

Rosa, Alcindo José; Bonfanti, Ana Letícia; de Sousa Carvalho, Cíntia
O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e Suas Relações com o
Trabalho

Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 1, enero-marzo, 2012, pp. 141-152
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263668018>

O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e Suas Relações com o Trabalho

The Psychological Distress of Community Health Agents and its Relations to Working Conditions

Alcindo José Rosa

Professor Doutor do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso/Campus Universitário de Rondonópolis.

Endereço: Rua A112, nº19, CEP 78735-482, Rondonópolis, MT, Brasil.

E-mail: alcindorosa@uol.com.br

Ana Letícia Bonfanti

Graduada em Psicologia na Universidade Federal de Mato Grosso/Campus Universitário de Rondonópolis.

Endereço: Rua das Paineiras, 98, CEP 78740-590, Rondonópolis, MT, Brasil.

E-mail: analeticiabonfanti@hotmail.com

Cíntia de Sousa Carvalho

Mestre e doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Endereço: Avenida Padre Leonel Franca, 261/607 (Edifício Marquês de São Vicente), Gávea, CEP 22451-000, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: cintiapsicologia_51@hotmail.com

Resumo

O estudo tem a finalidade de analisar aspectos que, quando presentes nas condições e relações de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podem relacionar-se ao desencadeamento de sofrimento psíquico nestes profissionais e, consequentemente, impedir que tenham uma postura profissional ativa e mediadora, tanto para a garantia do direito à saúde quanto para a operacionalização dos serviços de saúde. Para o delineamento conceitual e caracterização do fenômeno estudado, recorre-se ao *corpus* de conhecimentos produzidos por Dejours, que ofereceu, nas últimas décadas, importantes contribuições para a compreensão da Psicodinâmica do Trabalho e suas consequências. A pesquisa foi realizada durante uma intervenção em unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Rondonópolis (MT); para a coleta de dados foram realizados os seguintes procedimentos: grupos de conversa e entrevistas abertas com agentes comunitários de saúde, observação do trabalho que realizavam e entrevistas abertas com a população usuária das unidades. A apreciação dos resultados partiu do registro cursivo e análise dos discursos captados durante as atividades e foi feita por meio de categorias, que foram analisadas. Considerou-se que há situações que caracterizam a sobrecarga de trabalho do ACS em vários âmbitos. Duas consequências foram apontadas, uma relacionada com a perda das especificidades da profissão, o que parece levar ao desvirtuamento das atribuições profissionais, e a outra associada à insalubridade das condições e relações de trabalho. Ambas parecem estar relacionadas com a produção de sofrimento psíquico nos agentes comunitários de saúde, o que pode ser minimizado com maior empoderamento destes profissionais.

Palavras-chave: Sofrimento Psíquico; Profissional de Saúde; Sobrevida de Trabalho.

Abstract

This work intends to analyse some aspects that, when they are present in community health agents' working conditions and relationships, can be linked to the onset of psychological distress in these professionals. Consequently, they can impede them from having an active and mediating attitude, both for the guarantee of the right to health and for the operation of the health care services. For the conceptual design and characterisation of the phenomenon in question, we based ourselves on the knowledge produced by Dejours, who has offered, in the last decades, important contributions to the understanding of the Psychodynamics of Work and its consequences. The research was carried out during one intervention in a health care unit of the Family Health Strategy, in the city of Rondonópolis, State of Mato Grosso (Central-western Brazil), and for data collection we adopted the following procedures: talk groups and open interviews with community health agents, observation of their work and open interviews with users of the health care units. The appraisal of the results started from the written register and analysis of the discourses produced during the activities and it was performed through the construction and analysis of categories. We consider that there are several situations that characterise the community health agent's work overload in many spheres. Two consequences have been identified: one is related to the loss of the profession's specificity, and the other is associated with the insalubrity of working conditions and relationships. Both of them seem to be related to the production of psychological distress in community health agents, which can be minimized with the empowerment of these professionals.

Keywords: Psychological Distress; Health Professional; Work Overload.

Introdução

Este estudo tem a finalidade de analisar aspectos que, quando presentes nas condições e relações de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podem estar relacionados ao desencadeamento de sofrimento psíquico nestes profissionais. Vários estudos (Martines e Chaves, 2007; Wai, 2007; Pupin, 2008; Jardim e Lancman, 2009) indicam que grande parte destes profissionais trabalha com circunstâncias de agravos à saúde da população que transcendem suas possibilidades de resolutividade e mesmo suas atribuições profissionais. Por um lado, entram em contato com diversas vulnerabilidades da população, e, por outro, deparam-se com as questões técnico-administrativas que, geralmente, limitam a efetividade de suas ações, mantendo-os, portanto, numa posição paradoxal.

Tal situação tem sido descrita como sobrecarga de trabalho do ACS e tem sido relacionada à vulnerabilidade destes profissionais ao sofrimento psíquico (Martines e Chaves, 2007; Wai, 2007; Pupin, 2008). De acordo com Pupin, a sobrecarga de trabalho se caracteriza pelo conjunto de altas exigências impostas ao trabalho dos ACS, pela pouca valorização do trabalho e pelo intenso envolvimento emocional com os usuários. Este cenário pode trazer um quadro de exaustão física e psíquica, e, consequentemente, o desinteresse pelo trabalho (Benevides-Pereira, 2002; Wai, 2007).

Tal como apontado nas investigações de Wai (2007), o estudo leva em consideração que, diante de tais circunstâncias, os agentes comunitários de saúde desenvolvem mecanismos de enfrentamento que amenizam as dificuldades do trabalho e que podem, portanto, torná-lo prazeroso e produtivo. Entretanto, fizemos um recorte e optamos apenas pela análise da conjuntura que circunda o exercício da profissão, suas características e os sentidos atribuídos.

Assim, considerando que o cenário de acentuadas contradições não colabora para a espontaneidade do trabalho e nem para que seja gratificante, perguntamo-nos se tais condições de trabalho são indutoras de sofrimento psíquico em agentes comunitários de saúde e quais correspondências podem ser estabelecidas.

Estes questionamentos surgiram durante uma intervenção com estagiários de Psicologia em uni-

dade de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Rondonópolis (MT). Ao longo das atividades, fomos nos tornando conscientes das queixas dos agentes comunitários de saúde e percebemos que tinham como eixo a insatisfação com as condições em que realizavam o trabalho. Notamos ainda que, para além da sobrecarga de trabalho, existiam dificuldades nas relações interpessoais no ambiente de trabalho que também pareciam se relacionar ao desprazer relatado.

Tendo em vista o enorme e repetitivo conjunto de queixas expressas pelos ACS, como “não sei o que fazer”, “me sinto impotente”, “assim não dá”, “fico cansada”, “é difícil”, “não dá certo”, “estou no limite”, “tenho que estar bem para poder trabalhar bem”, dentre outras, passamos a ponderar que se tratava de modos de expressar as situações de sofrimento psíquico e que estas mantinham interfaces com o trabalho.

Referencial Teórico

A Psicodinâmica do Trabalho

Com o fito de compreendermos conceitualmente o fato delineado acima e caracterizá-lo, recorremos ao corpus de conhecimentos produzidos por Dejours (1998), que ofereceu, nas últimas décadas, importantes contribuições para a compreensão da Psicodinâmica do Trabalho. De maneira geral, o autor afirma que, no modelo taylorista, era o corpo do trabalhador, dócil e disciplinado, que primeiro foi identificado como sofredor. Foi apenas a partir do desenvolvimento técnico e industrial, situação na qual a força física perdeu importância no âmbito da produção, que outras dimensões humanas se mostraram necessárias para a realização do trabalho e que se revelaram as especificidades do sofrimento mental e suas relações com a organização do trabalho (Dejours, 1998).

Dejours considera que o sofrimento psíquico no trabalho sinaliza o espaço de luta que ocorre, por um lado, pela busca do bem-estar e, por outro, pela possibilidade de adoecimento mental. Destaca, ainda, que, na contemporaneidade, o equilíbrio mental nas organizações de trabalho deixou de ser a regra e se tornou a exceção, impossibilitando a consideração de que haja normalidade psíquica no trabalho, já

que o trabalhador, geralmente, está submetido aos constrangimentos do trabalho (Dejours, 1993).

Assim, somente podemos considerar como normalidade o precário equilíbrio adotado pelas defesas psíquicas do trabalhador diante das adversidades do trabalho, situação na qual tem sua subjetividade restringida pelo trabalho, o que gera sofrimento (Dejours e col., 1994; 1999). Neste sentido, o trabalhador é vítima de seu próprio trabalho, pois, nesta situação, não obterá a gratificação outrora vislumbrada, mas tão somente sofrimento (Dejours, 1998).

Outra importante contribuição da Psicodinâmica do Trabalho refere-se à concepção de que laços afetivos são estabelecidos com o trabalho. Assim, quando caracterizado por aspectos gratificantes, o trabalho produz bem-estar e prazer; entretanto, de outro modo, quando a subjugação está presente, o resultado é a produção de sofrimento, que pode ser expressa a partir da matriz amor e ódio, compondo binômios, como alegria ou tristeza, entusiasmo ou desânimo, entre outros. Neste sentido, a persistente identificação da diáde trabalho/sofrimento pode levar à desafetação do trabalhador pelo trabalho, o que pode torná-lo intolerável (Codo e col., 1993; Dejours, 1999).

A partir deste referencial, podemos considerar que as queixas dos agentes comunitários de saúde revelam certo estado de sofrimento no trabalho e demonstram o mal-estar psíquico vivenciado por estes trabalhadores frente às tarefas do cotidiano e à impossibilidade de obter, a partir delas, algum bem-estar e identificação.

O ACS: a invenção de um profissional de saúde

Com o advento do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), proclamado pela Constituição, em 1988, e a consequente descentralização nos anos vindouros das ações de saúde para os estados e municípios, evidenciou-se a necessidade de os serviços locais se organizarem para que houvesse maior efetivação dos serviços de saúde. Dessa forma, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família como maneira de operacionalizar as mudanças da atenção básica que, desde o início da Reforma Sanitária, vinham sendo preconizadas. Em 2006, por meio da Portaria nº 648/GM, estabeleceu-se que o Programa Saúde da Família seria uma estratégia de Estado, por meio da qual o país organizaria a atenção básica.

ca de modo a possibilitar o acesso da população ao SUS e garantir a consolidação de seus princípios e diretrizes.

Acerca do surgimento do agente comunitário de saúde, embora desde o final da década de 1970 houvesse propostas semelhantes ao atendimento de demandas de saúde por agentes comunitários, foi apenas em 1987, no estado do Ceará, como parte de um programa emergencial de trabalho, que tal experiência foi realizada com sucesso. Os objetivos que norteavam a prática estavam ligados às questões de agravos à saúde decorrentes da seca, como a mortalidade materno-infantil. Em 1991, essa atividade foi institucionalizada com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 1991) que, posteriormente, se estendeu para outros estados brasileiros. A partir de 1994, o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) integrou-se ao Programa Saúde da Família (PSF). Um dos objetivos do PACS era o atendimento da população que, por diversos motivos, não procurava o serviço público de saúde, demanda, até aquela época, praticamente negligenciada pelos serviços públicos.

Apesar do considerável aumento das unidades de saúde da família nos anos que se seguiram à criação do PSF e, consequentemente, a massiva contratação de ACS, foi apenas em 2002 que legalmente se reconheceu a profissão do ACS que ocorreu por meio da Lei 10.507, de 10 de julho de 2002. De acordo com seu art. 2º, a profissão de ACS caracteriza-se pelo exercício da atividade de prevenção de doenças e de promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local (Brasil, 2002).

Desde então, o profissional ACS tem sido visto como um elo importante nas políticas de saúde e imprescindível para o SUS. Entretanto, com a massificação da profissão e extensão da Estratégia Saúde da Família aos diversos rincões do país, predominou a visão de que o ACS é mero transmissor de informações, profissional passivo a serviço da administração de demandas em saúde e outros interesses, por vezes, político-eleitorais. Contrário a esta ideia, a concepção do trabalho do ACS prevê que deve configurar-se por uma postura profissional ativa e mediadora, tanto para a garantia do direito à

saúde quanto para a operacionalização dos serviços de saúde.

Neste sentido, Nogueira e colaboradores (2000) afirmam que a mediação realizada pelos ACS é um modo de facilitação do acesso aos direitos de cidadania. De maneira semelhante, Bornstein e Stotz (2008) dizem que a mediação ocorre apenas quando há um compartilhamento de conhecimentos e maior permeabilidade dos serviços de saúde para acolher as necessidades e demandas da população.

Em relação a esta temática, Silva e Dalmaso (2002) afirmam que o trabalho do ACS desenvolve-se em dois âmbitos: um técnico (biomédico) e outro político. Este último resgata um compromisso social com a cidadania dos usuários do SUS e é um dos meios de garantir à população o acesso aos serviços de saúde, especialmente às camadas mais vulneráveis.

Temos, portanto, que, embora a profissão do ACS tenha nascido no contexto brasileiro a partir de uma situação inusitada, os desdobramentos que ocorreram com o desenvolvimento da implantação do SUS, ela tem se caracterizado como uma experiência revolucionária e capaz de inverter a lógica centrada no saber médico-assistencialista.

Apesar disso, a massificação da profissão tem distorcido suas atribuições, servindo, muitas vezes, como cabos eleitorais e, em outras, como administradores de demanda em saúde, aspecto que foi criticado por setores contrários à estratégia de saúde da família, chamando-a de saúde de pobre para pobres, conforme relatado por Pupin (2008). Além dessa questão, que numa das pontas parece ser ideológica, tem chamado a atenção a forma da gestão do trabalho do ACS e, consequentemente, a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelos e para os ACS. Assim, é nesta interface que surge a necessidade de investigações dos aspectos que prejudicam a eficiência do trabalho destes trabalhadores, o que vem sendo feito por vários grupos de pesquisa.

Método

O estudo é de natureza qualitativa e resulta da sistematização de um conjunto de informações que foram obtidas por meio de: (a) realização de sete “grupos de conversa” com seis ACS; (b) entrevistas abertas

com seis ACS; (c) acompanhamento, na condição de observador, de cinco visitas domiciliares feitas por dois ACS; (d) entrevistas abertas com cinco usuários de dois Núcleos de Saúde da Família (NSF) da Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis (MT) (este município localiza-se a cerca de 210 km de Cuiabá (MT) e, segundo estimativas do IBGE, para o ano 2010 sua população ultrapassará a marca de 180 mil habitantes. Destaca-se economicamente como importante polo agropecuário e agroindustrial, congregando outros 18 municípios da região sul-mato-grossense).

A realização dos grupos de conversa foi pautada pelo uso de recursos técnicos derivados do trabalho com grupos operativos, tal como foi classicamente descrito por Pichon-Rivière (1982). Segundo o autor, o grupo operativo é uma técnica que pressupõe que a organização do campo grupal é fluída e está em constante movimento, e, quando diante de uma tarefa, adota certa configuração que mobiliza a expressão dos aspectos pessoais dos participantes do grupo. Aos participantes do grupo estudado foi proposto que expressassem reflexões acerca da temática “ser ACS”.

Com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que, entre outros aspectos éticos, garantiu o anonimato no caso de publicação, todos os participantes das atividades o assinaram e se disponibilizaram voluntariamente, consentindo livremente o uso das informações que, quando reportadas a um ou outro, foram identificados com nomes fantasia. As informações obtidas (narradas e observadas) foram transcritas em diário de campo. Ao final da fase de coleta de dados, o material transscrito compôs o documento de pesquisa e foi submetido à análise de conteúdo, tal como proposto por Bardin (1997). Conforme operacionalização indicada por Franco (2005), após a seleção de unidades de registro, contexto e leitura flutuante, foi feita a exploração e tratamento do material, que culminou na elaboração de categorias, que, em seguida, foram analisadas.

Resultados

A exploração do material foi demonstrando que as temáticas relativas às condições de trabalho e pro-

dução de sofrimento psíquico gravitavam em torno de alguns eixos, que foram elencados em quatro categorias, referentes (I) às expectativas dos ACS acerca do que seria a profissão; (II) à forma que foram capacitados para o exercício profissional; (III) ao envolvimento afetivo com a população e seus problemas; (IV) à culpabilização, tanto por parte da população quanto da administração, por eventuais insucessos das ações de saúde do NSF.

Discussão dos Resultados

A. Ninguém aqui sonhava em ser agente de saúde quando era pequeno... ou sobre as expectativas ao iniciar-se na profissão

De certa maneira, os ACS mostraram-se desiludidos com o próprio trabalho, processo que parece ter início nas primeiras experiências na profissão. A este respeito, a fala da ACS Juliana foi ilustrativa: “Estou neste trabalho faz um tempão, uns dois anos. No início, achava que iria resolver os problemas do bairro. Tive que tomar cuidado porque a agente que estava antes de mim entrou em depressão por causa da profissão e tentou se suicidar, ela pensava igualzinho a mim, achava que ia resolver os problemas do mundo. Fico muitas vezes decepcionada, nem as pessoas e nem a equipe reconhece meu trabalho, às vezes, dá vontade de jogar tudo para o alto”.

Percebe-se que as expectativas de Juliana ao iniciar-se na profissão não contemplavam a real dimensão dos problemas que iria encontrar em seu bairro. Ela imaginava que seria capaz de resolvê-los, mas, além de não conseguir resolvê-los, não se sente reconhecida com o trabalho que consegue fazer. Em relação a este aspecto, Tomaz (2002) afirma que a excessiva responsabilização no trabalho sobrecarrega os profissionais e é um dos maiores responsáveis pela geração de sofrimento em ACS. Criou-se uma imagem “romantizada” desse profissional, que é sustentada tanto pelos próprios ACS, por causa dos afetos envolvidos na relação com a população assistida, quanto pela própria população, que compartilha do envolvimento. Além disso, os demais membros da equipes os responsabilizam por questões que, muitas vezes, não estão no escopo de suas atribuições.

Tomaz (2002) acrescenta que o ACS não deve ser um super-herói; suas atribuições devem ser claramente estabelecidas como profissional participante de uma equipe de saúde. Seu papel deve ser mais claro e específico. Também Fortes (2004) acrescenta que esta é uma questão central nas queixas dos agentes de saúde, pois, muitas vezes, a não delimitação técnica de sua área de atuação pode acarretar um trabalho sobre carregado.

Outra questão surgida referiu-se às condições de escolha da profissão de ACS. A maioria disse que não desejava ser agente de saúde. Parte afirmou que estava trabalhando como ACS apenas temporariamente, pois pretendia ter outra profissão. Outros afirmaram que precisavam trabalhar de ACS para ter um meio de subsistência.

A este respeito, Josemara disse: “Na verdade, eu não escolhi ser ACS, surgiu uma oportunidade e eu precisava muito do emprego. Eu não quero ser um ACS, isto é passageiro. Não gostaria de ser um ACS nem se o salário fosse muito alto”. Vera, por sua vez, disse: “Não sou apaixonada por ser ACS, mas gosto de trabalhar com pessoas. Se você entra no PSF como ACS, vai morrer ACS. Se eu não precisasse trabalhar, não seria uma ACS”. De maneira semelhante, o agente comunitário Pedro disse: “Eu trabalho para ajudar meus pais, que me sustentam enquanto eu estudo; é difícil porque eu tenho pouco tempo de estudar, às vezes, sinto inveja do povo da minha sala que não precisa trabalhar”. Pareceu-nos, então, que os ACS não se identificavam com o trabalho que realizavam, nem mesmo o relacionavam a uma profissão, mas a um emprego.

Referindo-se a esta temática, a agente comunitária Vanda disse: “Eu gosto muito da área da saúde, fiz um curso técnico de Saúde Coletiva, mas aqui não tem lugar para trabalhar, por isso decidi ser ACS, mas em breve vou fazer outro curso, talvez de técnico de enfermagem, quero trabalhar na saúde, porque eu gosto muito, mas ser ACS não dá, é muito desgaste para pouco reconhecimento e pouco dinheiro também”.

Nesta situação, a agente comunitária reconhece uma especificidade profissional no trabalho do técnico de enfermagem, mas não a observa no seu. Provavelmente, porque, no primeiro, as funções e rotinas estejam bem delimitadas e associadas ao

modelo biomédico, enquanto que no trabalho do ACS, estas dimensões têm uma natureza diferenciada, que se pauta pelo paradigma da produção social da saúde, concepção que, geralmente, não gravita de maneira efetiva nas representações da saúde nos profissionais da área e nem nas expectativas da população. Aponta-se, portanto, que este dilema vivenciado pelo ACS está muito próximo da cisão, se não da própria divisão, que também caracteriza o campo da saúde pública *versus* saúde coletiva e que dificilmente chega a ser esclarecido a estes profissionais ao longo da formação.

Bachilli e colaboradores (2008) constataram que a opção pela profissão de ACS decorre muito mais das limitações e lacunas das escolhas feitas anteriormente do que pela apropriação consciente desse espaço profissional. Assim, tal como os dados encontrados, as condições e expectativas de entrada na profissão parecem estar relacionadas com o considerável volume de queixas de insatisfação com o trabalho, de tímido prestígio social e pouco reconhecimento profissional.

Apesar de a ACS Vanda expressar que sentia que seu trabalho era mal remunerado, foi observado que a valorização profissional não passaria apenas pela melhoria salarial, diferentemente dos estudos feitos por Wai (2007), em que os baixos salários são apontados como um aspecto mobilizador de sofrimento no trabalho. Neste estudo, a questão salarial não foi tematizada como produtora de sofrimento e com a mesma importância dada a outros aspectos, como a valorização social da profissão. Nas atividades grupais, os ACS chegaram à conclusão de que mesmo se houvesse salário melhor, ainda assim não escolheriam novamente a profissão de ACS, só optariam outra vez pela profissão se não houvesse saída melhor. Acentuou-se com isso o caráter provisório dado ao exercício da profissão até o surgimento de outra ocupação melhor.

Relativo ainda à escolha da profissão e diante da situação de que um dos participantes das atividades era do sexo masculino, surgiu a questão de que a profissão tem sido ocupada predominantemente por mulheres. O ACS Pedro disse: “Na realidade é muito difícil ser agente homem; as pessoas ficam encabuladas, não gostam de falar de seus problemas, principalmente quando é de preventivo”.

De maneira semelhante, a usuária Fernanda disse: “Eu não gosto muito de falar as minhas coisas para ele, primeiro que ele é homem e a gente tem medo de falar e depois ele sair aí falando da vida da gente, também ele é muito novo, eu não gosto que ele entra dentro da minha casa, porque tenho medo do que os vizinhos vão pensar, na hora que ele vem, meu marido não tá em casa. O ruim dele ser homem é que não dá para falar de umas coisas, duns trem que a gente tem vergonha de contar até para o marido; preventivo, por exemplo, tava precisando faz tempo, como eu era parente de outra agente, falei para ela marcar, mas para ele não tive coragem”.

Esta situação nos remete a pensar que as questões de gênero podem interferir na qualidade do trabalho do ACS, aspecto também apontado por Wai (2007). Observamos que se, por um lado, os agentes do sexo masculino têm dificuldades para trabalhar com as mulheres, por outro o mesmo acontece com os ACS do sexo feminino em relação ao trabalho com a população masculina. Portanto, as expectativas de gênero em relação à profissão estão presentes no cotidiano de trabalho destes profissionais e podem caracterizar um aspecto conflitivo. Certamente, isto interfere na efetivação do acesso aos usuários a certos serviços, em especial, no caso de ACS do sexo masculino que precisam orientar mulheres no tocante à saúde sexual e reprodutiva, aspectos que são tabus. Neste sentido, nos pareceu que o trabalho das ACS é de mulher para mulher, pois parece haver certa preferência das agentes por direcionar seu trabalho ao público feminino.

Assim, de certa forma, nas reflexões acerca das estratégias de incentivo para os cuidados de saúde e de comparecimento da população masculina às unidades de saúde, as políticas públicas devem considerar que a comunicação entre a população masculina e as ACS sofre interferências das expectativas relativas ao gênero.

Finalmente, encontramos que a escolha da profissão de ACS se deu mais pela maleabilidade de horário que ela proporciona. Na maioria dos casos, os agentes estavam se dedicando a outras atividades que poderiam lhes proporcionar, posteriormente, outro emprego, como cursos técnicos e universitários, do que a uma compreensão do papel do ACS e/ou identificação com a profissão.

Deste modo, ao analisarmos as condições que causam sofrimento nestes profissionais, podemos considerar que para, além das dificuldades com a população atendida, o trabalho do ACS é afetado pelas condições objetivas pelas quais escolheu a profissão de ACS, assim como pelas suas expectativas em relação à profissão, aspectos que certamente podem gerar insatisfação e sofrimento no trabalho. Neste sentido, Dejours (1998) aponta que um dos mais duros golpes produzidos pelo trabalho refere-se ao fato de que ele não atende às expectativas iniciais do trabalhador, frustrando-o.

B. De certo, vamos falar sobre a história do SUS na casa das pessoas ou sobre a formação dos ACS

No tocante à formação para a atuação como ACS, foram relatadas diversas dificuldades que denotavam pouco conhecimento específico de questões referentes ao processo saúde-doença (conhecimentos sobre promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, noção de integralidade) e da natureza operacional (agendamentos, encaminhamentos, contrarreferência, rotinas, conhecimento da rede etc.). Pareceram indicar também a necessidade de formação que transcendesse os aspectos biológicos da saúde e contemplasse, com maior ênfase, os determinantes sociais da saúde, as questões sociais e psicológicas.

Em relação aos treinamentos, surgiram algumas necessidades específicas, que não foram consideradas pelos gestores e formadores. A agente comunitária Carolina relatou: “As formações falam sobre a história do SUS, mas não fala sobre como nos relacionar com as famílias, sobre como ter jogo de cintura. De certo, vamos falar sobre a história do SUS na casa das pessoas”. Do mesmo modo, Lúcia falou: “O ACS não tem muito preparo; o nosso seletivo teve um preparatório que só falaram do SUS, da profissão, falaram que a visita tem que durar uma hora, mas não falaram como tratar as pessoas e o que fazer nesta uma hora de visita”.

Relataram, ainda, que as formações acontecem de maneira questionável, pois não consideram as peculiaridades de cada bairro e população, são cansativas e não contam com a participação ativa dos ouvintes. Geralmente, acontecem no formato de palestras e são ministradas pelas chefias, caracterizando situações verticalizadas na abordagem

dos problemas, que não proporcionam o avanço do conhecimento.

Sobre isso, Juliana disse: "O povo da Secretaria acha que colocar nós naquele auditório junto com as ACS de toda a rede e dar palestra três dias basta. Não quer dizer que não ajuda, é bom, mas não falam das questões de cada unidade, em como eu faria para abordar uma família. Deviam nos ensinar como 'ganhar' a família, para elas nos contarem as coisas que acontecem com elas, confiarem; tem gente que tem doença séria, a gente sabe que tem, está no prontuário, mas a gente pergunta e eles falam que está tudo bem. A gente precisa ser mais bem treinada. A Secretaria só quer resultado, mas não treina a gente, é nisso que dá".

Neste sentido, a parcialidade das capacitações parece que está diretamente relacionada com a qualidade das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários, pois foi muito comum, nas atividades realizadas, a fala de que não sabem o que fazer nas visitas. A agente comunitária Lúcia disse: "Muitas vezes, não sabemos o que falar nas casas das famílias visitadas, faltam motivos para irmos até a casa das pessoas". Também Juliana comentou: "As formações dadas pela Secretaria são insuficientes, aprendemos mais lendo os folhetos do que nas formações".

Isto confirma a observação de que grande parte da rotina de trabalho dos ACS gira em torno da entrega aos usuários de agendamentos de consulta, exames e folhetins, e da coleta de assinatura que comprova as visitas. A fala da usuária Sílvia ilustra como a população percebe a ineficiência do serviço: "Então, eu não gosto de ficar falando, mas eu sei que ela só vem aqui atrás da minha assinatura, pergunta como eu tô, e se eu falar que tô bem ou mal, ela fala 'então tá bom', assina aqui... Nunca entrou na minha casa".

Outro dado colhido entre os agentes comunitários derivou das afirmações de que não sabem como proceder nas residências das pessoas que não usam o serviço de saúde, pois não há nada para ser entregue ou comunicado para elas. Ou seja, a entrega de agendamentos, recados, avisos ou folhetos parece constituir um instrumento de mediação, e até pode ser um bom mediador da relação ACS - usuário, mas não pode ser o único, nem o mais importante.

Parece-nos que se trata de uma simplificação do potencial do trabalho do ACS, em especial da concepção de territorialidade das ações e de vínculo com o usuário.

A respeito da qualidade da formação dos ACS, Tomaz (2002) constatou que o processo de qualificação destes profissionais ainda é desestruturado, fragmentado e insuficiente para preparar este sujeito para uma adequada realização de sua função. E, embora tenhamos encontrado dados que corroboram tal afirmação, há que destacar que este aspecto da formação está sendo ajustado pelo Ministério de Saúde, que tem proposto programas específicos para a desprecarização do trabalho no âmbito do SUS. Destaca-se também que as capacitações em serviço estão sendo cada vez mais utilizadas e oferecem melhores resultados, pois colaboram para a ressignificação das expectativas dos ACS em relação ao seu trabalho e profissão.

Temos, portanto, que a parcialidade da formação dos ACS é um aspecto que se relaciona com o sofrimento psíquico por eles descrito, afinal, grande parte da impotência relatada deriva do pouco empoderamento político e técnico que possuem.

C. É muito difícil separar o pessoal do profissional ou o envolvimento emocional do ACS com os problemas da população

A obrigatoriedade do agente de saúde pertencer ao bairro em que mora, conforme determina a Lei 10.057, de 10 de julho de 2002, faz parte da concepção de que a familiaridade com o local de trabalho é um aspecto positivo para a prática profissional. Pressupõe-se que a identificação do ACS com a população, e vice-versa, pode potencializar tal relação e trazer benefícios. Entretanto, estas pressuposições desconsideram que, ao exercer suas atribuições, o ACS passa a ser observado, despertando as mais diversas impressões nos usuários, e estas devem ser tomadas como variável importante para o sucesso ou não de seu trabalho.

Ademais, é o ACS que entra em contato mais crumente com as diversas formas de sofrimento da população. Seu papel ultrapassa, portanto, as atribuições que lhe compete, afinal a vida no bairro, em suas diversas expressões, continua depois do expediente, nos feriados e nos fins de semana. Assim,

há que se considerar que, geralmente, a atuação do ACS está permeada de considerável envolvimento pessoal e interpessoal, o que pode trazer conflitos e desgaste emocional.

A este respeito, a agente comunitária Vanda disse: “Eu moro no bairro desde pequena e, por isso, é mais difícil separar o pessoal do profissional. Tem casas em que eu chego e as pessoas começam a contar da sua vida, seus problemas, choram”. Vera, por sua vez, disse: “Quando as famílias têm confiança em você, eles te contam tudo: os problemas com o marido, a depressão, os filhos que estão dando trabalho, as frustrações, as angústias, os sonhos que ainda não foram realizados”.

Outra questão interessante trazida pelos usuários e que guarda relação com esta temática refere-se à frequência com que as residências são visitadas pelos ACS. Os usuários afirmavam que as visitas ocorriam semanalmente e, em vários casos, até mais de uma vez por semana. Estas afirmações trouxeram uma contradição, pois os próprios agentes comunitários informaram que realizavam visitas mensais. Ao avaliar tal questão com os agentes, percebemos, então, que mesmo os cumprimentos ligeiros eram considerados pela população como visitas.

Esta indiferenciação por parte da população revela uma ligação muito familiar entre a população e agentes comunitários de saúde e apontam para o fato de que passam a fazer parte da rede afetiva de muitos usuários. Levy e colaboradores (2004) sustentam esta proposição e se reportam ao apoio emocional e psicológico oferecidos pelos ACS em suas visitas. Também Nunes e colaboradores (2002) apontam este aspecto e dizem que existe uma demanda da população que extrapola a busca da saúde física e se expande para as necessidades afetivas, como carinho, companheirismo, amizade e cuidado.

Tal proximidade, ao mesmo tempo em que traz aberturas para o trabalho, por vezes suscita sentimentos de impotência nos profissionais. Neste sentido, a agente Juliana disse: “Existe um sentimento de impotência, como, por exemplo, há uma professora da minha microárea que está sendo ameaçada pelos alunos e o que eu posso fazer? Eu sempre saio de lá melancólica”. A este respeito alguns questionamentos surgiram em um dos grupos de conversa: como separar a vida profissional da pessoal, se o

lugar de trabalhar é o mesmo de morar? Como fazer a delimitação de espaço, se os usuários do serviço são as mesmas pessoas com as quais se convive e, até mesmo, são familiares?

Estas questões parecem evidenciar a dificuldade de diferenciação entre a vida profissional e a pessoal. Com relação a isso, Juliana comentou: “É muito difícil separar o pessoal do profissional, porque tem dias que eu não estou bem, mas que preciso estar bem para entender bem as pessoas. Este é um trabalho diferente de um trabalho mecânico numa fábrica de montar carros”.

Temos, então, que a necessidade de estar bem para realizar adequadamente as atribuições de ACS é mais um aspecto que os pressiona emocionalmente e, provavelmente, está relacionado às queixas de impotência e frustração. A indignação de Juliana parece decorrer da percepção de que suas atividades são mecânicas, sem espontaneidade. Diariamente, sai para as visitas, entrega folders e recados, faz orientações e colhe assinaturas até cumprir as metas.

Outro aspecto observado refere-se ao fato de que não há espaço para a discussão das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho. O não saber, o não poder, o não conseguir, entre outras contradições, não aparecem. Refletindo acerca disso, Vera disse: “O mais difícil desta profissão é a necessidade de estar bem comigo mesma para atender a família, afinal eu represento o PSF naquela casa. Dependendo da visita que eu faço, preciso parar e respirar um pouco, senão eu fico louca”. Também Lúcia desabafou: “Tem pessoa que, quando a gente chega, ela já começa a desabafar e a gente escuta tudo. Isso mexe muito com nosso psicológico, é estressante, às vezes. Você acaba carregando muitas coisas. Você tem que ouvir as pessoas mesmo quando não está bem. E, no fim das contas, ninguém cuida da gente, só Deus”.

Ou seja, neste âmbito, o trabalho do ACS é tomado como linear, unilateral, sem afetações humanas, tal como numa linha de montagem. Nestes termos, indagar por quem cuida do cuidador continua sendo uma boa pergunta.

Temos, portanto, que cotidianamente os ACS são colocados em contato com muitas misérias humanas (agravos de saúde, conflitos familiares, problemas sociais, entre outras), situações para as quais, muitas vezes, são os únicos representantes do Estado a

saber, o que aumenta a responsabilidade individual e social. Nesse universo, dispõem de poucos recursos que ofereçam alguma solução ou alívio aos outros, quem dirá a si mesmos. Compreende-se, assim, uma vez mais, possíveis motivações para as reiteradas queixas de impotência e descontentamento com o trabalho.

D. Se a família faz alguma coisa errada aqui no PSF, respinga no ACS ou a responsabilização do ACS pelas incongruências do NSF

Segundo Tomaz (2002), de acordo com as Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde (1999), as atribuições dos agentes podem ser resumidas no seguinte: identificação das situações de risco, orientação das famílias e comunidades e encaminhamentos às equipes dos casos identificados.

No entanto, o que se observa no cotidiano de um Núcleo de Saúde da Família (NSF) é a falta de clareza sobre quais são as atribuições dos ACS, o que parece provocar a sobrecarga de funções e até de papéis, produzindo, assim, uma responsabilização excessiva do ACS. Por um lado, sua equipe o responsabiliza pela conduta dos usuários de sua microárea na unidade e, por outro, é responsabilizado pelos usuários pelas falhas nos atendimentos do NSF.

Ao falar desta temática, Fernanda lamentou: “Se a família faz alguma coisa errada, respinga no ACS, ao mesmo tempo que, se o restante da equipe faz alguma coisa errada, as famílias reclamam e, mais uma vez, respinga no ACS”. Também Carolina queixou-se: “O problema maior também é que se as famílias chegam aqui com uma informação errada, então é culpa dos ACS que deram a informação errada, a gente é culpada sem nem nos ouvir para saber o que aconteceu”. Juliana também falou: “Certa vez, era pra incentivar as mulheres para vir fazer o preventivo em qualquer horário. Quando as mulheres vieram até a unidade, o preventivo não foi feito. A enfermeira chamou a nossa atenção, e as mulheres ainda disseram que não voltariam mais para fazer o exame”.

Acerca das atribuições dos ACS, Nogueira e colaboradores (2000) dizem que há uma dupla interpretação em relação ao perfil do profissional

do ACS, pois, em certos momentos, ele é visto como pertencente à equipe de enfermagem, por realizar cuidados de saúde, e, em outros, como um trabalhador genérico, diferente dos típicos profissionais de saúde. Concordamos com o autor, pois tivemos a impressão de que a profissão de ACS está situada num limbo identitário, situação na qual o fazer do ACS está sendo construído muito mais pelos parâmetros daquilo que não deve fazer do que pelo que pode praticar.

De modo semelhante, ao analisarmos as relações de poder entre os ACS e o restante da equipe do Núcleo de Saúde da Família, observamos que, paradoxalmente, ao mesmo tempo em que são responsabilizados pelas incongruências e erros que acontecem na unidade, não ocupam o lugar de protagonistas, nem fazem parte das tomadas de decisões que precisariam ocorrer para o aperfeiçoamento dos serviços oferecidos. A agente Iara, indignada, disse: “Essa atual administração não faz reunião com a equipe, somente reunião da enfermeira chefe com os ACS”. Também Lúcia indignou-se: “As reuniões feitas com as ACS são apenas para chamar a atenção, não temos voz nessas reuniões”. Josemara acrescentou: “Existe uma não integração dos ACS no posto, parece que não somos funcionários do PSF como os outros profissionais da equipe. Não temos voz na solução dos problemas, nossa opinião não é levada em conta”. Vera, por sua vez, disse: “Certa vez, a enfermeira propôs uma premiação como forma de incentivo para trazer pessoas ao posto, não concordamos, mas não fomos nem consultadas sobre isso. Todo mundo fala que a nossa profissão é a principal função no PSF, mas o ACS não é valorizado, ele é cobrado e muito; as pessoas não veem o ACS como parte da equipe do PSF”.

Pelo observado, não havia uma rotina formal de trabalho em equipe. As reuniões ou eram simplesmente para chamar a atenção ou se dispersavam em atividades comemorativas, ou seja, o exercício do poder era verticalizado e não se distribuía. Lúcia disse: “Estes dias falaram que ia ter reunião para botar tudo em pratos limpos. Era para participar todos da unidade. Ficamos acreditando que dessa vez iria resolver muitas coisas, falar do que estava errado, mas na hora só duas ou três pessoas falaram e logo

veio um bolo de aniversário para os aniversariantes do mês, e ficou por isso mesmo". Pedro, por sua vez, falou: "Uma vez, tentamos expressar nossa opinião, fizemos uma pauta para uma reunião sobre o que não estava bom no PSF e o que precisava ser melhorado, entregamos esta pauta para a enfermeira, mas esta reunião nunca aconteceu".

Ou seja, parece não haver nas atividades coletivas da equipe um caráter técnico de avaliação e correção de rotas. Comumente, observou-se que as unidades interrompam seus serviços para a reunião, mas grande parte da equipe ia embora.

Assim, a responsabilização dos ACS pelos incidentes ocorridos nas unidades parece se relacionar com o modo de gestão de pessoal pouco eficiente. Neste sentido, surgem dois aspectos a serem considerados: o primeiro caracteriza-se pela parcialidade da qualificação e precária formação continuada dos ACS e o segundo, pela ineficiência dos mecanismos de gestão e trabalho em equipe, o qual, predominantemente, tem se caracterizado por relações hierárquicas verticalizadas e autoritárias. Compreende-se assim que o sofrimento psíquico descrito pelos ACS também tem origem nas relações de poder inerentes às condições de trabalho.

Considerações Finais

Este estudo apresenta contribuições na medida em que permitiu identificar uma série de situações que parecem caracterizar certa sobrecarga de trabalho dos ACS em vários âmbitos. Apontamos duas consequências desse processo, uma relacionada com a perda das especificidades da profissão, o que leva ao desvirtuamento de suas atribuições, e a outra associada à insalubridade das condições e relações de trabalho, ambas concorrendo para a produção de sofrimento psíquico nestes profissionais.

Parece-nos que o trabalho deste profissional está reduzido à entrega de agendamentos e mera veiculação de campanhas, despotencializado-o de suas reais atribuições e de seu papel no cenário da saúde pública. Portanto suas queixas de impotência e de não reconhecimento profissional estão relacionadas, em parte, à precarização da profissão desde o processo de escolha profissional e formação.

As perspectivas que se apresentam ao final deste

estudo indicam que parece razoável considerar que o trabalho do ACS na forma que temos encontrado possui uma dimensão insalubre, geradora de sofrimento, o que parece constituir um paradoxo, afinal, o ACS é um cuidador que também requer cuidados. Assim, convém considerar que há importantes ligações entre condições e relações de trabalho e o sofrimento psíquico descrito por estes profissionais, o que pode ser atenuado pela efetiva profissionalização e valorização desse trabalhador.

Finalmente, este estudo apresenta um limite importante, o de não indicar a avaliação que os gestores fazem do trabalho dos ACS e do sofrimento neles presente. Certamente, estudos seguintes podem explorar este aspecto, o que contribuirá para maior entendimento da questão.

Referências

- BACHILLI, R.G.; SCAVASSA A.J.; SPIRI W.C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-60, jan./fev. 2008.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1997.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BORNSTEIN V. J.; STOTZ E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, jan./fev. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. *Manual do agente comunitário de saúde*. Brasília, DF, 1991.
- BRASIL. Lei n.º 10.057, de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão do agente comunitário de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 jul. 2002. Seção I, p. 01.
- CODO, W. et al. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

- DEJOURS, C. *Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações*. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.
- DEJOURS, C. *Conferências brasileiras - identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: Eaesp/FGV, 1999.
- DEJOURS, C. et al. (Org.) *Psicodinâmica do trabalho*: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.
- FRANCO, M. L. P. B. *Análise de conteúdo*. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.
- FORTES, P. A. C. A informação nas relações entre os agentes comunitários de saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 70-75, mai./ago. 2004.
- JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface -Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 13, n. 28, p. 123-135, mar. 2009.
- LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan./fev. 2004.
- MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 72-79, set. 2007.
- NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F.; RAMOS, Z. A vinculação institucional de um trabalhador *ai generis* o agente comunitário de saúde. [Textos para discussão nº 735]. 2000. Disponível em http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf. Acesso em: 15 dez. 2008.
- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.
- PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- PUPIN, V. M. *Agentes comunitários de saúde: concepções de saúde e do seu trabalho*. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- 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 - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 6, n. 10, p. 75-83, 2002.
- TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002.
- WAI, M. F. P. *O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia da Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento*. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Recebido em: 22/05/2010

Reformulado em: 22/02/2011

Aprovado em: 05/04/2011