

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL**

**ALINE ZIELINSKY WARTNER**

**OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A COMUNIDADE:  
UM OLHAR PELA QUALIDADE**

**RIO GRANDE  
2012**

**ALINE ZIELINSKY WARTNER**

**OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A COMUNIDADE:  
UM OLHAR PELA QUALIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Diogo Joel Demarco

**RIO GRANDE  
2012**

*Liberdade*

*"Andorinhas enfileiradas  
nos fios da luz, nas calçadas.  
Pássaros que adejam nos céus  
de um horizonte sem véus.*

*E o que te diz:*

*Bem-te-vi!*

*E tu — aqui? Ali?*

*Há os que arrulham,*

*dos ninhos no calor  
trocando beijos de amor.*

*O colibri que canta  
e encanta.*

*O canário amarelo que saltita,  
a velha coruja que dormita,  
em silêncio ao relento,*

*Ouindo o vento.*

*Há os que vão*

*e os que vêm.*

*Há os que tombam,  
também.*

*Mas tudo é felicidade.  
Aos pássaros — Liberdade!"*

*Sydnea Dias Diaz*

## LISTA DE ABREVIATURAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
ACS	Agente comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes comunitários de Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
IBGE	Instituto Brasileiro Geográfico e Estatísticas
EBR	Estaleiros do Brasil S. A.
ERGS	Estados do Rio Grande do Sul
SEINFRA	Secretaria de Infra – Estrutura e Logística
SEDAI	Secretaria do Desenvolvimento e dos Assuntos Internacionais
VD	Visita domiciliar
RN	Recém Nascido
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus.
MDDA	Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas.
VISA	Vigilância Sanitária
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família

## RESUMO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, um estudo exploratório baseado no método de estudo de caso, tendo como objetivo verificar quais os fatores que interferem na qualidade dos serviços prestados à comunidade pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), lotados na Unidade Saúde da Família, da cidade de São José do Norte. A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe um novo modo de cuidar da saúde, tendo a família como objeto de atenção, considerando-a em seu contexto social, econômico e cultural. A Unidade de Saúde da Família (USF) escolhida para este estudo é a quarta Equipe de Saúde da Família implantada no município – USF Helio Rossano - inaugurada dia 25 de outubro de 2007 na localidade da 5ª Secção da Barra, abrangendo os Bairros 5º Secção da Barra, Povoação da Barra, Pontal da Barra e Cocuruto. A Equipe de Estratégia da Família é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, uma higienizadora, uma recepcionista e sete agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS convivem com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde moram e trabalham, possuem atribuições específicas e preconizadas pelo Ministério da Saúde. Assumem uma posição estratégica de mediadores entre a comunidade e o pessoal de saúde, podendo assumir papel ora como facilitadores, ora como empecilhos nessa mediação. Os sete ACS da USF-Helio Rossano participaram da técnica de Grupo Focal cujos resultados foram agrupados em três categorias: Desvalorização do Trabalho do ACS; Condições adversas que dificultam o trabalho do ACS; Falta de capacitação X Controle Social. A maior parte dos resultados apresentados nesta pesquisa aponta fatores negativos que prejudicam a qualidade dos serviços prestados pelos ACS os quais refletem a desvalorização do trabalho destes profissionais no que se refere às questões de baixo salário, falta de apoio emocional, assim como ausência de capacitação para os ACS.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Qualidade nos Serviços de Saúde.

## LISTA DE FIGURA

Figura 1	Localização Município de São José do Norte .....	10
----------	--------------------------------------------------	----

## LISTA DE TABELA

Tabela 1	População Aproximada por Bairro.....	13
Tabela 2	Coeficiente de Mortalidade Por 1.000.....	13
Tabela 3	Principais Causas de Óbito, Internação e Atendimento Ambulatorial, ano 2007-2008.....	13
Tabela 4	Efetivo da Saúde no Governo Municipal ano 2009 .....	20

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
1.1 UM POUCO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO NORTE.....	10
1.2 SERVIÇOS DE SAÚDE E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS .....	12
<b>1.2.1 Programas do Ministério da Saúde em Funcionamento no Município .....</b>	<b>14</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>21</b>
2.1 CONTEXTUALIZANDO A APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL .....	21
2.2 DISCUTINDO SOBRE QUALIDADE EM SERVIÇOS .....	26
2.3 PRINCÍPIOS BÁSICOS DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	28
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>33</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES .....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>49</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos durante a elaboração da Constituição Federal de 1988, ocorridos com a participação de diferentes atores sociais ao longo dos anos. No processo de mudança do modelo assistencial à saúde da população brasileira, o Ministério da Saúde (MS) propõe duas estratégias de atenção primária: O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. A primeira estratégia, PACS, foi criada no intuito de ajudar na promoção e prevenção da saúde no âmbito domiciliar e nível local, por meio de ações simplificadas e conforme os pressupostos da Conferência de Alma-Ata – em setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. A Conferência foi assistida por mais de 700 participantes e resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (BRASIL, 2001, pg. 15).

O Programa de Saúde da Família (PSF), por sua vez, tem como objetivo principal assegurar a qualidade de vida e o bem estar individual e coletivo por meio de ações preventivas integrais e contínuas, ajustadas à realidade loco regional e não apenas no modelo assistencial de cura das doenças (BRASIL, 2001; CUSTÓDIO et al., 2006 apud VASCONCELOS & COSTA-VAL, p.18, 2008).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe um novo modo de cuidar da saúde, tendo a família como objeto de atenção, considerando-a em seu contexto social, econômico e cultural; o programa estabelece que uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e um dentista, a partir de 2000, seja responsável pela saúde da população adstrita nas ações de prevenção da doença, promoção e tratamento da saúde (BRASIL, 2004).

A família representa um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias, que não podem ser desconsideradas pelos trabalhadores de saúde (TRAD, 1999). Tais tarefas implicam no fortalecimento do vínculo com a família com uma dupla finalidade: levar o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar e fortalecer a capacidade da população de enfrentamento dos problemas de saúde, através da transmissão de informações e conhecimentos (TRAD & BASTOS, 1998).

Neste contexto, os ACS atuam para identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção, recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade, assim como de toda a comunidade (BRASIL, 2004).

A atuação do ACS está baseada em duas dimensões principais: uma relacionada ao componente técnico; e outra, ao político. O componente técnico relaciona-se ao atendimento de indivíduos e suas famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos; já o político se refere a questões relacionadas à organização da comunidade e às transformações dessas condições (SILVA; DALMASO, 2002).

Nogueira e Ramos (2000) identificam, no trabalho do agente, a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social, as quais consideram que têm, sempre, potenciais de conflitos. Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.

Assim, os ACS apresentam papel singular na atenção à saúde da família, pois, exercem ações estratégicas desafiadoras no seu dia-a-dia. Além disso, ainda assumem uma posição estratégica de mediadores entre a comunidade e o pessoal de saúde, podendo assumir papel ora como facilitadores, ora como empecilhos nessa mediação.

Frente a este contexto busca-se responder ao seguinte problema de pesquisa: **Quais os fatores que interferem na qualidade do serviço prestados à comunidade pelos agentes comunitários de saúde lotados em uma das Unidades de Saúde da Família da cidade de São José do Norte- RS tendo como referência o ano 2011.** A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2012, período no qual já tenha sido realizado o balanço de produtividade do ano anterior, facilitando a interpretação da qualidade dos serviços prestados durante esse último ano.

Assim, tem-se como objetivo geral dessa pesquisa verificar quais os fatores que interferem na qualidade dos serviços prestados à comunidade pelos ACS, lotados na USF da cidade de São José do Norte. Para tanto foram delineados como objetivos específicos: caracterizar a Unidade de Saúde da Família situada na cidade de São José do Norte (RS); caracterizar os serviços prestados pelos ACS, bem como identificar os fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde da família prestados pelos agentes.

Fazendo uma relação do exposto e as afirmações de Silva e Dalmaso (2002), percebe-se que atuação do ACS não tem somente um viés técnico, pois a questão de inserção política também faz parte do seu cotidiano de trabalho. O presente estudo justifica sua relevância por oferecer um espaço de reflexão aos ACS lotados na USF em questão, motivando-os sobre o seu fazer, sobre seu papel na comunidade local e na sociedade, como forma de primar pela qualidade da assistência prestada.

Para responder aos objetivos dessa dissertação e o problema de pesquisa, organizou-se o trabalho da seguinte forma: no primeiro capítulo buscou-se realizar uma breve caracterização do município de São José do Norte a partir de alguns aspectos demográficos.

No segundo capítulo é apresentada revisão da literatura contextualizando a aplicação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, a Qualidade em Serviços e os princípios básicos da Qualidade nos serviços de Saúde. No terceiro capítulo buscou-se expor a metodologia empregada para viabilizar o estudo. No quarto capítulo são apresentados os resultados e discussão e, por fim, no quinto capítulo as considerações finais e o referencial bibliográfico.

## ▪ SÃO JOSÉ DO NORTE – “MUI HERÓICA VILLA”

### 1.1 UM POUCO DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO NORTE



**Figura 1:** Localização Município de São José do Norte.

O Município de São José do Norte, distante cerca de 372 quilômetros da capital do Estado, faz parte de uma península situada entre o oceano Atlântico e a Lagoa dos Patos. Possui uma população 25.474 mil habitantes, segundo os últimos dados do Instituto Brasileiro Geográfico e Estatísticas (IBGE), no censo realizado em 2010. De acordo com os dados apresentados pela Fundação de Economia e Estatística (FEE), em 2010, a cidade de São José do Norte apresenta uma área de 1.117,9 km<sup>2</sup>; densidade Demográfica: 22,8 hab/km<sup>2</sup>; Taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais: 17,33 %, Expectativa de Vida ao

Nascer (2000): 65,18 anos; Coeficiente de Mortalidade Infantil: 17,24 por mil nascidos vivos; PIBpm(2009): R\$ mil 213.364; PIB per capita (2009): R\$ 8.170; Exportações Totais U\$ FOB 12.672.59; Data de criação: 25/10/1831 - (Decreto Regencial s/ nº .); Município de origem: Rio Grande.

Em 25 de outubro de 1831 ocorreu a emancipação do Município e a criação da vila de São José do Norte. Em 16 de julho de 1840 travou-se a mais sangrenta batalha da Revolução Farroupilha. Em 31 de julho de 1841, pelo desempenho da guarnição local nas lutas contra os Farrapos, D. Pedro II agraciou São José do Norte com o honroso título de "Mui Heróica Villa. E, em 31 de março de 1938, a vila de São José do Norte foi elevada à categoria de cidade.

Fatos históricos, econômicos e sociais auxiliam na construção do processo de crescimento de uma cidade. Hoje, a economia do Município está apoiada na agricultura, pesca e turismo ecológico e litorâneo, sendo a cebola, o arroz e as florestas de pinus, as principais riquezas agrícolas, e o camarão, o mais nobre fruto do mar.

Na área do turismo podem-se observar casarões antigos e seculares onde a arquitetura Colonial Portuguesa encontra-se estampada.

A futura instalação do Estaleiro EBR- Estaleiros do Brasil S. A., para construção de plataformas, surge como atrativo econômico e de crescimento populacional pontual, ou seja, em um curto espaço de tempo o Município estará gerando um grande número de empregos. O objetivo da EBR é implantar um Estaleiro em São José do Norte do Norte para fabricar Plataformas Marítimas e Navios de Apoio para a Indústria Off-Shore. Em 04 de Novembro de 2010, na sede do Governo dos Estados do Rio Grande do Sul (ERGS), foi assinado o Protocolo de Intenções para a Implantação do Estaleiro em São José do Norte. O Documento foi assinado pelo Governo do Rio Grande do Sul, representado pela Secretaria de Infra – Estrutura e Logística (SEINFRA) e a Secretaria do Desenvolvimento e dos Assuntos Internacionais (SEDAI), pelo Prefeito de São José do Norte, Sr. Vicente Ferrari e a EBR – Estaleiros do Brasil S.A. Segundo reportagem do Jornal Agora, de 19 de janeiro de 2012, ocorreu no dia 28 de dezembro de 2011, no município de São José do Norte, uma cerimônia de esclarecimentos sobre a implantação do estaleiro na cidade, onde o diretor-presidente da empresa EBR, Alberto Padilla, disse que há previsão de que seja gerado um expressivo número de empregos diretos e indiretos, mas não citou números exatos. O diretor ressaltou ainda a necessidade de planejamento para o crescimento que se aproxima. “É preciso planejar a estrutura de uma nova cidade, daqui a dez anos teremos outra São José do Norte”, destacou.

Assim, com o previsto crescimento populacional, haverá a necessidade de planejamento na área da saúde que comporte as necessidades desta transformação.

Numa posição litorânea privilegiada, São José do Norte oferece aos visitantes toda a beleza e as possibilidades de aventura e esportes na Praia do Mar Grosso. Além de possibilitar toda a infraestrutura de uma pequena cidade turística com hospedagem, gastronomia baseada em frutos do mar e um aparato histórico e cultural.

Este texto apresenta parte dos conteúdos do site da prefeitura do município de São José do Norte.<sup>1</sup>

## 1.2 SERVIÇOS DE SAÚDE E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os dados a seguir são extraídos do Plano Municipal de saúde 2010-2013, Aprovado na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde (realizada em 15/12/2009). O município, hoje, conta com a seguinte estrutura de saúde:

- um hospital com 51 leitos;
- centro de Saúde com atendimento de 40 horas semanais, com atendimento de enfermagem, médico especializado, atendimento psicológico e nutricional, além da sala de vacinas;
- uma equipe de EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, com 03 ACS;
- cinco (05) Equipes Saúde da Família: ESF- Bujuru, ESF- Veneza, ESF- Cidade Baixa, ESF- Hélio Rossano, a qual foi escolhida para este estudo, e ESF – Carlos Santos;
- um CAPS– Centro de Apoio psicossocial (CAPS ATALAIA);
- uma Unidade móvel com atendimento médico, odontológico e de enfermagem, na área rural;
- uma lancha – ambulância utilizada para transporte intermunicipal de pacientes em situação de emergência;
- ambulâncias para transporte móvel de urgência e emergência de pacientes dentro do município.

---

<sup>1</sup> Disponível em: < [www.saojosedonorte.rs.gov.br](http://www.saojosedonorte.rs.gov.br). Acesso em 11 de dezembro de 2011>

**Tabela 01 – População Aproximada por Bairro.**

<b>Bairro</b>	<b>População</b>
5ª secção da barra (+ redondezas)	2.250
Guarida	3.388
Veneza	2.514
Centro	3.367
Brasília	1.570
João de Magalhães	91
João Landell	1.867
Carlos Santos	1.477
Tamandaré	2.362
Bujuru+ redondezas	4.961
<b>Total</b>	<b>24.747</b>

Fonte: Plano Municipal de saúde 2010-2013.

**Tabela 2 – Coeficiente de Mortalidade Por 1.000.**

	<b>No ano de: 2007</b>	<b>No ano de: 2008</b>
Geral	116	95
Infantil	03	08
Neonatal	01	05
Materna	0	0

Fonte: Plano Municipal de saúde 2010-2013.

**Tabela 3- Principais Causas de Óbito, Internação e Atendimento Ambulatorial, ano 2007-2008.**

<b>Óbito</b>	<p><b>População Adulta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumonia;</li> <li>• Câncer;</li> <li>• Respiratória;</li> <li>• AVC;</li> <li>• Gastrite.</li> </ul> <p><b>População Infantil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Causas Externas (asfixia);</li> <li>• Baixo peso ao nascer (prematuridade);</li> <li>• Pré-Natal Incompleto;</li> <li>• Mães com idade menor de 20 anos;</li> <li>• Uso de Entorpecentes</li> </ul>
<b>Internação</b>	<p>Parto normal;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento de doenças crônicas das vias aéreas;</li> <li>• Tratamento da Pielonefrite;</li> <li>• Tratamento de Pneumonias ou influenza;</li> <li>• Tratamento de Acidente Vascular Cerebral</li> </ul>
<b>Atendimento Ambulatorial</b>	<p>Verificação de pressão arterial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curativos</li> <li>• Saúde da mulher</li> <li>• Pediatria</li> <li>• Saúde do adulto e vacinação</li> </ul>

Fonte: Plano Municipal de saúde 2010-2013.

## **Doenças De Notificação Compulsória**

As doenças infecto-contagiosas com maior prevalência no município, que fazem parte do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação / SISNAN, são a tuberculose, AIDS e hepatite.

## **Imunização**

A cobertura vacinal para prevenção de doenças imunopreveníveis é uma das maneiras de avaliar a eficácia das ações de saúde e a cobertura esperada para a vacinação básica da infância – Poliomielite, BCG, Tetra, Hepatite B é acima de 95%.

### **1.2.1 Programas do Ministério da Saúde em Funcionamento no Município**

#### **Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA)**

- envio à Secretaria de Estado da Saúde de Relatório semanal de episódios de Diarréia;
- capacitação das Agentes Comunitárias de Saúde e Enfermeiras das UBS para notificação de casos de Diarréia;
- elaboração e distribuição de Fichas de Notificação de casos de Doença Diarréica.

#### **Saúde da Família**

- centra a atenção na saúde;
- responde a demanda espontânea de forma contínua e racionalizada;
- ênfase na integralidade da assistência;
- trata o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio, à comunidade;
- otimização da capacidade de resolver os problemas da saúde;
- saber e poder centrado não em um profissional, mas na equipe;
- ações intersetoriais;
- vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade;
- relação custo-benefício otimizada.

#### **Agentes Comunitários de Saúde**

- utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

- registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- estímulo à participação da comunidade nas Políticas Públicas voltadas para a área da saúde;
- realização de visitas domiciliares periódicas para o monitoramento de situações de risco à família;
- participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

**Vigilância Sanitária (VISA):**

- renovação de Alvarás Sanitários;
- aberturas de processo para comércio de alimentos;
- envio de relatórios enviados a 3ª CRS;
- averiguação de reclamações atendidas a domicílio;
- orientações veterinárias sobre Zoonoses e Vetores;
- coletas semanais de água tratada e não tratada a fim de análise laboratorial;
- envio de cabeças caninas para o controle da raiva no município;
- inspeção em comércio de alimentos;
- inspeção de medicamentos em farmácia e drogarias de acordo com memorando e oficinas enviados pela ANVISA;
- controle de talões de remédios controlados.

**Saúde do Idoso**

- promoção do envelhecimento ativo e saudável valorizando a autonomia e preservando a independência física e psíquica do idoso, de acordo com as normas e diretrizes de atenção integral à saúde do idoso, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (compreendendo ações que promovam modos de viver favoráveis à saúde e a qualidade de vida, através do desenvolvimento de hábitos como: alimentação adequada, prática de atividades físicas, estímulo da convivência social, busca de atividades desestressantes, redução de danos decorrentes do consumo de álcool e fumo e diminuição da automedicação); manutenção e reabilitação da capacidade funcional e apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;

- processo de integração da população da terceira idade; tendo como porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde. Operacionalizado por meio de ações como encontros mensais onde pacientes cadastrados no Programa Saúde do Idoso; vinculados às Unidades de Estratégia Saúde da Família do município realizam atividades recreativas e educativas como reciclagem de materiais, produção de artesanato, palestras educativas, confraternizações, eventos comemorativos e atividades físicas;
- participação no Conselho Municipal do Idoso;
- cadastramento e distribuição da Caderneta do Idoso.

### **Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)**

- oferecer atendimento a população de sua área de abrangência, realizando um acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.
- descobrir novas potencialidades e habilidades, possibilitando interesses pelo trabalho e estímulo pelo retorno a vida produtiva;
- resgatar a auto-estima, para que as pessoas possam compartilhar experiências sentindo-se parte de um grupo;
- comprometer os familiares em todo o programa afim de que eles também façam parte do processo de reabilitação psicossocial;
- estimular a adesão às atividades terapêuticas e socializadoras;
- mobilizar recursos existentes na comunidade para a integração do serviço;
- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental da rede básica de saúde;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem em seu território.

### **Saúde Bucal**

- trabalho Junto as Equipes de Saúde da Família;
- vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade;

- atendimento não centrado e levado a diversas áreas município.

### **Programa Saúde Da Mulher**

- preconiza ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento, e recuperação; no Pré Natal, Parto, Puerpério, Climatério, Planejamento Familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Câncer de Colo de Útero e Mama; além de outras necessidades identificadas a partir do perfil epidemiológico populacional;
- cadastramento e acompanhamento de Gestantes no sistema SISPRENATAL, para o posterior envio de verbas do Ministério da Saúde ao município, por meio da Atenção Básica;
- monitoramento das consultas de Pré Natal e Puerpério nas Unidades Básicas de Saúde;
- avaliação, controle e encaminhamento de Gestantes de Alto Risco para o Serviço de Referência;
- busca ativa de pacientes faltosas (sem movimento no SISPRENATAL);
- formação de grupos e cursos de gestantes nas Unidades Básicas de Saúde;
- capacitação dos profissionais Pré Natalistas do município acerca do Sistema SISPRENATAL, das consultas e do processo de Humanização no Pré Natal e Puerpério;
- incentivo ao parto normal e à redução das Cesárias desnecessárias;
- encaminhamento para realização de Mamografia no Serviço de Referência;
- monitoramento do Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama;
- monitoramento de pacientes de Controle Citopatológico;
- capacitação das Enfermeiras do município quanto à coleta de Citopatológico Uterino;
- triagem das amostras e laudos de Citopatológicos Uterinos coletados nas Unidades Básicas de Saúde;
- busca ativa e notificação de pacientes com laudo de Citopatológico Uterino alterado;
- encaminhamento das pacientes com Citopatológico Uterino alterado para Serviço de Referência;
- campanhas para orientação e coleta de Citopatológico Uterino;
- investigação de Óbitos de mulheres em idade fértil (12 - 49 anos), por meio de prontuários, visitas domiciliares, relato de familiares e profissionais de saúde;

- distribuição de Anticoncepcionais Hormonais (Oral e Injetável);
- cadastramento de pacientes para Laqueadura Tubária;
- palestras educativas para comunidade;
- monitoramento das Taxas de Cobertura de Pré Natal, Natalidade, Gestantes de Risco, Partos Cesários; e Citopatológicos Uterinos alterados;
- elaboração e distribuição de Fichas de Cadastro, Atendimento, Carteiras da Gestante, Folderes, para uso durante as consultas nas Unidades Básicas de Saúde.
- elaboração e coordenação de projetos assistenciais na área Materno Infantil.

### **Programa Saúde da Criança**

- estímulo à diminuição da Mortalidade Infantil e a promoção da qualidade de vida das crianças de 0 a 1 ano de idade, objetivando diminuir o Coeficiente de Mortalidade Infantil, com conseqüente aumento da arrecadação municipal em Importo sobre Circulação de mercadorias e Serviços (ICMS);
- monitoramento das Taxas de Mortalidade Infantil, Recém Nascidos (RNs) de Risco, Prematuridade e RNs de baixo peso (<2.500g);
- investigação de Óbito Infantil (0 a 1 ano); por meio de prontuários, visitas domiciliares, relato de familiares e profissionais de saúde;
- notificação à Secretaria de Estado da Saúde de nascimento de RNs prematuros;
- monitoramento das Consultas de Puericultura realizadas nas Unidades Básicas de Saúde;
- capacitação de Agentes Comunitárias de Saúde para incentivo ao aleitamento materno e orientações à comunidade;
- capacitação das Enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde quanto à Consulta de Puericultura;
- promoção e incentivo ao Aleitamento Materno exclusivo, visando além da promoção da qualidade de vida da criança, a diminuição dos gastos públicos com a compra e distribuição de aleitamento artificial;
- investimento na reestruturação da assistência à gestante e ao RN, com a articulação dos serviços de Atenção Básica, e a necessidade de monitoramento dos RNs, identificando precocemente os fatores de risco desde o nascimento e o risco evolutivo com medidas de intervenção;
- cadastramento no Programa de todas as crianças nascidas no município no primeiro dia de vida; através da Declaração de Nascido Vivo (DN);

- identificação de fatores de risco à criança, à mãe ou à família, através da DN e visita domiciliar realizada por Técnico de Enfermagem treinado para este fim; na primeira semana de vida;
- processo de Educação em Saúde para a família durante a Visita Domiciliar;
- orientações gerais (Incentivo ao aleitamento materno / calendário vacinal / avaliação de incisão cirúrgica / Puerpério / Puericultura / Teste do Pezinho / estimulação precoce / cuidados de higiene e nutrição / crescimento / prevenção de Infecções respiratórias e diarreias / primeiros cuidados com o RN (curativo do coto / banho céfalo – caudal / risco de aspiração do leite / prevenção da Morte Súbita Infantil, etc.);
- distribuição de Folder educativo ilustrado.

## **HIPERDIA**

- cadastramento e acompanhamento de pacientes no sistema HIPERDIA, para conseqüente envio de verbas do Ministério da Saúde ao município, para compra de medicamentos da Farmácia municipal;
- definição do perfil epidemiológico e formulação de estratégias de saúde pública visando à promoção da qualidade de vida e a diminuição do custo social;
- ações de promoção da saúde, diagnóstico e tratamento dos agravos, prevenção de fatores de risco e suas complicações, objetivando reduzir gastos com complicações e internações, diminuição da mortalidade e da aposentadoria precoce e melhoria da qualidade de vida;
- realização de controle de Pressão Arterial e de Glicemia aos usuários quando indicado;
- coordenação de Grupos de HIPERDIA;
- orientação aos pacientes quanto à prevenção de Pé Diabético, ao uso de medicamentos e dieta hipoglicêmica e hipossódica;
- distribuição de Fichas de Cadastro / Acompanhamento para uso durante as consultas nas Unidades Básicas de Saúde;
- realização de ações comunitárias para orientação, Aferição de Pressão Arterial e Dosagem de Diabetes Mellitus;
- capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para orientação à comunidade;

- monitoramento das Consultas de HIPERDIA realizadas nas Unidades Básicas de Saúde.

**Tabela 4 – Efetivo da Saúde no Governo Municipal ano 2009.**

COMPOSIÇÃO	Nº
Nº de médicos	11
Nº de dentistas	06
Nº de enfermeiros	12
Nº de técnicos de enfermagem	16
Nº de Agentes Comunitários de Saúde	36

Fonte: Plano Municipal de saúde 2010-2013.

Os dados apresentados acima ressaltam a importância dos ACS na implementação das políticas e programas de saúde no município, seja pelo quantitativo que representam – o maior número de profissionais da saúde – quanto pelo importante trabalho de implementação e acompanhamento das ações de atenção básica à saúde. Tais dados tornam ainda mais relevantes o estudo sobre as características e condições de trabalho destes profissionais, sendo fundamental o conhecimento da opinião dos mesmos sobre os desafios acerca da sua participação na ESF.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 CONTEXTUALIZANDO A APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

As discussões em torno da Atenção Primária à Saúde e sua estratégia dos cuidados primários ainda hoje suscitam debates, por vezes acirrados, entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde do país. Um exemplo disto ocorreu, na Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978, pela OMS e UNICEF, que representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental (BRASÍLIA, 1979). Em que pese ter sido realizada num contexto tenso da crise monetária internacional, ela continuou influenciando mudanças no cenário mundial durante toda a década de 1980, considerada a dos anos do ajuste fiscal .

No caso brasileiro, o referencial proposto em Alma-Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos (ESCOREL, 1998). Porém, no transcorrer do tempo e com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde parece perder gradativamente sua potência sendo, cada vez mais, substituída pela concepção da Atenção Básica à Saúde e, em meados da década de 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e dos incentivos financeiros específicos dirigidos aos municípios, em especial o Piso da Atenção Básica em 1998 que resultou no fortalecimento da Atenção Básica e do PSF no âmbito municipal (COSTA & PINHO, 2001).

O Ministério da Saúde (MS) em sua Série Pactos pela Saúde (2006, v. 4, p. 12), caracteriza a Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do

vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Assim, o MS nesta mesma série, afirma que “A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” e apresenta os fundamentos da Atenção básica, que são:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social.

O PSF teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (VIANNA ALA, 1998).

Assim, deve-se ter em mente que o objetivo geral da estratégia Saúde da Família é de "contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 1997, p 36). E, para atingi-lo, a Equipe de Saúde da Família (ESF) precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade: os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação.

A publicação da série “Cadernos de Atenção Básica - Programa Saúde da Família, caderno 1, A Implantação da Unidade de saúde da Família” (NETO, 2000, p. 11-18) apresenta algumas definições conceituais importantes:

**Unidade de Saúde da Família:** A Unidade de Saúde da Família (USF) é o novo ou antigo Posto ou Centro de Saúde reestruturado, trabalhando dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência. A USF deve se constituir no primeiro contato do usuário com sistema de saúde, isto é, a "porta de entrada" do sistema. Mas essa imagem de "porta de entrada" é apenas parcial e dá margem a alguns equívocos. Uma USF não pode ser apenas um local de triagem e encaminhamento, onde a maior parte dos casos são encaminhados para os serviços especializados. Ela tem que ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde previnam doenças em geral. É necessário promover a mudança de hábito e costumes alimentares, promover a atividade física e promover a higiene pessoal, do domicílio e do ambiente em geral. É preciso garantir água potável, vacinar animais, cuidar do destino do lixo e do esgotamento sanitário. Enfim há uma série de atividades individuais e coletivas que precisam ser promovidas e fomentadas pelas ESF em conjunto com a comunidade. Desta forma, a melhor imagem para a USF é a de um funil, no qual apenas uma pequena parte dos casos (cerca de 15%) precise ser encaminhado, para serviços mais especializados. E, mesmo nesses casos, a USF não atuará simplesmente como “porta de entrada”, uma vez que terá sob sua responsabilidade todo o plano terapêutico, mesmo que ele seja realizado, em parte, em outros serviços mais especializados. A USF jamais deve perder de vista o usuário, responsabilizando-se pelas “referências” necessárias, contatando outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta, na “contra-referência”, para continuar atuando no nível dos cuidados básicos. A USF deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria Unidade e também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios, entre outros.

Ainda nesta publicação, Neto (2000, p.11-18) refere que as Equipes de Saúde da Família são responsáveis em atender um número fixo de famílias e define a cobertura de uma ESF:

De uma forma geral, recomenda-se que cada ESF assista de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes. Cada ACS da equipe cobre uma área de aproximadamente 20 a 250 famílias. Essas definições dependem das realidades geográfica, econômica e sociopolítica da área, levando-se sempre em conta a densidade populacional e a facilidade de acesso a Unidade.

De acordo com o mesmo autor, para instalar uma USF não há a necessidade de construir novas unidades, podendo as já existentes, serem adaptadas desde que obedecidos os critérios de referência territorial e de facilidade de acesso da população adstrita. Em termos de equipamentos descreve:

Uma USF deve incorporar a tecnologia necessária à resolução dos problemas nesse nível de atenção, além de garantir o transporte para o deslocamento da equipe quando a área de cobertura for muito extensa. Mas, tecnologia, na atenção básica,

significa também a permanente revisão dos saberes e práticas. É necessário um processo de educação permanente que se traduza numa atuação clínica, epidemiológica e de vigilância à saúde, onde indivíduo, a família e a comunidade são as bases de uma nova abordagem. Além dos equipamentos essenciais, cabe lembrar que o AC costuma usar bicicletas (ou barcos, animais etc.) como meio de transporte, e alguns equipamentos básicos, como balança, cronômetro, fita métrica, termômetro, entre outros. Os ACS precisam também de materiais que facilitem seu processo de trabalho: prancheta, lápis, caneta, caderno e uniforme (jaleco, boné e camiseta), para sua identificação na comunidade.

Em relação à composição e atribuições de uma Equipe de Saúde da Família Neto (2000) recomenda que a ESF seja composta, no mínimo, por um médico, um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde. Ainda destaca a necessidade dos profissionais residirem no município onde exercem suas atividades e em regime de dedicação integral sendo que os ACS devem residir nas respectivas áreas de atuação garantindo a vinculação e identidade cultural com as famílias as quais são responsáveis. Além disso, especifica as atribuições dos ACS que são:

- realizar mapeamento de sua área;
- cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- identificar área de risco;
- orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- realizar ações e atividades, no nível de suas competências, na áreas prioritárias da Atenção Básicas;
- realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe.

A USF escolhida para este estudo é a quarta equipe de Saúde da Família implantada no município - USF Helio Rossano - foi inaugurada dia 25 de outubro de 2007 na localidade da 5ª Secção da Barra, na rua dois, nº 310, abrangendo os Bairros 5º Secção da barra (3 ACS), Povoação da Barra (1 ACS), Pontal da Barra (2 ACS) e Cocuruto (1 ACS), apesar de ser considerada área urbana, esta localidade não possui fornecimento de água encanada, está localizada cerca de 12 km da sede do município.

Do centro da cidade tendo como referência a Igreja Matriz São José, na direção das áreas de abrangência da ESF Helio Rossano, a primeira localidade mais próxima da sede do município, Cocuruto (com 7,6km de extensão), fica a 12 km do centro da cidade e a mais distante, a 5ª Secção da Barra a 16 km. A área física da Unidade é composta por: sala de espera, cozinha, banheiro, sala de procedimentos, consultório de enfermagem, consultório médico, consultório odontológico e sala de vacinas. A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, uma higienizadora, uma recepcionista e sete agentes comunitários de saúde. Com a inauguração desta unidade básica de saúde 2.192 pessoas que recebiam atendimento de saúde quinzenalmente passaram a receber o serviço de segunda à sexta-feira, oito horas diárias, cobrindo cerca de 700 famílias.

A média de produtividade dos ACS é de 105 visitas domiciliares/mês (VD/mês). Já os atendimentos referentes à ESF são aproximadamente 50 atendimentos/dia. A área de abrangência da USF Helio Rossano foi subdividida em 7 micro áreas e cada uma conta com um ACS, compondo uma equipe de 7 ACS no total. A USF conta com equipamentos básicos de uma unidade de saúde. No que se refere às implantações das USF no município, uma das particularidades é que todas as USF do município não possuem sede própria. A maioria das USF são instaladas em prédios alugados pela prefeitura e adaptados as normas estabelecidas pelo MS. Já o prédio onde foi instalada a USF Helio Rossano tem outra peculiaridade, o terreno é de apossamento e a própria comunidade levantou a construção. O local, mais tarde, foi apossado pela Colônia de Pescadores do Município. Por essas condições, há dificuldades do repasse de verbas da prefeitura destinadas a manutenção do prédio. Para isso, a comunidade conta com doações de tintas para pintura da fachada, voluntários para lavar a caixa d'água, assim como o voluntariado para cortar a grama que dificulta a entrada dos usuários e profissionais na Unidade, dentre outras melhorias.

Para vencer a distância entre a Unidade e a Coordenação da estratégia, que fica no prédio onde funciona a Secretaria Municipal da Saúde, cerca de 18 km, a equipe se comunica por telefone. O município possui um carro que foi adquirido com verbas específicas da Estratégia que é dividido em escalas para atender as 5 equipes sendo que as áreas do Pontal da Barra e Cocuruto são atendidas pela Unidade Móvel de Atendimento que é um microônibus adaptado com salas específicas para atendimentos médicos e odontológicos. Esta Unidade Móvel conta com uma equipe própria, as visitas as comunidades citadas são realizadas uma vez por mês onde são consultados e complementados os prontuários das famílias cadastradas na USF Helio Rossano. Outra particularidade da ESF Helio Rossano é que desde a sua

implantação, a ESF sofreu muitas mudanças no quadro de profissionais. Primeiro os profissionais eram contratados, depois, em 2010 a prefeitura realizou concurso público na área da saúde, mas, mesmo assim, não melhorou muito a flutuação dos integrantes da equipe. Nos últimos seis meses a equipe ficou sem enfermeiro e quatro meses sem médico. Hoje, a enfermeira esta trabalhando há dois meses e a médica esta com data marcada para não atender mais no município a partir de fevereiro. Frente a essas dificuldades conhecidas surgiu o despertar pela investigação proposta neste estudo.

## 2.2 DISCUTINDO SOBRE QUALIDADE EM SERVIÇOS

Segundo Kotler (1998, p.412), "um serviço é qualquer ato ou desempenho que uma parte pode oferecer a outra e que seja essencialmente intangível e não resulta na propriedade de nada. Sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico."

Christian Grönroos (1995, p.36), já prefere combinar várias definições que vêm sendo dadas durante os anos, formulando a sua dessa maneira:

O serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível - que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre clientes e empregados de serviço e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços - que é fornecida como solução ao(os) problema(s) do(s) cliente(s).

Um serviço é percebido pelos clientes de maneira subjetiva. "Quando serviços são descritos pelos clientes, são usadas palavras como: experiência, confiança, sentimento e segurança. A razão para tal está na natureza intangível dos serviços" (GRÖNROOS, 2003, p.68).

Segundo Lovelock (2001), a qualidade do serviço é o grau em que um serviço atende ou supera as expectativas dos clientes. Para este autor, expectativas são padrões internos que os clientes utilizam para julgar a qualidade de uma experiência de serviço.

McKenna (2002), afirma que a dinâmica do consumo mudou e hoje dentre as características mais relevantes da organização estão a flexibilidade e agilidade para mudanças, inovação contínua e um modelo de gestão mais humanizado, colocando as pessoas, o clima interno e a qualidade do relacionamento interpessoal no centro das atenções. Isto tudo influencia fortemente como a qualidade será percebida pelos clientes no ato da prestação de um serviço.

Segundo Albrecht (2004), as empresas devem investir e focar no gerenciamento de serviços que é uma abordagem organizacional total que faz da qualidade do serviço, como percebida pelo cliente, a força propulsora principal para a operação do negócio: “o princípio de gerenciamento de serviço é observar cuidadosamente as preferências do cliente e maximizar a lucratividade ganhando e mantendo a sua preferência” (ALBRECHT, 2004, p.19).

Nesse contexto, para o autor, a organização refere-se ao conjunto de recursos geradores de qualidade envolvidos na produção do serviço, isto é, pessoas, funcionários e clientes, bem como recursos tecnológicos e físicos, sistemas operacionais, gerenciamento de informações e administração.

Segundo as ideias de Carlzon (1994), todos os momentos que cada funcionário da empresa entra em contato com o cliente, ele será inconscientemente avaliado, e esse contato terá relevância na percepção do cliente em relação à qualidade do serviço.

As horas da verdade não são sempre iguais. Existem horas da verdade que podem ser consideradas de importância crítica para as percepções dos clientes. Karl Albrecht (1992, p. 27), em seu livro *Revolução nos Serviços*, mostra um caso ilustrativo, onde a hora da verdade é da maior importância: um atendimento no hospital.

“Alguém se interna para se submeter a uma cirurgia no dia seguinte. A enfermeira entra no quarto carregando uma bandeja com uma seringa e alguns outros objetos. O que estaria pensando o paciente neste momento? Ele poderia indagar:

"Quem é esta pessoa?"

"É alguém em posição de autoridade?"

"Ela é uma enfermeira?"

"Vai usar essa agulha em mim?"

"Ela sabe o que está fazendo?"

"Como sei que ela está no quarto certo, com o paciente certo, e com o medicamento certo?"

"Vai doer?"

"Por que estão me dando uma injeção?"

"O que essa injeção vai fazer em mim?"

"Será que vão me explicar alguma coisa, ou simplesmente vão enfiar a injeção em mim?"

Para o paciente, este é um evento psicológico importantíssimo. Supera todos os outros momentos da verdade, como por exemplo, a espera na hora da internação e o atendimento na recepção do hospital. Portanto esta é uma hora da verdade crítica para o paciente.

Para a pessoa que entra para aplicar a injeção pode não ser muito importante, pois ela já está acostumada com esse tipo de serviço e este é apenas mais um paciente, mais uma injeção. Seu sistema de prioridade é muito diferente do sistema do paciente. Ela pode estar pensando:

"Mais nove 'remedinhos' a aplicar antes de terminar meu turno."

"É melhor telefonar para o pessoal da limpeza para tirar aquele carrinho de roupa suja do corredor."

"Gostaria de saber se o Doutor X se acalmou e já superou aquela troca de medicamento de seu paciente."

"Puxa, espero que eu tenha alguma chance de conquistar aquele emprego de enfermeira-chefe."

"Meus pés estão cansados."

"Não vejo a hora de terminar o meu turno".

Nesse quadro encontram-se os ingredientes básicos do sucesso ou do fracasso do serviço. Se a enfermeira concentrar sua atenção nos elementos importantes desse momento, ela poderá enfrentá-lo de maneira a maximizar o impacto positivo sobre o cliente, ou pelo menos minimizar o impacto negativo. O que ela poderá fazer para enfrentar com eficácia este momento da verdade? Ela poderá:

- Cumprimentar o cliente cordialmente e de modo à tranquilizá-lo.
- Apresentar-se.
- Dar atenção total à situação enfrentada.
- Acalmar o paciente com uma conversa leve.
- Explicar a finalidade e o benefício do medicamento.
- Aplicar a injeção de uma maneira gentil e cuidadosa.
- Certificar-se de que o paciente está confortável.
- Perguntar se há alguma necessidade ou preocupação especial.

Se a enfermeira estiver com pressa, preocupada, fatigada, entediada, ou for insensível, ela poderá tratar essa hora da verdade de uma maneira mecânica e impessoal, o que frequentemente acontece nas instituições de saúde. A combinação de uma hora da verdade crítica para o cliente com uma pessoa de serviço insensível, indiferente ou incompetente é uma grande receita de desastre. Essas horas da verdade críticas exigem muito cuidado e tratamentos especiais. Como os administradores não podem estar em todos os lugares ao mesmo tempo, portanto não estarão na maior parte dessas horas da verdade, precisam determinar cuidadosamente quais são esses momentos e manter esses aspectos especiais do produto sob vigilância, e ajudar o pessoal de prestação de serviços a lidar com eles eficazmente, maximizando a satisfação dos clientes.

Considera-se importante não só avaliar a satisfação do cliente e sim, avaliar constantemente o processo da prestação do serviço como um todo, ficando claro que o mesmo não tem um começo nem um fim determinados e passa por diversos momentos. No entanto, se faz necessário definir as potencialidades e fragilidades vivenciadas por todos os envolvidos: governantes, técnicos, população e outros, no sentido de definir o que é esperado, por estes, do serviço prestado. Neste contexto, interessa a este estudo a visão dos ACS sobre o que interfere na qualidade do serviço prestado por eles à comunidade, pelo fato deles serem atores internos e externos da organização, propiciando a interpretação da “hora da Verdade” desses dois hemisférios, ou seja, ora na condição de membro da equipe que presta o serviço de saúde, ora na condição de membro da comunidade. No entanto, ainda há que se considerar que a intenção deste estudo não ser avaliativa e sim uma reflexão sobre qualidade na prestação de serviços de saúde, mais especificamente os prestados pelos ACS.

### 2.3 PRINCÍPIOS BÁSICOS DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O movimento pela qualidade nos serviços de saúde é um fenômeno mundial, em decorrência da crescente conscientização de que, na sociedade contemporânea, a qualidade é

considerada um requisito indispensável de sobrevivência econômica e, mais importante ainda, uma responsabilidade ética e social (EDITORIAL, 1993).

Donabedian citado por Mezomo (2001) expressa que o melhor cuidado é o que maximiza o bem-estar do paciente levando em conta um balanço entre ganhos e perdas esperados que acompanham todo o processo. Assim, a assistência de qualidade implica em aumentar os ganhos e diminuir as probabilidades de perdas. O mesmo autor apresentou sete tributos da Qualidade do Cuidado de Saúde que chamou de “Sete Pilares da Qualidade”, quer sejam:

- 1) **eficácia** – capacidade de a arte e a ciência produzirem melhorias na saúde e no bem estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias;
- 2) **efetividade** – medida de melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana;
- 3) **eficiência** – é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;
- 4) **otimização** – relação entre custo e benefício mais favorável. Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais adições úteis perdem a razão de ser;
- 5) **aceitabilidade** – sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Dependem da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
- 6) **legitimidade** – aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. Conformidade com as preferências sociais; e
- 7) **equidade** – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimos para a sociedade (DONABEDIAN apud MEZOMO, 2001, p.111-115).

Vuori (1991) comenta que a qualidade possui muitas facetas e que, atualmente, denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados que incluem a efetividade, eficácia, eficiência, equidade, acessibilidade, adequação, aceitabilidade e qualidade técnico-científica. Gomes, citado por Arcucio e et all. (1991) acrescenta mais dois atributos, a continuidade dos cuidados e a comunicação eficaz entre médico e paciente.

Por outro lado, para Crosby, citado por Memozomo (2001), qualidade significa “conformidade com requisitos” e não “bondade” ou “elegância”, pois estes são conceitos subjetivos que mais confundem do esclarecem o conceito.

Para Juran, também citado por Memozomo (2001), “qualidade” é “adequação ao uso”. Com isso ele entende tanto a confiabilidade do produto ou serviço para seu usuário como a adequação às necessidades deles.

Para Vasconcellos (2002), a diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os clientes reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Cada cliente possui uma determinada percepção sobre qualidade e, muitas vezes, esta diferença implica até mesmo “estado de espírito do cliente” no momento da prestação de serviço. As pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos de sua vida.

Em se tratando de “qualidade” que atenda à especificidade da área da saúde MEZOMO (2001) entende a “qualidade” como sendo “ um conjunto de propriedades de um serviço(prodoto) que tornam adequado à missão de uma organização(empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes”. Desta maneira, se o cliente julgar ter recebido um serviço que supera as suas expectativas, ele considera ter recebido um serviço de qualidade e conseqüentemente voltará a utilizá-lo novamente quando necessário (KOTLER; ARMSTRONG, 1998).

Neste sentido, Ortiz et al (2003) discutem que o interesse crescente pela satisfação dos usuários, no setor saúde, teve início na década de 70, baseado em aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção. E referem que nas últimas décadas, esse tema vem sendo considerado como um componente importante na qualidade do cuidado, bem como provedor de informações confiáveis e adequadas sobre a opinião do público em relação aos serviços oferecidos, permitindo o aprimoramento dos mesmos. Atualmente, as políticas do setor da saúde voltam-se para a renovação dos modelos e práticas de atenção fundamentados na humanização do cuidado à saúde e, também, na intenção de garantir maior acesso e continuidade dos serviços, contribuindo na melhoria do acolhimento e, conseqüentemente, na satisfação do usuário.

Para Munro (1994), a prestação de serviços realizada pelo poder público ainda mantém em foco a própria existência do serviço, deixando sua qualidade relegada a um segundo plano. As organizações do setor público são as maiores prestadoras de bens e serviços à comunidade, que está dependente da qualidade, agilidade e localização desses serviços, tendo como principal característica uma relação de responsabilidade direta com a sociedade, necessitando continuamente redefinir sua missão (ESTEFANO, 1996).

Segundo Mezomo (2001, p.128):

Deve-se reconhecer, é verdade, que existem algumas dificuldades de aplicação dos conceitos da qualidade utilizados pela indústria à área da saúde. Na indústria fala-se em “defeitos” e em “standards”(padrão) aplicados ao “produto” e também em seleção dos fornecedores de “matéria prima”, enquanto, na saúde, não se tem dois

pacientes iguais, porque muitos fatores pessoais, sociais e ambientais interferem nos resultados. Esta falta de conformidade dificulta medir a qualidade e determinar as ações que possam melhorar.

A Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Com objetivo de “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável”, o PMAQ-AB prevê a educação permanente das equipes de saúde, avaliação da satisfação do usuário, além de repasse financeiro mediante apresentação de resultados.

São diretrizes do PMAQ-AB, segundo a Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011:

- I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
- II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;
- III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;
- IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;
- V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
- VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e
- VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

O PMAQ-AB foi dividido em quatro partes: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização. A primeira etapa consiste na adesão das equipes de saúde da atenção básica e de saúde bucal, processo que será efetivado pelos municípios por meio de preenchimento de formulário eletrônico específico. Integram o Desenvolvimento a autoavaliação, executada pela equipe de saúde, além do monitoramento das ações desenvolvidas, feito pelas secretarias municipal e estadual de Saúde e pelo MS, em parceria com a CIR. A terceira etapa, definida como Avaliação Externa, consiste na certificação do desempenho das equipes e da gestão da atenção básica. A última fase do PMAQ-AB é denominada Recontratualização, que se “caracteriza pela pactuação singular dos

municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados”.

A portaria institui ainda o Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). O incentivo será transferido, fundo a fundo, apenas aos municípios que se inscreverem no PMAQ-AB e, no momento da adesão, está previsto o pagamento de 20% do valor integral do PAB Variável. O incremento do incentivo está condicionado aos resultados verificados nas fases dois, três e quatro (Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização). De acordo com o Ministério da Saúde, municípios que não aderirem ao programa permanecem recebendo o PAB fixo e variável, conforme população e critérios relacionados à implantação da Estratégia Saúde da Família.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi utilizada, nesta pesquisa, uma abordagem qualitativa, um estudo exploratório. Segundo Queiroz (1992) a pesquisa exploratória, ou estudo exploratório, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. Baseado no método de estudo de caso que trata de um estudo circunscrito a poucas unidades de análise, entendidas estas como: pessoas, famílias, produtos, instituições, comunidades, regiões e países. Como se aplica a poucas unidades de análise, a riqueza não está na extensão, mas na profundidade deste tipo de pesquisa. Isto pressupõe uma lista relevante de variáveis com as quais se descrevam as unidades de análise, traçando seus perfis específicos com profundidade e com certo nível de detalhe (TOBAR; YALOUR, 2003). É utilizado para a produção de conhecimentos sobre fenômenos complexos que não podem ser isolados do seu contexto.

Desta maneira, elegeu-se o grupo focal como técnica de pesquisa. O Grupo Focal tem sido eleito nas pesquisas nas áreas sociais e no campo da saúde está sendo cada vez mais utilizada. Pertence à categoria mais geral de pesquisa aberta ou não estruturada, visando colocar as respostas do sujeito no seu próprio contexto (MINAYO, 2000, p. 109). A principal característica da técnica de Grupos Focais está em trabalhar com a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema. Em decorrência, as informações produzidas ou aprofundadas são de cunho essencialmente qualitativo. Grupo Focal é uma das principais técnicas de investigação, que se apropriou da dinâmica de grupo, permitindo a um pequeno número de participantes ser guiado por um moderador qualificado, procurando alcançar níveis crescentes de compreensão e aprofundamento de um tema em estudo (DEBUS, 2004, p. 3). Giovanazz (2001) explicita a finalidade do Grupo Focal, sendo este apropriado quando o objetivo é explicar como as pessoas consideram uma experiência ou uma idéia e, durante a reunião, possam ser obtidas informações sobre o que as pessoas pensam ou sentem ou ainda sobre a forma como agem.

Este estudo de caso foi realizado com a presença dos ACS da USF Hélio Rossano, no dia de 27 de janeiro de 2012. O grupo focal foi composto de sete (7) ACS. A reunião foi realizada nas dependências da própria Unidade de Saúde da Família estudada, tendo seu início às dez horas, com duração de 90 minutos. Consideraram-se as diretrizes para pesquisa com seres humanos para proteção dos direitos dos envolvidos na pesquisa, conforme os aspectos éticos apontados por Goldim (2000) e pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

(Resolução nº 196. Diário Oficial da União 1996; 10 out). Os profissionais aceitaram participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Conservou-se o anonimato dos envolvidos, utilizando-se nomes fictícios de pássaros comuns a Região Sul do Estado. Logo após as apresentações, a moderadora apresentou, na forma de multi mídia, algumas figuras com os pássaros comuns a Região do Estado do Rio Grande do Sul e seus respectivos nomes para que os ACS pudessem escolher qual seriam suas identidades. Escolheu-se dar nomes de pássaros aos ACS pois, os mesmos tem missões em comum como a de serem mensageiros e disseminadores. Na seqüência foram apresentados e esclarecidos os objetivos da pesquisa e, em seguida, assinados os Termos de Consentimento Livre e esclarecido. Dando continuidade a atividade, abriu-se a discussão tendo como foco “quais os fatores que interferem na qualidade dos serviços prestados à comunidade pelos ACS, lotados na USF da cidade de São José do Norte”.

As informações obtidas foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo. O encontro foi filmado e transcrito na sua íntegra e, depois, foram criadas categorias. De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações. Para atingir mais precisamente os significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos foi utilizada a análise de conteúdo temática, pois segundo Minayo (2007) esta é a forma que melhor atende à investigação qualitativa do material referente a saúde, uma vez que a noção de tema refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Segundo Bardin (2009) tema é a unidade de significação que naturalmente emerge de um texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para esta leitura.

Através de leituras exaustivas e da categorização dos conteúdos, três temas foram levantados relacionados aos **fatores que interferem na qualidade do serviço prestados à comunidade pelos agentes comunitários de saúde lotados em uma das Unidades de Saúde da Família da cidade de São José do Norte - RS**, a saber: 1º Categoria: Desvalorização do Trabalho do ACS; 2º Categoria: Condições adversas que dificultam o trabalho do ACS; 3º categoria: Falta de capacitação x Controle Social

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Desvalorização do trabalho do ACS

Nesta primeira categoria destaca-se a questão da remuneração destes trabalhadores. Comparam, em suas falas, os salários que recebem com os dos demais membros da equipe, exemplificando que os médicos ganham 8 mil reais e eles 500 reais. Essa realidade não é vivida apenas no município em questão. Estudos de Vilar & Castro (2004) apontam que a remuneração é fator crucial na qualidade do trabalho prestado e na satisfação do trabalhador.

*“Eu acho que um dos fatores que interfere na qualidade do serviço do ACS é a remuneração. Porque um ACS que caminha das oito da manhã as cinco da tarde, na chuva, no sol, no vento (pausa), eu acho isso um absurdo. Agente tinha que ganhar tanto quanto qualquer funcionário da unidade porque todos os funcionários de uma unidade de saúde são importantes para que ela funcione.(...) Então não podia ter uma distância tanto de salário, tipo um médico ganha oito mil, o ACS ganha quinhentos reais...(indignação) se um depende do outro aqui. Agora tu sair de casa sabendo que tu vai ganhar dois , três mil tu vai sair sorrindo com a chuva caindo na tua cabeça” (Trinca-Ferro).*

Cabe ressaltar que segundo o Ministério da Saúde, um agente comunitário deve ganhar pelo menos um salário mínimo por mês. Os recursos para efetuar o pagamento do seu salário provêm em parte do governo federal, do governo municipal e, em menor proporção, do governo estadual (BRASIL, 2001b).

Outro fator relatado pelos ACS está na falta de valorização do profissional pela comunidade e chefia. O ACS entra no íntimo das pessoas, sofre junto, se arrisca, neste caso em referência a contato com doentes, trás as informações já filtradas para os demais profissionais e quem recebe as condecorações, na maior parte das vezes, é o seu superior.

*“Um dia em cheguei numa casa e falei que estava cansada de caminhar no sol e a pessoa falou ‘ta cansada de quê se tu passas o dia inteiro só com uma pastinha debaixo do braço? (se emociona), isso desanima querer fazer, querer procurar, pra quê?’” (Pintassilgo).*

*“Pessoas são engraçadas (pausa) agente troteia o dia todo tentando resolver o problema de um ou de outro, mas, no fim, eles só querem o médico ou o remédio” (Tecelão).*

Os ACS deste estudo sofrem porque sentem que seu trabalho não é compreendido e não vêem uma resolutividade por parte do sistema. Sentem-se excessivamente cobrados,

possuem múltiplas atribuições, sem o respaldo dos serviços de saúde. Por outro lado, os usuários, quando não atendidos pelo serviço de saúde passam a exigir do ACS a resolução de problemas que não são de sua competência contribuindo ainda mais com o seu sentimento de incapacidade. O trabalhador se mobiliza e se engaja no trabalho, suas ações promovem uma dinâmica de troca a fim de garantir que os objetivos individuais e coletivos sejam alcançados. Esse investimento pode gerar sofrimento porque a organização do trabalho nem sempre é lugar para essa mobilização (MENDES, 2007).

Neste sentido destacam-se as falas:

*“Acho que a gente é muito cobrado e pouco é nos dado. É cobrado todo o tempo a lista de hipertenso, de diabético, de gestante, acompanhar cem por cento das casas, só falam tem que visitar, tem que isso, tem que aquilo e nós?”* (Trinca-Ferro).

*“Quando uma coisa dá errado, quando a gente não consegue resolver a culpa é toda nossa, o povo não quer nem saber”* (Cardeal).

*“A população tem que entender que saindo da competência do ACS agente não tem culpa, agente não tem esse poder de resolver tudo, se fosse assim as coisas seriam bem diferente”* (Pintassilgo).

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) apontam que pelo fato dos profissionais da saúde lidarem com o sofrimento humano um distanciamento torna-se necessário para evitar reações de pânico ou o imobilismo diante da dor do outro. Tendo em vista a complexidade da questão do envolvimento na relação ACS-usuário, acredita-se ser necessária uma maior atenção a essa complexidade proporcionando ao ACS um suporte para que este profissional possa lidar com os envolvimento emocionais inevitáveis ao relacionamento humano, de tal forma que possam ser elaboradas as próprias angústias e recuperada a capacidade de ajuda ao outro. Faz-se necessário, assim, estabelecer espaços de reflexão e transmutação de sentimentos.

As descrições de vivências depressivas, de angústia, frustração e desamparo nos relatos foram recorrentes, claramente interligados ao fato do ACS ser cobrado e se cobrar de modo a atender e superar suas próprias expectativas as da comunidade, e as da equipe.

Assim, seguem os seguintes relatos:

*“O agente comunitário é o mais importante, ele tá presente dentro da casa e sabe o que acontece e trás os problemas para o posto e tenta resolver os problemas de alguma forma”* (Trinca-ferro).

*“É complicado, falta médico, exames, medicação e agente vai na casa e sabe que as pessoas não tem condições de comprar a medicação. Eu mesmo já emprestei dinheiro pra comprar”* (Coleirinho).

*“Ontem eu liguei pra cá e tentei trocar a medicação da receita por outra por que a que tinha na receita custava oitenta e nove reais, a pessoa não tinha como comprar, aí eu fui e parcelei no meu cartão, se é outra pessoa... (demonstra indignação), seu eu não tenho cartão? Na secretaria não tem os remédio... Aí a pessoa fica sem medicação”* (Azulão).

*“Aí, chega no outro mês e tu bate na casa da pessoa e fala ‘ como é que tu tá?’ e a pessoa te responde que tá mal porque não teve remédio para tomar, e aí tu fica com que cara?”* (Trinca-ferro).

*“Tudo que acontece de errado ou a gente não tem como resolver eles reclamam para nós, como se agente fosse os culpados, xingam mesmo!”* (Cardeal).

*“Quando acontece de perder um paciente, nós sentimos. Agente convive, ta todo mês na casa, agente acompanha muita coisa e a parte psicológica afeta bastante”* (Cardeal).

*“Agente não tem apoio psicológico, ontem agente perdeu aqui uma gestante ficou todo mundo abalado (choro) e agente não tem estrutura, não tem um psicólogo. Podia ter uma psicóloga para vir conversar com nós, dar um apoio e tal...”* (Trinca-ferro).

O que corrobora com os estudos de Azambuja et al.(2007) e Oliveira e Spiri (2006) , o estabelecimento de vínculo por meio do convívio do ACS com a comunidade apesar de muito valorizado pelas consequências favoráveis que produz, por outro lado pode gerar sentimentos de impotência, de cansaço, sofrimento e desgaste nos ACSs.

Dentro do objetivo desta pesquisa, outro fator referido pelos ACS é em relação a falta de condições de trabalho, como: falta de material de expediente, uniformes, EPIs e segurança.

*“Falta condições para agente trabalhar. Quantas vezes não tinha caneta, ficha do SUS? Protetor solar, agora que veio! Já fazia um ano que agente não tinha protetor solar!”* (Coleirinho).

Estudos desenvolvidos por Uchida; Sznelwar e Jardim (2007) destacam que existem trabalhadores que vivem uma situação de intensa exposição, pois têm um contato direto com a população, com as suas carências, com a violência e com a falta de estrutura do sistema para atender às demandas da comunidade.

*“A casa mais distante da minha fica uma hora a pé e outra tenho que andar nuns becos, no mato e tudo sozinha, se alguém quiser me pegar, ou bicho, um animal, uma cobra, ninguém fica sabendo”* (Coleirinho).

*“Agente não tem proteção nenhuma pra trabalhar. Não temos um EPI essas coisa de segurança no trabalho não tem nada, não tem uma bota, não tem um guarda-chuva, capa de chuva, agente se molha, chega molhado”* (Tecelão).

Trindade et al. (2007) destacaram que o trabalho do ACS pode ser perigoso, existindo o risco de ser agredido em algum domicílio. Um ACS relatou que acabou no meio de uma briga familiar durante um chamado de socorro.

*“Chegou uma moradora na minha casa pedindo pelo amor de Deus que fosse lá na casa dela que a mãe dela tava passando mal. Quando eu cheguei lá, tava rolando maior pau. O filho tava dando pau na mãe. Acabei me metendo e pior que a polícia fica muito longe, leva meia hora pra chegar até lá!” (Azulão).*

### **Condições adversas que dificultam o trabalho do ACS**

Segundo alguns ACS, há três conceitos que interferem na qualidade na prestação do seu serviço que são: acesso, acessibilidade e acolhimento. Starfield (2004) discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

Estudos de Franco et al (1999) e Matumoto (1998), o acolhimento como diretriz operacional apresenta-se como possibilidade de argüir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade sobre os momentos nos quais os serviços constituem seus meios de recepção dos usuários, em que local, em que circunstâncias, qual finalidade e resultados.

*“Os horários dos ônibus daqui é muito ruim, as pessoa chegam aqui e já não tem ficha pro médico, é muito longe, é brabo o pessoal da nossa área vim consultar aqui” (Coleirinho).*

*“As pessoas vem as seis horas da manhã para pegar ficha no posto, o médico pega a atender quase dez horas da manhã! O que ele consegue atender das 10 hora ao meio dia? É pouca ficha pra muita gente!” (Tecalão).*

*“Quando a unidade móvel vai até lá com um médico eles tem que atender até as cindo da tarde, esse é horário estabelecido de trabalho. As pessoas nem conseguem consulta porque eles tão vindo embora as vezes três e meia” (Azulão).*

Os ACS também consideram importante a implantação de horários alternativos para o cumprimento da sua jornada de trabalho. Ferraz e Aerts (2005), num estudo com ACS, apontam a necessidade de readequação da atividade de visitas domiciliares, de acordo com as características da população de cada local, assim como o resgate junto às equipes de saúde do significado e da importância dessa prática para o Programa e ainda afirmam que segundo os ACS o período do dia de maior rendimento para as visitas domiciliares, respondeu ser o

período da tarde. Segundo os participantes deste estudo, durante o turno da manhã é mais difícil a realização das visitas, pois as pessoas dormem até tarde e as donas de casa estão mais ocupadas com os afazeres domésticos, não dispondo de muito tempo para atendê-los. Além disso, referem a dificuldade de ter que registrar as entradas e saídas no cartão ponto, nos turnos da manhã e tarde, sendo as casas onde fazem as visitas muito distantes da USF.

*“Eu acho que uma coisa que é bem ruim é o horário forçado ( pausa), essa coisa das oito ao meio dia e da uma até as cinco, porque agente não trabalha com ‘coisa’, agente trabalha com gente. Uma vez foi falado aqui pra nós: o carteiro trabalha em dia de chuva, o gari trabalha em dia de chuva só que o gari trabalha com o lixo que ta na rua, vai ali cata e joga no lixo, o carteiro vai e coloca a carta em baixo da porta, sei lá. E agente não, vai depender se pessoa vai ta em casa, se ela vai querer atender, se ela ta de bom humor, ‘aí, lá vem aquela guria chata de novo!’. Tem que mudar essa visão da gente ter que consegui, tem que fazer, mas não depende só da gente. Eu quero consegui, eu quero fazer mas será que eles querem me atender?” (Canário).*

*“Agente tem que bater ponto ao meio dia, sai lá da casa que agente ta visitando, volta no posto pra bater o cartão e depois tem que ir em casa, engolir a comida, ou fazer comida, como tem colega aqui. A minha casa não fica perto do posto, fica uns vinte minutos do posto. Bater o ponto a uma hora e muitas vezes voltar lá naquela casa que tu tava antes porque não deu tempo é complicado” (Tecalão).*

*“não adianta agente querer que as pessoas nos atendam as nove hora da manhã, tão tudo dormindo e até pegam nojo da gente! É mais fácil agente apreço depois das cinco da tarde, ai agente consegue pegar as pessoas em casa” (Canário).*

Os ACS relatam o problema da falta de profissionais e da intensa migração de profissionais de saúde fator que afeta a qualidade do seu serviço pois, além de constantemente ter que se adaptar a forma de trabalho de cada profissional a USF fica muitos meses sem os serviços dos profissionais deixando os encaminhamentos e demais atribuições dos agentes como agendamentos e consultas comprometido.

A existência da correlação negativa entre satisfação no trabalho e rotatividade foi largamente estudada. Na área de saúde, diversas pesquisas também confirmam essa correlação (LICHTENSTEIN, 1984; SIBBALD e colaboradores, 2000, 2003; GRIFFETH, HOM e GAERTNER, 2000; HOM e KINICKI, 2001; LANDON, RESCHOVSKI e BLUMENTHAL, 2003; MISRA-HERBERT, KAY e STOLLER, 2004).

*“Quem é bom não fica aqui, agora mesmo a médica, já tem data pra sair, dia 17 de fevereiro ela vai embora. Aí vai começar tudo de novo. Também tu acha que querem trabalhar nessas condições aqui? vocês nem sabem, a enfermeira também vai embora. Ela foi chamada no concurso em Rio Grande e vai embora. É só o tempo de surgir uma oportunidade melhor” (Trinca-Ferro).*

*“Quando agente ta se acostumando com a pessoa ela vai embora. Agente ficou quatro meses sem médico, agora essa ai vai embora. Ficamos seis meses sem enfermeira e agora? (Azulão).*

*“Agora agente ta com um gás, tem médico para oferecer, tem como consultar” (Canário).*

*“A Unidade Móvel mesmo, que atende a minha comunidade lá que é mais distante, as pessoas não tem como vir consultar aqui no posto, a unidade ta sem médico” (Azulão).*

## **Falta de Capacitação X Controle Social**

Para Tomaz (2002) com a implantação do PSF o papel do ACS foi ampliado, exigindo novas competências nos campos político e social, principalmente ligadas à promoção da saúde. Entretanto, o processo de qualificação desse profissional ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel.

A falta de capacitação pode interferir na questão do controle social, já que a capacitação prevê a construção de conhecimentos que preparem os trabalhadores para o desempenho de suas ações cotidianas, para cidadania, e o controle social pressupõe a existência desses conhecimentos que ofereçam os subsídios necessários ao desenvolvimento do controle social. Ainda nesse sentido, a capacitação e a educação permanente da equipe multiprofissional, em especial do ACS, são fundamentais para que os profissionais busquem atender às necessidades das famílias, direcionando o olhar e as ações de saúde para além das práticas curativas. É necessário, ainda, que os serviços de saúde e seus profissionais adotem uma forma de interação inovadora, contextualizada e em consonância com os valores das famílias nos cenários social e político (NORONHA et al., 2009).

*“Agente nunca participou de uma capacitação. Falta capacitação(ênfase). Mas em compensação se tem que fazer volume, agente é convocada. Mesmo se o evento não tiver nada com a saúde, agente nem entende o que eles estão falando, mas agente fica lá enchendo as cadeira” (Pintassilgo).*

*“Agente não sabe de tudo. Agente precisa de capacitação. Palestra agente não tem, mas em compensação agente tem que ir nos eventos da prefeitura, agente tem que lá ficar comendo bala pra não dormi” (Canário).*

*“Agente nunca fez nenhum treinamento de PSF, Pode? Será que eles acham que agente sabe tudo? (“ eles” em referencia aos gestores)” (Tecalão).*

*“Agente precisava de um Assistente Social, por exemplo, que nos desse informações sobre os benefícios que as pessoas tem direito quando tão doente, aposentadoria, moradia, remédio. Agente sabe que existe tudo isso mas não sabe informar, se o povo tem essas informações fica mais fácil de eles chegarem a exigir os seu direitos” (Trica-Ferro).*

Tomaz (2002, p.86) afirma:

Não há a menor dúvida de que o ACS deve contribuir para o processo de transformação social. No entanto, é preciso ter em mente que a transformação social é um processo lento, requer esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os cidadãos. (...) A dimensão técnica é necessária, deve ser exercida com qualidade, sem perder de vista a dimensão social e política.

## 5 CONSIDERAÇÕES

A força de trabalho do ACS é essencial para a consolidação dos princípios do SUS, tornando a saúde mais real a uma camada da população mais vulnerável, desprovida de condições de arcar financeiramente com a sua própria saúde e de sua família. Além disso, o ACS leva até o domicílio das pessoas o alento, a atenção ao ser como um todo, participa do sofrimento das famílias e neste contexto cria forças e desperta a esperança por condições melhores de vida através de sua luta em busca de um modelo que privilegia a prevenção. Por tratar-se de um profissional de tamanha importância, considera-se relevante o olhar para os diversos fatores que podem interferir na qualidade do serviço prestado por esses à sociedade. Neste sentido este estudo serve como espaço de reflexo a cerca destes fatores que de forma negativa ou positiva pode interferir diretamente nos serviços prestados por esses profissionais, bem como refletir na qualidade da prestação de serviços de saúde à população.

A maior parte dos resultados apresentados nesta pesquisa aponta fatores negativos que prejudicam a qualidade dos serviços prestados pelos ACS os quais refletem a desvalorização do trabalho destes profissionais no que se refere às questões de baixo salário, fator citado como desmotivador. Na medida em que os ACS apontam suas dificuldades, em exercer suas atividades no seu cotidiano de trabalho, vão se evidenciando a falta de apoio emocional levando a um repensar as práticas de saúde no intuito de instrumentalizar o ACS buscando a valorização de todas as tecnologias em saúde, desde as tecnologias relacionais até as intervenções técnicas. Considera-se que um olhar de fora, ou seja, um olhar de um profissional que não faça parte da equipe para identificar o andamento funcional da ESF e criar espaços de reflexão para a transformação de problemas em soluções, conseqüentemente refletindo na comunidade a imagem de uma ESF comprometida em dar condições de melhoria de saúde às famílias corrigindo distorções de percepção da comunidade de que os ACS assim como a ESF, de uma forma geral, não reconhecem suas necessidades.

Nesse sentido, considera-se que a criação pelo Ministério da Saúde dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008) – com o objetivo de atuar em parceria com os profissionais da Saúde da Família – pode ter o potencial de ajuda na reflexão de tais dificuldades. Ressalta-se, porém, a necessidade de estudos que possam investigar de forma sistemática a relação estabelecida entre os NASF e a Estratégia Saúde da Família visando potencializar essa parceria.

Percebe-se, ainda, a necessidade da ESF discutir as particularidades regionais de sua área de atuação, planejando suas atividades de acordo com suas carências e peculiaridades

atendendo melhor os conceitos de acesso, acessibilidade e acolhimento de seus usuários, fator também citado como ponto de interferência na qualidade na prestação dos serviços dos atores estudados. A gestão deve atentar para as vivências relacionadas à falta de condições de trabalho, como: falta de material de expediente, uniformes, EPIs e segurança. Essa realidade mostra as condições insalubres no desenvolver das suas atividades além de condicionar a um sentimento de medo e insegurança constantes.

E por último, a falta de capacitação técnica para ACS reflete uma fragilidade no conhecimento técnico, essencial para o fortalecimento do controle social pois, um ACS desinformado ou com carência de capacidade técnica enfraquece o exercício de suas principais atribuições, que é promover não só saúde mas cidadania .

A vivência com o grupo de ACS permitiu constatar a riqueza da experiência desse profissional para elaborar projetos de capacitação e de educação permanente, pois a atuação deste se diferencia dos demais profissionais da saúde, pois atuam na comunidade onde vive.

Contudo, percebeu-se que o encontro serviu como um momento de desabafo por parte dos ACS. Talvez por ter sido proporcionado um momento dedicado a escutar suas práticas e discutir fatores que interferem na qualidade de seus serviços e, quem sabe, não tivessem sido percebidos por todos e em algum momento serviu como forma de despertar mudanças de comportamento ou motivação para a busca de universalizar seus ideais dentro de sua realidade dentro da ESF e na comunidade que também fazem parte. Por terem sido relatados somente fatores negativos que interferem na qualidade dos serviços prestados pelo ACS à população, caberia pensar em outros encontros estimulando a visão positiva dos fatores de qualidade em questão. Gonzales (2001) destaca a importância do ser humano saber distinguir o que proporciona prazer e sofrimento, a fim de perceber os momentos de satisfação, alegria e contentamento, tanto na vida do trabalho quanto na vida social.

Assim, este estudo abre questionamentos para novas pesquisas e não há pretensão de considerar essa temática esgotada, contribuindo assim para refletir sobre os fatores que interferem na qualidade dos serviços de saúde em especial os prestados pelos ACS.

## REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, Karl. **Serviços Internos**. 3.ed. São Paulo: Thomson Pioneira, 2004.
- ARCUCIO, F.A. et al. Avaliação da qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, nº33, p. 50-33, dez. 1991.
- AZAMBUJA, E.P., Fernandes, G.F.M., Kerber, N.P.C., Silveira, R.S., Silva, A.L., Gonçalves, L.H.T. & Cartana, M.H.F. (2007). Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. **Texto Contexto – Enfermagem**, 16(1), 71-79.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Disponível em: <[www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11350.htm](http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11350.htm)> Acesso em: 13 de janeiro de 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Fundação Nacional de Saúde/Departamento de Operações/Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
- \_\_\_\_\_. 2001b. Programa Agentes Comunitários de Saúde. **PACS**. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde Brasília.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p.15.
- \_\_\_\_\_. Portaria No. 154, de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <[http://dtr2004.sau.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154\\_04\\_03\\_08\\_re.pdf](http://dtr2004.sau.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf)>. Acesso em: 13 de janeiro de 2012.

COSTA, N.R.; PINTO, L.F. Piso da Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.D. (Orgs.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 271-98.

CARLZON, Jan. **A Hora da Verdade**. 11.ed. Rio de Janeiro: Ed. COP, 1994.

CUSTÓDIO, L. C. *et al.* Avaliação do estresse ocupacional em Agentes Comunitários de Saúde da região metropolitana de Belo Horizonte/ MG. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.549-553, jul./set. 2006b.

DEBUS, M. Manual de excelência em la investigación mediante grupos focales. In: ESPERIDIÃO, Elizabeth. **Reflexões sobre a utilização do grupo focal como técnica de pesquisa**. São Paulo: Fundação Editora de UNESP, 2004.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v.114:1115-9; 1990.

DONABEDIAN, A. Evaluation de la calidad de la atencion medica. In: WHITE, K.L. (Coord). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia**. Washington, D. C., Organizacion Panamericana de La salud, 1992, (OPAS- Public. Cient.534).

EDITORIAL. Nuevos horizontes de la calidade de la atencion a la salud. **Salud públ.** México, V. 35, n. 3, p. 235-237, mavo/iun. 1993.

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

ESTEFANO, E. V. V. Satisfação dos recursos humanos no trabalho: um estudo de caso na biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina. 1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. Saúde coletiva** v.10, n.2 Rio de Janeiro Apr./June 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232005000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232005000200012&script=sci_arttext)> Acessado em: 13 de Janeiro de 2012.

FRANCO, T.B., BUENO, W.S., MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 1999; 15:345-53.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Cuidados primários de saúde** – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância: 1979.

GONZALES, R.M.B. **Sufrimento na práxis da enfermagem**: real ou deslocado em seu sentido. – Série Teses em Enfermagem. Florianópolis, 2001.

GOLDIM, J.R. **Pesquisa em saúde**: leis, normas e diretrizes. 2.ed. Porto Alegre: Hospital das Clínicas de Porto Alegre; 2000.

GRIFFETH, R. W.; HOM, P. W.; GAERTNER, S. A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: update, moderator tests, and research implications for the next millennium. **Journal of Management**, v. 26, p. 463-489, 2000.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing**. Gerenciamento e Serviços. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

\_\_\_\_\_. **Marketing**: Gerenciamento e Serviços. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HOM, P. W.; KINICKI, A. J. Toward a greater understanding of how dissatisfaction drives employee turnover. **Academy of Management Journal**, v. 44, p. 975-987, 2001.

JORNAL AGORA. **Estaleiros do Brasil confirma instalação em São José do Norte**. Rio Grande, 19 de janeiro de 2012. Disponível em: <<http://www.jornalagora.com.br/site/content/noticias/print.php?id=7072>>.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1995.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de Marketing**. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil. 1998.

LANDON B. E.; RESCHOVSKI, J.; BLUMENTHAL, D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. **Journal of American Medical Association (Jama)**, v. 289, n. 4, Jan. 2003.

LICHTENSTEIN, R. Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. **Medical Care Research and Review**, v. 22, n. 1, p. 56-68, Jan. 1984.

LOVELOCK, Christopher. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde**. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MERHY, E.E., Chakkour, M., Stéfano, E., Stéfano, M.E., Santos, C.M., Rodrigues, R.A. & Oliveira, P.C.P. (2007). Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, pp. 113-160.

McKENNA, Regis. **Acesso Total**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MISRA-HERBERT A. D.; KAY, R.; STOLLER, J. K. A review of physician turnover: rates, causes, and consequences. **American Journal of Medical Quality**, v. 19, n. 2, p. 56-66, Mar./Apr. 2004.

MUNRO, A. C. M. **Divergências entre as expectativas do usuário e a percepção da gerência em relação a qualidade do serviço**. (1994). Dissertação. Mestrado em Marketing. Porto Alegre: UFRGS. Disponível em: <[www.cesusp.ufrgs.br/PPGA/mktres.htm#15](http://www.cesusp.ufrgs.br/PPGA/mktres.htm#15)>. Acesso em: 20 abr. 2004.

NETO, Milton Menezes da Costa. **Cadernos de Atenção Básica**, Programa Saúde da Família, Caderno 1, A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. IV. Brasil. Ministério da Saúde, 2000.

NOGUEIRA, R.; RAMOS, Z.V.O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde**. Texto para discussão 735. 2000. 33p. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: outubro 2011.

NORONHA, M.G.R.C.S.; et al. Resiliência: nova perspectiva na Programação da Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 497-506, mar./abr.2009.

OLIVEIRA, E.M. & Spiri, W.C. (2006). Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, 40(4), 727-733.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO NORTE. **Plano Municipal de saúde 2010-2013**. Aprovado na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde realizada em 15/12/2009.

QUEIRÓZ, M. I. de P. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: LANG, A.B.S.G. (Org.) **Reflexões sobre a pesquisa sociológica**. São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992. p. 13-29. Coleção Textos; 2ª série, 3.

SCHRAIBER, L.B. & MENDES-GONÇALVES, R.B. (1996). Necessidades de saúde e Atenção Primária. In L.B. Schraiber, M.I.B. Nemes & R.B. Mendes-Gonçalves. **Saúde do Adulto: programas e ações na Unidade Básica** (pp. 29-47). São Paulo: Hucitec.

SIBBALD, B. et al. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? **Family Practice**, v. 17, n. 5, p. 364-371, Oct. 2000.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface Comum Saúde Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-83, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. 1. ed. 3. reimp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 172 p.

TRAD, L. A. B., 1999. Problematizando a interação entre profissionais de saúde e famílias no contexto do Programa de Saúde da Família. **Interface**, 2:103-106.

TRAD, L. A. B. & BASTOS, A. C. S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): Uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, 14:429-435, 1998.

TRINDADE, L.L., et al. Carga de trabalho entre agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n. 4, 2007.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface**, Botucatu, v.6, n.10, p.75-94, fev.2002.

UCHIDA, S.L.S; SZNELWAR, L.I.; J ARDIN, T. Agente comunitário de saúde: um trabalhar na “berlinda”. Estudo em psicodinâmica do trabalho. **Enquete**, nº 17, 2007.

VASCONCELLOS, P. P. de. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico**. 2002. 91 f. Dissertação. Mestrado em Engenharia de Produção. Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

VIANNA ALA, Dal Poz MR. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. (RJ): Abril; 1998.

VILAR, R.L.A.; CASTRO, J.L.; FERNANDES, V.P.; Precarização do trabalho do agente comunitários de saúde: um desafio para a gestão do SUS. In: BARROS, A.F.R.; SANTANA, J.P.; SANTOS NETO, P.M. (Orgs.) **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. v.2, p.105-120.

VUORI, H. A qualidade da saúde. Caderno de Ciência e Tecnologia 1. **Saúde em Debate**, n3, p. 17-15.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 01

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Prezado (a) participante,**

Sou aluno (a) do Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal, da Escola de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estou realizando uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob a orientação do Professor Diogo Joel Demarco, cujo objetivo geral é dessa pesquisa verificar quais os fatores que interferem na qualidade dos serviços prestado(BRASIL, 2004)s à comunidade pelos ACS, lotados na USF da cidade de São José do Norte.

A sua participação envolve uma dinâmica de grupo chamada Grupo Focal, onde os envolvidos se reunirão e discutirão sobre o tema em questão, ficando claro que o encontro será filmado com áudio e vídeo, os mesmos serão destruídos após transcrição dos dados. Essa participação neste estudo é voluntária.

Os resultados deste estudo serão publicados, mas seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Apesar de que você não terá benefícios diretos em decorrência de sua participação, o provável benefício que lhe advirá por ter tomado parte nesta pesquisa é a consciência de ter contribuído para a compreensão do fenômeno estudado e para produção de conhecimento científico. Se você tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para (53) 91391904. (telefone do cursista). Desde já agradecemos sua contribuição no estudo proposto.

Atenciosamente,

---

Assinatura

Local e data

Consinto em participar deste estudo

---

Assinatura

Local e data

## APÊNDICE 02

### Roteiro para Grupo Focal

FOCO: “Identificar os fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde da família prestados pelos agentes”.

- O que os ACS entendem como qualidade nos serviços de saúde?
- Como os ACS vêem sua produtividade?
- A literatura aponta que na dimensão política da atuação dos ACS a mediação entre a comunidade e o pessoal técnico da saúde é fonte constante de conflito. Qual a visão dos ACS?
- Como são administrados os conflitos?
- Como é a articulação do trabalho do ACS com o resto da equipe?
- Como os ACS vêem a sua participação na melhoria da saúde de sua comunidade?

## APÊNDICE 03

Lista de Pássaros para escolha das identidades dos ACS

