

**PERFIL SOCIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
VINCULADOS AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
ZONA NORTE DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**

MARCELO HENRIQUE DA SILVA – Enfermeiro do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora – MG, Especialista em Saúde da Família pela UFJF.

e-mail: henfermar@uol.com.br

MARIA RUTH DOS SANTOS – Farmacêutica-Bioquímica, Professora Substituta do Departamento de Saúde Coletiva da UFJF, Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ.

e-mail: mariaruthsantos@ig.com.br

RESUMO

Este estudo analisa o perfil social dos agentes comunitários de saúde (ACSs) da Zona Norte de Juiz de Fora. Os resultados mostram que os ACSs pertencem a uma categoria predominantemente feminina, concentrando-se na faixa entre 20-30 anos e escolaridade acima do requerido pelo processo seletivo de Juiz de Fora, antiga quarta série primária. Moram há mais de vinte anos no bairro onde atuam. Têm fraca participação nos grupos institucionais e mobilizações comunitárias. Desconheciam o conceito de saúde que a população possuía e suas formas de organização e mobilização. Antes de se tornarem ACSs, exerciam atividades no comércio e indústria. Pleitearam ser ACS pela oportunidade de emprego, desconhecendo previamente suas funções e o PSF.

Palavras chave: Agente Comunitário de Saúde, Perfil Social, Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

**SOCIAL PROFILE OF THE COMMUNITY HEALTH AGENTS LINKED TO THE
PROGRAM FAMILY HEALTH OF THE OF THE NORTH ZONE OF THE
MUNICIPAL DISTRICT OF JUIZ DE FORA**

This study analyzes the social profile of the communitarian health agents (ACSs) of the North Zone of Juiz De Fora. The results show that the ACSs are predominantly female, concentrated in the 20-30 year age group, and have a level of instruction higher than the minimum required by the Juiz de Fora municipal selection process. They have lived for more than twenty years in the neighborhoods where they work. They have weak participation in the

institutional groups and community mobilizations. They were unaware of the concept of health that the population possessed and its forms of organization and mobilization. Before becoming ACSs, they worked in commerce and industry. They had applied to be ACS for the chance for employment, having been previously unaware of its functions and the PSF.

keywords: Communitarian Health Agent, Social Profile, Family Health Program, Program of Communitarian Health Agents.

Introdução

A Conferência de Alma-Ata, realizada na antiga União Soviética ,em 1978, lançou como meta mundial a ser alcançada pelos países "Saúde para todos no ano 2000". A meta estabelecida deveria ser alcançada pelos países através da organização da atenção primária à saúde, enquanto parte de um sistema nacional de saúde, e da participação comunitária.

Os compromissos firmados pelo Brasil a partir de Alma Ata irão repercutir na Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de lutas antigas de profissionais de saúde, usuários e movimentos sociais e do consenso presente na sociedade quanto a total inadequação do sistema de saúde, sendo necessário transformá-lo radicalmente.

A implantação do SUS tem por objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde no país, assegurando serviços e ações resolutivos, de forma equânime, integral e dirigido aos indivíduos, às famílias e comunidades, enquanto direito de cidadania e qualidade de vida, o que requer a reformulação da organização dos serviços de saúde e das práticas de atendimento à população.

Contudo, o quadro em que se encontrava a saúde no país dificultava a efetivação dessas medidas: a atenção dispensada à saúde organizava-se fundamentalmente na prestação de serviços médicos, individuais, de enfoque curativo, voltado para internações muitas vezes caras, desnecessárias e baseada na procura espontânea dos serviços.

Paradoxalmente, o conceito ampliado de saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, consagrado na VIII Conferência Nacional de Saúde e inscrito na Carta Magna, evidencia, na prática, a necessidade de mudanças progressivas nos serviços, deslocando-se de um modelo assistencial centrado na doença e no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde. Esse modelo terá que incorporar progressiva e sistematicamente ações de promoção e de proteção, em conjunto com aquelas de tratamento e reabilitação, na busca de resultados positivos para todos e melhoria da qualidade de vida.

Neste contexto, a adoção de novos modelos assistenciais está se constituindo em uma estratégia importante para a melhoria do quadro sanitário do país. Várias experiências de implantação de modelos alternativos surgiram , como as ações programáticas em saúde, vigilância em saúde, municípios saudáveis e a adoção dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/ PSF).

O Ceará foi o Estado pioneiro na contratação dos ACSs nos serviços de saúde. A conjuntura da região que envolvia problemas com a seca e a necessidade de arregimentação

de frentes de trabalho para o enfrentamento da situação, foram os fatores responsáveis pela criação do Programa no Estado.

Em entrevista, o Dr. Carlyle Larvor, ex-secretário de Saúde daquele Estado, assim se manifestou:

(...) surgiu uma seca no Ceará e houve a necessidade de empregar as pessoas que estavam sem emprego e passando fome. Então, sugerimos a idéia de empregar mulheres. Sempre nas emergências se empregam os homens, mas há muitas mulheres que não têm marido, que são as donas da casa. Então, sugerimos empregar seis mil mulheres dentre aquelas mais pobres do Estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do Estado e do município. A gente definiu coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar soro oral. Assim, dentro de quatro meses, treinamos seis mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. E o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade. Assim foi o início do trabalho. Cessou o programa de emergência à seca que tinha 200 mil trabalhadores. Mas essas mulheres da saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar, porque o sucesso foi grande demais". (Nogueira et al., 2000, p.4)

A experiência serviu para o Ministério da Saúde (MS) lançar, em 1991, o PACS, com o objetivo de contribuir para a redução da morbi-mortalidade, principalmente infantil e materna na região Nordeste do Brasil, através de ações desenvolvidas no primeiro nível de atenção. O PACS se propõe a melhorar a capacidade da população de cuidar da sua própria saúde, transmitir informações e promover a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde locais.

No entanto, ao ser implementado, o PACS se depara com uma rede de serviços organizada no padrão tradicional de atendimento, predominantemente voltada para ações curativas, individualizadas, esporádicas, direcionadas para a doença e desvinculada da comunidade. Desse modo, a idéia dos ACSs como elo entre a comunidade e serviço, não se viabiliza na prática, pois, de um lado, o PACS se fortalecia e, de outro, a rede de unidades básicas de saúde se encontrava desorganizada, sucateada e despreparada para tais objetivos.

Em 1994, o MS lança o PSF como estratégia de reorganização da atenção básica, na ótica da vigilância em saúde, valorizando os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade da atenção. O PSF se baseia na definição de responsabilidades entre

serviços de saúde e população, estabelecendo uma nova relação entre profissionais e comunidade voltada para uma nova concepção de trabalho centrada na equipe multiprofissional, no fortalecimento de ações intersetoriais e na participação da comunidade. A proposta implementa o conceito de territorialização, ficando as equipes responsáveis por um número de famílias delimitadas em uma área geográfica.

Conforme requisitos definidos pelo MS, os ACSs devem morar nas respectivas áreas de atuação, no mínimo, há dois anos; possuir idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade para trabalhar em regime de tempo integral. Devem estar vinculados ou a uma unidade de saúde tradicional ou a uma unidade de saúde da família. Devem atender entre 400 a 750 pessoas, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas no domicílio e na comunidade sob a supervisão de um enfermeiro. (Brasil, 1994)

De 1994 até março de 2000, o número de ACSs aumentou de 29.098 para 118.160, cobrindo 68,4 milhões de habitantes em 76% dos municípios brasileiros, ou seja, 4182 cidades em um universo de 5507. Todavia, ao expandir o programa para o restante do país e considerando a enorme disparidade regional, geográfica, econômica, social, cultural e de organização de serviços em relação ao nordeste, acreditamos que o perfil do ACS deverá ser adaptado a essa nova realidade. (Brasil, 2000)

Assim, as tarefas e rotinas de trabalho dos ACSs devem sofrer adaptações e alterações para adequação às novas exigências que requerem um conjunto de intervenções intersetoriais importantes e efetivas. Acreditamos que essas intervenções devam agregar a participação dos movimentos sociais por melhores condições de vida, articuladamente com a capacitação das famílias, o que implicará no reforço da autonomia para cuidarem da própria saúde, ampliando, dessa forma, a agenda de trabalho dos ACSs nas médias e grandes cidades.

... mediante a incorporação dos ACSs em comunidades mais complexas, onde coexistem e convivem organizações, movimentos e lideranças comunitárias portadoras de visões, concepções e projetos de saúde diferenciados; com perfil de demanda aos serviços de saúde ainda mais complexo em função do padrão de morbimortalidade, que inclui doenças típicas da pobreza e as da modernidade, e a inexistência ou insuficiência de redes de apoio, ajuda e solidariedade institucionais nas comunidades, fazem com que as intervenções dos ACSs nestes contextos provavelmente sejam também complexas. (Santos, 2001, p.9)

Acreditamos que o perfil dos ACSs seja um dos fatores determinantes no sucesso das ações de promoção e prevenção almejadas pelo programa tanto nos centros urbanos de médio e grande porte, como nos municípios menos populosos, uma vez que,

o ACS pode ser visto como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas não restritas no campo da saúde, ao contrário do que ocorre com outros trabalhadores do SUS. Tem perfil social composto basicamente por sua capacidade de liderança e uma história de iniciativas na linha de ajuda solidária intracomunitária, exigência de seu processo de recrutamento e avaliação contínuos. (Nogueira et al., 2000, p.26)

Em Juiz de Fora, uma cidade de porte médio do sudeste mineiro, os ACSs foram inseridos nas Unidades Básicas de Saúde em 1999, após processo seletivo. Por se tratar de uma cidade com características de morbi-mortalidade diferenciadas das regiões nordestinas e por se constituir em um pólo regional de grande influência para a Zona da Mata mineira, acreditamos que o perfil dos ACSs deva atender ao contexto complexo de um centro urbano. Atualmente, das 41 UBSs existentes no município de Juiz de Fora, 23 têm o PSF, totalizando 56 equipes de PSF e 294 ACSs.

Objetivo:

Traçar o perfil social dos ACSs vinculados ao PSF da Zona Norte de Juiz de Fora, a partir dos pressupostos estabelecidos pelo PACS, considerando a inserção dos mesmos numa cidade de porte médio.

Metodologia

O estudo realizado foi do tipo descritivo exploratório, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família da Zona Norte de Juiz de Fora. Os sujeitos do estudo foram os ACSs lotados nessas unidades.

Para a coleta de dados e informações, utilizamos um formulário aplicado como pré-teste em uma UBS, sendo o mesmo aplicado posteriormente nas outras unidades. Analisamos, ainda, documentos referentes ao projeto de implantação do PACS e do processo de recrutamento e seleção dos ACSs no município de Juiz de Fora.

Os participantes do estudo foram informados sobre o objetivo, garantia de anonimato e somente participaram após consentimento formal, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados acerca do perfil social dos ACSs foram tabulados, utilizando-se para isso o programa EPI-INFO e apresentados em forma de tabelas para facilitar a visualização. Utilizamos frequências absolutas e relativas para a interpretação dos mesmos, além de compará-los com a literatura referente ao tema estudado.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O estudo foi realizado em todas as UBSs da Zona Norte de Juiz de Fora, que atuam na lógica do PSF/PACS. Participaram os ACSs que atuam nessas unidades, com exceção dos que não quiseram participar e os que estavam ausentes por qualquer motivo. A tabela 1 mostra o número de agentes de saúde lotados nas UBSs.

Tabela 1: Distribuição do número de Agentes Comunitários de Saúde por Unidades Básicas de Saúde estudadas. Juiz de Fora, 2003

UBS	Freq	%
Barreira do Triunfo	7	11,7
Jóquei Clube I	8	13,3
Jóquei Clube II	12	20,0
Jardim Natal	7	11,7
Milho Branco	9	15,0
Santa Cruz	13	21,7
São Judas	4	6,7
Total	60	100,0

A distribuição desigual dos ACSs obedece aos parâmetros do MS, já referidos, refletindo em uma alocação maior de ACSs naqueles espaços territoriais com maior número de famílias e, conseqüentemente, maior número de equipes do PSF atuantes.

Quanto ao sexo, observa-se a predominância do sexo feminino, como mostra a tabela 2. Trata-se de uma profissão majoritariamente feminina, condizente com as suas origens. Sabemos que os ACSs ressurgiram no Ceará com a contratação de uma frente de trabalho de mulheres para ajudar a combater os problemas decorrentes da seca. Parece que essa tendência de feminilização da profissão de ACS perdura, inclusive nos grandes centros urbanos, onde a situação de desemprego é bastante alta.

Tabela 2: Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo sexo. Juiz de Fora, 2003

Sexo	Freq	%
Feminino	58	96,7
Masculino	2	3,3
Total	60	100,0

Em relação ao estado civil e número de filhos, nota-se que 43,3% dos ACSs são casados, possuindo em média dois filhos, acompanhando a média de filhos da população brasileira divulgada pelo IBGE (1997), que é de 2 filhos. A Tabela 3 apresenta esses números.

Tabela 3: Estado civil e número de filhos dos Agentes Comunitários de Saúde da Zona Norte de Juiz Fora. Juiz de Fora, 2003

Estado civil	Freq	%	N° de filhos	Freq	%
Solteiro	18	30,0	0	13	21,7
Casado (a)	26	43,3	1	13	21,7
Descasado(a)	6	10,0	2	19	31,7
União estável	8	13,3	3	9	15,0
Outro	2	3,3	4	5	8,3
Total	60	100,0	5	1	1,7
			Total	60	100,0

Na distribuição por faixa etária dos ACSs, há uma concentração de 35% na faixa de 20 a 30 anos, sendo homogênea nas faixas seguintes. Julgamos que essa homogeneidade em idades superiores a trinta e um anos ocorra em virtude da precariedade do mercado de trabalho, o que faz com que pessoas menos jovens busquem ocupações e empregos, como no caso de ACS, para atuarem e garantirem a sua sobrevivência.

Tabela 4 : Distribuição por faixa etária dos agentes comunitários de Saúde da Zona Norte de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2003

Idade	Freq	%
De 20 a 30 anos	21	35,0
De 31 a 40 anos	12	20,0
De 41 a 50 anos	14	23,3
De 51 a 60 anos	13	21,7
Total	60	100

Outro dado que merece discussão é a escolaridade dos ACSs participantes da pesquisa. Destaca-se que a maioria apresenta escolaridade de ensino médio completo. A tabela seguinte revela esses números.

Tabela 5 : Escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde da Zona Norte de Juiz de Fora . Juiz de Fora, 2003

Escolaridade	Freq	%
Ensino fundamental incompleto	17	28,3
Ensino fundamental completo	4	6,7
Ensino médio incompleto	12	20,0
Ensino médio completo	22	36,7
Superior incompleto	3	5,0
Superior completo	2	3,3
Total	60	100

Os dados chamam atenção, pois a escolaridade exigida no processo de seleção é o ensino fundamental incompleto (antiga quarta série primária). Cotejando esses números com os relativos ao ensino profissionalizante, verificamos que 51,7% possuem algum curso profissional, como a seguir mostrado.

Tabela 6: Distribuição de cursos profissionalizantes por Agente Comunitário de Saúde. Juiz de Fora, 2003

Curso profissionalizante citado	Freq	%
Auxiliar de enfermagem	2	6,6
Cabeleireira	1	3,3
Cabeleireira/ manicure	1	3,3
Contabilidade	3	10,0
Corte e costura	5	16,6
Edificações	1	3,3
Informática	2	6,7
Magistério	6	20,0
Metalurgia	1	3,3
Patologia clínica	1	3,3
Processamento de dados	3	10,0
Técnico em enfermagem	2	6,7
Telefonista	1	3,3
Vendas e artesanato	1	3,3
Total	30	100,0

Vislumbramos pelos dados que um pequeno percentual de ACSs tinha alguma vinculação anterior com a área da saúde. Apenas 16,6% qualificaram-se em profissões típicas de saúde como técnico e auxiliar de enfermagem e patologia clínica. A insuficiência ou até a escassez de mercado de trabalho para todas essas ocupações e ou profissões pode nos ajudar a explicar a escolha pela ocupação de agente comunitário de saúde. De qualquer forma, seria interessante aproveitar o potencial prévio desses trabalhadores para atuar em questões mais específicas e atinentes à sua formação anterior, como por exemplo os formados em magistério, para as práticas educativas; os da área de informática e contabilidade para trabalharem nos sistemas de informação e planejamento em saúde, juntamente com a equipe de Saúde da Família.

Outro dado encontrado diz respeito ao desejo dos ACSs em prosseguir os estudos. Do total de 60 entrevistados, apenas 51,7% afirmaram querer prosseguir seu processo de educação. Entretanto, a maioria pretende ingressar em carreiras distintas das da saúde, conforme mostra a tabela seguinte.

Tabela 7: Pretensão de estudo citada pelos Agentes Comunitários de Saúde da Zona Norte de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2003

Pretensão de estudo	Freq	%
Administração	2	7,4
Auxiliar de enfermagem	3	11,1
Carreira militar	1	3,77
Direito	2	7,4
Educação física	1	3,7
Enfermagem (superior)	2	7,4
Geografia	1	3,7
Medicina, Enfermagem	1	3,7
Pedagogia	2	7,4
Ensino fundamental	2	7,4
Psicologia	2	7,4
Ensino médio	2	7,4
Serviço social	1	3,7
Supletivo	1	3,7
Técnico em higiene bucal	1	3,7
Turismo	2	7,4
Veterinária	1	3,7
Total	27	100,0

Pela análise das respostas ao quesito outros empregos, verificamos que uma parcela significativa dos entrevistados se dedica às funções de ACS exclusivamente, até mesmo porque a jornada exigida contratualmente perfaz oito horas diárias. Dos participantes do estudo apenas 15,0% desenvolvem outra atividade, predominantemente relacionada à saúde.

Tabela 8 : Atividade exercida além da função de Agente Comunitário de Saúde. Juiz de Fora,2003

Atividade exercida	Freq	%
Acompanhante de idosos	1	11,1
Faxineira	1	11,1
Manicure	2	22,2
Psicologia	1	11,1
Socorrista da cruz vermelha	1	11,1
Técnico de enfermagem	1	11,1
Vendedor ambulante	2	22,2
Total	9	100

Os dados apresentados na tabela referem-se à vinculação do ACS à sua comunidade, considerando local de nascimento, tempo de residência no município, residência na microárea de atuação e participação em mobilização e grupos sociais institucionalizados ou não.

Dos sessenta entrevistados, 50% nasceram no município de Juiz de Fora . Os demais, muito embora não tenham nascido, declararam ter se mudado para Juiz de Fora há muito tempo, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 9 : Tempo de residência em Juiz de Fora dos Agentes não nascidos no município. Juiz de Fora, 2003

Tempo de residência	Freq	%
Menos de 5 anos	0	0,0
De 5 a 10 anos	5	16,7
De 10 a 20 anos	8	26,7
De 20 a 30 anos	6	20,7
De 30 a 40 anos	8	26,7
Acima de 40 anos	3	10,0
Total	30	100,0

Dentre os motivos citados por esses agentes para sua transferência para Juiz de Fora encontramos os seguintes: transferência da família 26,7%; transferência do cônjuge 23,3% e busca de emprego e estudos 50,0%. Os dados confirmam a tendência de Juiz de Fora de se

constituir em um pólo regional de influência para a Zona da Mata, atraindo pessoas em busca de trabalho e estudo e de maiores e melhores oportunidades de vida.

Em relação à vinculação com a comunidade de atuação do ACS, o tempo de residência em sua área geográfica foi levantado. Esse requisito é importante e indicado pelo MS, sendo exigido pelo processo seletivo ocorrido no município. Pela tabela a seguir o tempo de residência dos ACSs em seu bairro é elevado.

Tabela 10 : Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde por tempo de residência em seu bairro de atuação. Juiz de Fora, 2003

Tempo de residência no bairro de atuação	Freq	%
Menos de 2 anos	0	0,0
De 2 a 5 anos	5	8,3
De 5 a 10 anos	6	10,0
De 10 a 15 anos	15	25,0
De 15 a 20 anos	8	13,3
Há mais de 20 anos	26	43,3
Total	60	100,0

Acreditamos que um dado mais sensível da vinculação do ACS com sua comunidade seja a residência em sua microárea de atuação, pois nesses locais as pessoas que residem próximo desenvolvem relações sociais e todos se conhecem. Para ser o elo entre o serviço de saúde e a comunidade, pensamos que o ACS deva conhecer profundamente as relações sociais que ocorrem e toda a problemática da população de sua microárea. Dos entrevistados, 65,0% residem na microárea onde atuam e 61,7% nunca moraram fora do bairro que nasceram. Do exposto, vê-se que esses dados vêm ao encontro dos parâmetros estabelecidos pelo MS, confirmando que o processo seletivo do município respeitou as normas operacionais do Programa de Agente Comunitário de Saúde.

A vinculação do ACS com as pessoas e grupos institucionais ou não institucionais de sua comunidade é importante como forma de construir redes sociais de apoio para o desenvolvimento de seu trabalho, pois este nem sempre trata de questões de saúde tão diretamente. Conhecendo as pessoas do bairro é a forma que o agente tem de fazer o elo entre o serviço de saúde e os moradores da comunidade. Conhecendo as pessoas é possível diagnosticar seus problemas de saúde, os riscos ambientais, ocupacionais e sociais a que elas

estão expostas e, com isso, juntamente com a equipe de saúde, planejar atividades de promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Na tabela 11 estão apresentados os dados sobre o conhecimento do ACS acerca das famílias de sua responsabilidade.

Tabela 11: Nível de conhecimento do ACS acerca das pessoas e famílias do bairro onde atua. Juiz de Fora, 2003

Nível de conhecimento	Freq	%
Conhecia muitas pessoas	32	53,3
Conhecia poucas pessoas	15	25,0
Conhecia mais ou menos	10	16,7
Conhecia só a própria família	2	3,3
Não conhecia as pessoas	1	1,7
Total	60	100,0

A tabela 12 mostra a participação dos Agentes estudados em grupos institucionais.

Tabela 12: Participação do ACS em atividades de grupos institucionais. Juiz de Fora, 2003

Grupo institucional	Freq	%
Grupo religioso		
Não participava, nem participa	24	40,0
Não participava, porém participa	13	21,7
Participava, porém não participa	8	13,3
Participava e participa	15	25,0
Total	60	100,0
Associação/ sociedade de moradores		
Não participava, nem participa	47	78,3
Não participava, porém participa	6	10,0
Participava, porém não participa	1	1,7
Participava e participa	6	10,0
Total	60	100,0
Conselho de saúde		
Não participava, nem participa	58	96,7
Não participava, porém participa	2	3,3
Total	60	100,0
Partido político		
Não participava, nem participa	60	100,0
Total	60	100,0

Observamos que a maioria dos ACSs tem fraca participação nos grupos institucionais citados. Esperávamos que essa participação fosse maior, visto que é nesses locais que se discutem questões ligadas diretamente a sua atividade, como por exemplo no Conselho Local de Saúde, onde se discutem e se buscam melhores condições de saúde para a comunidade local.

Outro ponto que consideramos importante é a capacidade de liderança comunitária e a referência que a comunidade tem das pessoas que são selecionadas para o cargo de ACS. Acreditamos que o ACS deva ser uma pessoa dinâmica, envolvida com sua comunidade e, em conformidade com Carlyle Lavor, citado por Nogueira et al. (2000), deve ser escolhido

por ser um indivíduo de destaque na comunidade e pela sua capacidade de comunicação, saber traduzir aquilo que está acontecendo na comunidade aos profissionais de saúde. No estudo, observamos que a maioria dos ACSs não era referência para a sua comunidade, sendo que apenas 33,3% eram chamados pelas pessoas do bairro para ajudá-las nas questões de saúde. O mesmo ocorre com a capacidade de mobilização e lutas do ACS juntamente com os outros moradores do bairro para a melhoria das condições de vida e saúde. Vejamos a tabela a seguir.

Tabela 13: Participação dos ACS em mobilização e lutas da comunidade para a melhoria das condições de vida e saúde. Juiz de Fora, 2003

	Freq	%
Não participava, nem participa	27	45,0
Não participava, porém participa	7	11,7
Participa	1	1,7
Participava, porém não participa	1	1,7
Participava e participa	24	40,0
Total	60	100,0

Do mesmo modo, a maioria dos ACSs (58,3%) não tinha conhecimento do que as pessoas e famílias de seu bairro sabiam sobre saúde. No entanto, 50,0% dos entrevistados afirmam ter conhecimento das condições gerais de vida das pessoas e famílias da sua comunidade, mas 58,3% desconhecem a forma de organização das pessoas e famílias para o enfrentamento de problemas gerados pelas condições gerais de vida. Contraditoriamente, 53,3% alegam participar das reuniões comunitárias para a discussão desses problemas.

Os dados da tabela 14 estão demonstrando os tipos de trabalho desenvolvidos pelos ACSs antes de assumirem seus cargos, assim como os fatores que os levaram a se candidatar ao cargo e seus conhecimentos prévios sobre o PACS/PSF.

Dos sessenta entrevistados, 60,0% afirmaram ter emprego anterior ao de ACS, sendo o primeiro emprego de apenas 20,0%. A situação de emprego apontada pelos ACSs é mostrada na tabela seguinte.

Tabela 14: Situação de emprego anterior dos Agentes Comunitários de Saúde. Juiz de Fora, 2003

Situação de emprego anterior	%
Setor público	5,0
Setor privado	69,4
Mercado informal	30,6
Total	100,0

A maioria, antes de se tornar ACS e de assumir o trabalho em saúde, desenvolvia atividades ligadas ao comércio e indústria , sem nenhuma vinculação direta com a área da saúde, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 15: Trabalhos desenvolvidos pelos Agentes Comunitários de Saúde antes de sua vinculação ao Programa. Juiz de Fora, 2003

Tipo de trabalho	Freq	%
Acompanhante de idosos	1	3,3
Arrematadeira, dobradeira	1	3,3
Auxiliar de escritório	2	6,7
Balconista	2	6,7
Cabeleireira	1	3,3
Comércio	3	10,0
Corte e costura	4	13,3
Doméstica	1	3,3
Empacotadeira	2	6,7
Faxineira	1	3,3
Ferroviário	1	3,3
Frentista, policial militar	1	3,3
Garçonete	2	6,7
Malharia	1	3,3
Manicure	2	6,7
Psicologia	1	3,3
Recepcionista	1	3,3
Secretaria	1	3,3
Servente	1	3,3
Serviços gerais	1	3,3
Total	30	100,0

Em relação aos motivos que os levaram a se candidatar ao cargo de ACS, consolidamos os seguintes como primeira opção: 56,7% apontaram a oportunidade de trabalho; 18,3% a vontade de ajudar as pessoas e famílias do bairro; 3,3% citaram o desejo de trabalhar como ACS; 5,0% a vontade de contribuir para a melhoria das condições gerais de vida do bairro; 5,0% o desejo de ter emprego estável; 13,3 % a necessidade financeira e 1,7% por gostar de trabalhar com o público como primeira opção. Esses dados confirmam a hipótese de que a necessidade de um emprego foi o motivo que levou a maioria dos ACSs a se candidatar ao cargo.

Em relação ao conhecimento prévio sobre as funções desempenhadas pelo ACS, 73,3% afirmam que não possuíam nenhum conhecimento prévio sobre o trabalho, o mesmo ocorrendo em relação ao PSF, em que 76,7% desconheciam as propostas de intervenção da estratégia de Saúde da Família.

Considerações finais

O estudo possibilitou discutir o perfil social do ACS - trabalhador genérico e de identidade comunitária. Vimos que o ACS tem seu perfil social composto pela capacidade de liderança e iniciativa para a ajuda solidária que devem ser considerados em seu processo de recrutamento e seleção.

O trabalho possibilitou, também, conhecer o perfil social dos Agentes Comunitários de Saúde da Zona Norte de Juiz de Fora : trata-se de uma categoria predominantemente feminina, a maioria mulheres casadas com uma média de dois filhos. A faixa etária predominante concentra-se entre 20-30 anos, força de trabalho ainda jovem, sendo distribuída homogeneamente nas faixas seguintes. Possuem grau de escolaridade bem acima do requerido para o ingresso no cargo, sendo que a maioria dedica-se exclusivamente às funções de ACS. Os que não nasceram no município, residem em Juiz de Fora há muito tempo, acima de dez anos. Grande parte mora há mais de vinte anos no bairro onde atua e possui bastante conhecimento das pessoas da comunidade.

Contraditoriamente, apesar do alto grau de conhecimento das pessoas do bairro, têm fraca participação nos grupos institucionais como, por exemplo, o Conselho de Saúde e a Associação de Moradores e nas mobilizações sociais para a melhoria das condições de vida. Desconheciam o conceito de saúde que a população de sua área de abrangência possuía, bem como a forma de organização e mobilização da comunidade para a luta e enfrentamento de problemas gerados pelas condições de vida. Já trabalhavam antes de se tornarem agentes, principalmente em atividades ligadas ao comércio e indústria. Candidataram-se ao cargo de agente pela oportunidade de emprego surgida e desconheciam as funções do ACS, assim como o Programa Saúde da Família.

O estudo aponta para a necessidade de maior engajamento dos ACSs em mobilizações comunitárias, pois acreditamos que o perfil social deste profissional requer a participação nessa atividade. Talvez os próximos processos seletivos devam levar isso em consideração, pois para ser e fazer o tão propalado elo entre a

comunidade e os profissionais de saúde, não basta apenas morar há muito tempo na área onde irá atuar: é preciso conhecer, ter capacidade de liderança, iniciativa e capacidade de mobilização da sua comunidade para a luta por melhores condições de vida e saúde.

Muito embora se trate de uma profissão nova, tendo sido regulamentada em julho de 2002, acreditamos que o trabalho poderá contribuir para os estudos dessa temática, apontando critérios necessários e desejáveis para processos seletivos que possibilitem a contratação de profissionais qualificados ao exercício das funções de ACS de forma adequada, refletindo numa prática cotidiana que responda à demanda existente.

VII- Referências Bibliográficas

BRASIL. Norma Técnica. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BRASIL. Norma Técnica. **Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 1996

BRASIL Norma Técnica. **Programas: Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde: atividades 1999**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, 2000. P. 55 – 56.

BRASIL. Norma Técnica. **Lei N° 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2002.

JUIZ DE FORA. Norma Técnica. **Projeto de Inclusão do Agente Comunitário de Saúde no SUS/JF**. Juiz de Fora, MG: Secretaria Municipal de Saúde, 1998.

JUIZ DE FORA. Norma Técnica. **Equipes de PSF**. Juiz de Fora, MG: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

JUIZ DE FORA. **Ofício n° 261/98**. Juiz de Fora, MG: Secretaria Municipal de Saúde, 1998.

JUIZ DE FORA. **Proposta do Processo Seletivo dos Agentes comunitários de Saúde**. Juiz de Fora, MG: Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, Comissão do Programa Saúde da Família, 1999.

NOGUEIRA, R. P. et al. A Vinculação institucional de um trabalhador sui-generis - O Agente Comunitário de Saúde. **IPEA**, Texto para discussão n. 735, Brasília, p 4-26, 2000.

SANTOS, M. R. **O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em Centros de Médio e Grande Porte da Região Sudeste do Brasil**. 2001. 57 p. Projeto de tese (Doutorado em Saúde Coletiva) apresentado ao corpo docente do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Submissão: agosto de 2003

Aprovação: novembro de 2003