas (2011), a desmotivação profissional é um fator de risco que leva ao baixo rendimento, ao desânimo, à solidão no trabalho. A Tabela 8 exemplifica tais aspectos apresentados pelos autores, pois as variáveis *falta de solução do problema do usuário*, *número insuficientes de vagas para consultas e exames* que geram a sensação de impotência diante do problema, *falta de colaboração das eSFs*, *falta de incentivo das eSFs* e *falta de treinamento* sugerem que os ACSs sentem-se sós e despreparados para conduzir a rotina do trabalho.

Em relação ao planejamento, pode-se destacar que 55% dos ACSs definiram o planejamento de seu trabalho pela visita domiciliar. Porém, 31% dos ACSs ressaltaram que não há planejamento das tarefas no âmbito da equipe nas UBSFs, o que é destacado na Tabela 9.

Tabela 9 – Definição do planejamento das tarefas do ACSs, vinculados às Unidades Básicas de Saúde, Viçosa, MG, 2013.

VARIÁVEIS	ACS (n = 58)	%
Planejamento das tarefas		
O planejamento é definido pela visita domiciliar	32	55
Não há planejamento das tarefas	18	31
As tarefas são definidas pela coordenação da UBSF	7	12
O planejamento ocorre em equipe	1	2
		100

Fonte: Dados da pesquisa.

A visita domiciliar é considerada pelo Ministério da Saúde como a principal atividade do ACS. Destacamos que a atividade de planejamento é contínua e deve organizar suas etapas tendo em vista o objetivo que é conhecer o estado de saúde das famílias. Por isso, a eSF deve preparar a visita domiciliar, trabalhando conceitos de saúde e capacitando o ACS a identificar os problemas. Porém, o estudo identificou que isto não ocorre nas eSFs (BRASIL, 2009; 2001).

De acordo com a Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, uma das atribuições do ACS é:

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, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e *enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe* (BRASIL, 2011, grifo nosso).

Dessa forma, os resultados do estudo estão em desacordo com a norma prescrita pela Portaria n. 2.488/2011, pois 12% das tarefas eram definidas pela coordenação, sem haver planejamento em equipe e 55% do planejamento era definido pela visita domiciliar. Isto evidencia uma baixa proatividade das equipes quanto à presença de doença e na perspectiva da promoção da saúde.

A efetividade do trabalho do ACS era restrita às dificuldades encontradas no cotidiano, como falta de vaga para consultas e exames; falta de participação da população e mesmo dos agentes comunitários de saúde nas decisões da ESF; a falta de cooperação, de planejamento, de reuniões e capacitações; a falta de

privacidade na vida pessoal dos ACSs. As dificuldades relatadas são apontadas como razão de desmotivação entre estes profissionais.

Os resultados obtidos neste estudo referendam que o planejamento do trabalho dos ACSs está “mal” desenhado, os ACSs estavam desmotivados e a falta de capacitação dos profissionais contribui diretamente para o mau exercício da função. O planejamento do trabalho dos ACSs é ineficaz, e com isso, torna ineficiente também a ESF que é uma política pública de prestação de serviços coletivos. Tal influência faz com que se ofereçam serviços de saúde à comunidade de forma limitada, não sendo possível atender a toda sua demanda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo constatou que no município de Viçosa, Minas Gerais, os ACSs que atuavam nas UBSFs eram em sua maioria mulheres, com escolaridade superior à exigida pelo Ministério da Saúde para exercer a função de ACS. Porém, este fato não valida o preparo técnico dos mesmos para atuar na função e promover a prevenção de doença e educação em saúde.

Os ACSs eram os principais provedores de suas famílias. Quanto à motivação para o trabalho, predominou a insatisfação e desmotivação dos ACSs. Tal circunstância foi explicada pela falta de capacitação e cooperação entre os colegas de trabalho, excesso de tarefas e até mesmo pela realização de atividades que não eram de sua competência. A precarização técnica, gerada pela falta de capacitação, foi determinante para a ausência do planejamento do trabalho no âmbito das eSFs e das UBSFs. O trabalho não era planejado para atender o indivíduo (usuários das UBSFs) e tampouco para as exigências do trabalho.

Quanto ao instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo, percebeu-se que o questionário autoperenchido possibilitou reconhecer certas fragilidades da metodologia nas questões abertas, pois em algumas perguntas os ACSs responderam de forma muito ampla, dificultando em parte a tabulação dos dados, enquanto outros ACSs só responderam as questões fechadas.

O trabalho de campo foi satisfatório, pois se obteve retorno de 67% dos questionários enviados. Assim, o estudo contribuiu para se conhecer a realidade e dificuldades enfrentadas pelos ACSs de Viçosa.

Para futuros estudos, recomenda-se associar ao questionário o método do Grupo Focal, que poderá garantir uma maior aproximação do pesquisador aos ACSs, facilitando a compreensão dos problemas relatados e conseqüentemente a discussão da temática proposta para o estudo, de forma mais aprofundada.

Considerando os dados apresentados e analisados, esse estudo não teve a pretensão de esgotar a discussão sobre o planejamento do trabalho dos ACSs, tampouco as possibilidades de transformação e mudanças das ações destes no âmbito das UBSFs que o planejamento poderia garantir.

Contudo, percebeu-se claramente que o empoderamento dos ACSs contribui para mudança quanto ao aspecto da desmotivação. Pois, ao torná-los parte do processo e responsáveis pelo planejamento do seu trabalho, eles terão a visão mais macro da organização de trabalho onde estão inseridos nas UBFs e, conseqüentemente, terão melhores condições de garantir a saúde dos indivíduos e suas famílias.

THE COMMUNITY HEALTH AGENT: SOCIO-ECONOMIC PROFILE, MOTIVATIONAL STATE AND PLANNING FOR WORK – ONE CHARACTERIZATION OF THE UBSFS OF VIÇOSA (MG)

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the socioeconomic profile, motivation and planning work of the community health agent (CHA). Considering the qualitative and quantitative approach, a semi-structured questionnaire was used for data collection. Of the 86 questionnaires sent to the 14 Basic Health Units of the Family, 58 questionnaires were returned and formed the research sample. It was used content analysis and descriptive statistics for data analysis. It was observed that 97% of CHA were women, aged between 26-43 years (69%). A significant part of them has concluded high school (43%), which suggests they have good conditions to practice planning and ensure motivation.

Among the ACS, 81% did not feel motivated to work, and only 2% plan their activities. It is concluded that the socioeconomic profile is compatible with the position, but there is conflicts and little planning of tasks, leading to demotivation of the CHA.

Keywords: Community health agent. Work design. Family Health Strategy.

NOTAS

¹ Para o estudo, atividades burocráticas são aquelas caracterizadas pelo excesso de procedimentos que uma pessoa deve tomar para obter algo, no caso dos ACSs são consideradas atividades burocráticas: preenchimento de diferentes formulários, fichas e cartões; e comprovação do cumprimento de metas quantitativas.

REFERÊNCIAS

ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti; BAHIA, Cláudio José Amaral. O Direito Social à Saúde na Constituição Federal de 1988: reserva do possível e mínimo existencial – limites? *Revista Novatio Iuris*, v. 2, n. 3, jul. 2009.

ALVES, Zélia Mana Mendes Biasoli; SILVA, Maria Helena G. F. Dias. Análise Qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia, FFCLRP – USP*, Ribeirão Preto, 1992.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1991.

BATISTA, Anne Aires Vieira; VIEIRA, Maria Jésia; CARDOSO, Normaclei Cisneiros dos Santos; CARVALHO, Gysella Rose Prado de. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 39 n. 1, p. 85-91, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa agentes comunitários de saúde (PACS)*. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. *Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 21 jun. 2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. –Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>> Acesso em: 29 jan. 2014.

CARMO, Maria Inês do; SILVA, Ananias Ribeiro da; ALVARENGA, Sônia Coelho de; CRUZ, Tancredo Almada. *Retrato Social de Viçosa III*. Viçosa, MG, 2010.

CHAGAS, Anivaldo Tadeu Roston. *O Questionário na Pesquisa Científica*. Disponível em: <<http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/107664/11092/questionarios.pdf>> Acesso em: 01 jan. 2014.

COTTA, Minardi Mitre; SCHOTT, Márcia; AZEREDO, Catarina Machado; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia Eloísa; DIAS, Glauce. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Estratégia Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*; v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

DAB – Departamento de Atenção Básica – *Histórico da cobertura da Saúde da Família*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 29 dez. 2013.

DAB – Departamento de Atenção Básica – *Material de apoio*. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>> Acesso em: 30 jan. 2014.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. *PSF: Contradições e novos desafios*. 1999. Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-17.pdf>> Acesso em: 18 de mar. 2014.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

IBGE – *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/vicosa.pdf>> Acesso em: 27 jan. 2014.

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

LINO, Mônica Motta; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de; SCHVEITZER Mariana Cabral. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Cogitare Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 57-64, jan./mar. 2012.

LOPES, Denise Maria Quatrin. *Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2010. 110 p.

MISODOR. *A Reforma Sanitária: o Sistema Único de Saúde no Brasil*. 2009. Disponível em: <<http://misodor.com/SUSBRASIL.php>> Acesso em: 30 nov. 2012.

NAKAMURA, Cristiane Carlis; FORTUNATO, Josiane C.; ROSA, Lúcia Maria; MARÇAL, Rodrigo; PEREIRA, Thais A. A.; BARBOSA, Daniel Freitas. Motivação no Trabalho. *Maringa Management: Revista de Ciências Empresariais*, v. 2, n.1, p. 20-25, 2005.

PINTO, Adriana Avanzi Marques; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. *O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 766-9, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a24.htm>> Acesso em: 11 ago. 2013.

PONTES, Ana Paula Munhen de; CESSO, Rachel Garcia Dantas; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 500-07, 2009.

PUPIN, Viviane Milan; CARDOSO, Cármen Lúcia. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. *Estudos de Psicologia*, v. 13, n. 2, p. 157-163, 2008.

RIOS, Roger Raupp. *Direito à Saúde, Universalidade, Integralidade e Políticas Públicas: Princípios e Requisitos em Demandas Judiciais por Medicamentos*. [198-?]. Disponível em: <www.cebes.org.br/.../Direito_sade_universalidade_integralidade.doc> Acesso em: 29 nov. 2012.

SANTOS, Carlos José Giudice dos. *Tipos de Pesquisa*. Disponível em: <http://www.oficinadapesquisa.com.br/APOSTILAS/PROJETO_RH/_OF.TIPOS_PESQUISA.PDF> Acesso em: 1 jan. 2014.

SILVA, Joana Azevedo da; DAMALSO, 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, 2002.

SILVA, Caroline Machado Castilhos da; PEIXOTO, Roberta Ramalho; BATISTA, José Mauro Ruiz. A influência da liderança na motivação da equipe. *Revista Eletrônica Novo Enfoque*, v. 13, n. 13, p. 195-206, 2011.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz Christo; SIMÃO, Ana Adalgisa. O uso da Análise de Conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SOUZA, Lázaro José Rodrigues de; FREITAS, Maria do Carmo S. de. O Agente Comunitário de Saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 96-109, 2011.