

## O trabalho do agente comunitário de saúde: conflitos e sofrimento na prática profissional.

*The work of community health agents: conflicts and suffering in professional practice.*

**Cassiano Ricardo Rumin**

Mestre em Ciências Médicas (FMRP/USP) e professor na FAI

**Luciano Muchiotti**

Psicólogo. Graduado pelas Faculdades Adamantinenses Integradas - FAI

### Resumo

Este artigo apresenta os resultados de uma intervenção junto a Agentes Comunitárias de Saúde de um município do oeste paulista. Esta intervenção teve o objetivo de instrumentalizar as ACS no enfrentamento diário das diversas situações que contribuem para a manifestação de sofrimento psíquico e auxiliar na constituição de estratégias para suas ações profissionais. A atividade inicial consistia em oferecer escuta ao grupo de ACS para a realização da análise coletiva da gestão e da execução do trabalho. A análise coletiva do trabalho indicou sobrecarga de atividades, exposição a cargas psíquicas intensas, perturbação do espaço fora do trabalho pelas demandas ocupacionais e a deficiência de referências técnicas e teóricas para o atendimento da população. Para a conclusão do trabalho organizamos atividades de capacitação psicossocial para as ACS. Esta atividade proporcionou o enfrentamento do cotidiano de trabalho com recursos que tornariam a ação profissional mais efetiva e integrada às práticas preconizadas de atenção em saúde.

### Palavras-chave

Agentes comunitários de saúde – saúde mental – saúde do trabalhador

### Abstract

This article presents the results of an intervention involving Community Health Agents in a city in the West of São Paulo State. This intervention aimed to enable the CHA in daily coping with different situations that contribute to the manifestation of mental suffering and to support the consti-

tution of strategies for their professional actions. The initial activity involved listening to the group of CHA with a view to the collective analysis of the management and execution of work. The collective analysis of work indicated an overload of activities, exposure to intense mental loads, disturbance of the space outside work by occupational demands and the deficiency of technical and theoretical references for care to the population. To conclude the work, we organized psychosocial training activities for the CHA. This provided for daily coping with the daily reality of resources that would make professional action more effective and integrated with recommended health care practices.

### Key-words

Community health agents – mental health – worker's health

### Introdução

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi criado em 10 de julho de 2002 pela Lei n. 10.507. Nesta Lei em seu Art. 2º, a profissão de ACS caracteriza-se pelo exercício de atividade de “prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor local” (PFEIFFER, 2005).

Desta forma, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1991) reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e no Programa de Saúde da Família (PSF) uma “importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do

SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar”. O agente comunitário potencializaria a circulação de informações de saúde na comunidade.

Articulando estas considerações nos deparamos com a situação paradoxal que o Agente Comunitário de Saúde não é detentor dos conceitos técnicos das ciências da saúde para que possam abordar todas as questões apresentadas pelas comunidades atendidas. Como protagonista desta história que se constrói paulatinamente, este profissional confronta-se com questões que nem sempre tem solução ao seu alcance o que torna conflituosa a oferta de informações à população e sua prática profissional. Dessa maneira, uma prática profissional que visa a promoção da saúde poderia se transformar em fonte de sofrimento para estes profissionais.

Referindo-se ao sofrimento, podemos pensar na possibilidade de conflitos com a população atendida por estes profissionais. Nogueira & Ramos (2000) destacam no trabalho dos ACS, a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social. Estas dimensões são apontadas por estes autores como situações potenciais de conflitos e instauram o dilema permanente dos ACS: a dimensão social convivendo com a dimensão técnica assistencial. Ao incorporar essas duas facetas em suas formulações, o conflito aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana.

Em estudo desenvolvido sobre o ACS do Projeto QUALIS/PSF, no município de São Paulo, Silva (2001) identificou que o ACS não dispõe de instrumentos – aqui incluídos os saberes – para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade. Há saberes de empréstimo para o pólo técnico, mas não os há para a dimensão considerada como mais política, nem há propostas ou trabalho consistente do agir comunicativo, ou seja, a oferta e circulação de informações.

Ainda, Silva (2001) destaca a complexidade do trabalho do ACS, ao apresentar sete competências necessárias as suas atividades: “trabalho em equipe; visita domiciliar; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio

ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; acompanhamento e avaliação das ações de saúde”.

Este trabalho tem como objetivo apresentar informações sobre o estabelecimento de um espaço de escuta às dificuldades encontradas pelos ACS no cotidiano de trabalho. Esta escuta visou instrumentalizar as ACS no enfrentamento diário das diversas situações que contribuem para a manifestação de sofrimento psíquico e auxiliar na constituição de estratégias para suas ações profissionais.

### **Material e Métodos**

A atividade inicial consistia em oferecer escuta ao grupo de ACS de um município do oeste paulista, num total de 18 agentes, todas do sexo feminino. Por isto, a partir deste ponto nomearemos estes trabalhadores pelo gênero feminino. Realizamos encontros com as ACS durante o segundo semestre de 2005, nos serviços de saúde onde estavam alocados os trabalhadores, ou seja, Centro de Saúde e Programa de Saúde da Família. Estes encontros possibilitaram a análise coletiva (FERREIRA et al., 1997) da gestão e da execução do trabalho. A análise coletiva do trabalho permitiu que as ACS apresentassem as questões que pudessem ocasionar sofrimento psíquico e conflitos relacionados ao atendimento da população.

### **Resultado e Discussão**

Embora os textos que tratam do trabalho das ACS tragam informações e discursos fundamentais para a promoção da saúde da população, deve-se considerar restritas as discussões sobre o impacto deste trabalho sobre a saúde das ACS. Os resultados deste trabalho indicam situações de elevada carga psíquica (LAURELL & NORIEGA, 1985) principalmente se considerarmos que as ACS podem encontrar dificuldades para o enfrentamento das diversas formas de adoecimento. A população atendida pelas ACS envolvidas neste trabalho apresentou predominante, casos de hipertensão arterial (76%), diabetes (5%), doença mental (4%), abuso de álcool (3%) e câncer (3%).

No discurso das ACS sobressaíam as seguintes

situações consideradas desgastantes: a) falta de clareza da população sobre o trabalho das ACS; b) sobrecarga de trabalho e de responsabilidades; c) execução de trabalho com intensa solicitação motora no combate a vetores alados; d) assédio executado pela população masculina; e) ofertar informações sobre práticas sexuais a adolescentes; f) perturbação do espaço fora do trabalho, principalmente nos finais de semana por demandas da comunidade; g) hostilidade de algumas famílias que se sentem invadidas pelo trabalho das ACS; h) falta de reconhecimento do trabalho; i) dificuldades em lidar com famílias que apresentam casos de alcoolismo, abuso de drogas, depressão e outras manifestações do sofrimento psíquico.

De acordo com os problemas identificados, procuraremos discorrer sobre algumas situações, para que possamos imaginar como se manifesta o sofrimento das ACS e como produzir estratégias de enfrentamento a estas circunstâncias. Observamos que embora este programa esteja em funcionamento há aproximadamente 7 anos no município abordado, a população ainda apresenta dificuldades de entendimento sobre o que consiste o trabalho das ACS. Muitos confiam às ACS relatos das dinâmicas familiares conflituosas e de fragilidades da atenção oferecida pelo SUS. As famílias esperam que as ACS acolham seus sofrimentos e acabam compartilhando esses problemas. Se não conseguiram a atenção considerada adequada pelo SUS, esperam que a ACS resolva esse problema.

A carga de responsabilidades associada ao trabalho destas profissionais é tamanha, que em muitos casos, alguns moradores que fazem uso de medicamento esperam para tirar as dúvidas com o ACS e desprezam a informação oriunda da prescrição médica. Além disso, necessitam visitar todas as famílias de sua micro-área em um período de tempo determinado. Muitas vezes as ACS têm que assumir o compromisso em uma campanha de vacinação de ser responsáveis pelo comparecimento dos sujeitos de sua micro-área e quando isso não acontece, surgem reclamações sobre sua prática profissional. Esta condição pode determinar as trabalhadoras ansiedades relacionadas a sua permanência futura no posto de trabalho. A mobilização das ansiedades relativas a interrupção do vínculo empregatício como instrumento da gestão do trabalho contribuem para vivências paranóides (STEINER, 1981) das trabalhadoras. Estas vivên-

cias localizam nas capacidades laborativas individuais e de sociabilidade experiências de persecutoriedade e inadequação nos usos do corpo para o trabalho.

Somado a isso, o trabalho braçal nas atividades de limpeza das áreas urbanas se constitui como uma carga mecânica de trabalho (LAURELL & NORIEGA, 1985). Nas atividades de combate ao mosquito da dengue desenvolvem o trabalho de intervenção nas residências visitadas aumentando suas atividades diárias. Muitas vezes, ao encontrarem depósitos de lixo ou criadouros do vetor da doença, precisam executar a retirada destes materiais que servem para a propagação da doença. O escárnio dos moradores pode ocorrer nestas ocasiões, pois as ACS realizam um trabalho de representação social pejorativa e que pode conferir-lhes invisibilidade (COSTA, 2004) no grupamento social. Caso não executem a atividade de remoção de entulho e lixo nas residências, os casos de dengue poderão aumentar em sua micro-área e isto apontaria para uma suposta ineficiência do trabalho de prevenção às doenças realizado pela ACS.

Outra situação que se destaca é a intensificação da atividade produtiva pela invasão do espaço fora do trabalho por demandas laborativas. Para a compreensão dos processos de agravo à saúde das trabalhadoras é necessário realizar apontamentos pertinentes à noção de intensificação da atividade produtiva. Dal Rosso, Barbosa e Fernandes Filho (2001) indicam que a intensidade do trabalho pode ser pensada em relação ao volume de trabalho atribuído aos indivíduos, ao número, a frequência e a rapidez dos movimentos desenvolvidos. Estes autores ainda apresentam a caracterização de Marx contida em O Capital para compreender a intensidade do trabalho a partir da verificação das seguintes variáveis: tempo de trabalho e tempo de não-trabalho. De acordo com a caracterização de Marx para a compreensão da intensidade do trabalho, tanto mais intenso será o trabalho quanto mais eliminar de seu interior tempos de não-trabalho (DAL ROSSO; BARBOSA; FERNANDES FILHO, 2001). Pelo fato de residirem nas mesmas micro-áreas em que atuam, os moradores procuram as ACS fora do horário de trabalho para esclarecerem dúvidas e solicitar serviços. Nos finais de semana é muito comum esta situação, especialmente, quando se trata de uma emergência médica. Quando não são procuradas pessoalmente, são so-

licitadas via telefone servindo como mediadoras do acesso da população aos serviços de saúde. Esta situação gera desconforto, pois as ACS têm seu tempo fora do trabalho invadido pelas demandas ocupacionais. Algumas necessitam deixar suas casas para que possam descansar e se distanciar das demandas do trabalho.

Em alguns relatos externalizados pelas ACS transparece que algumas famílias se sentem invadidas pelas visitas domiciliares. As visitas das ACS podem acontecer a qualquer hora do dia, podendo coincidir com horários, digamos inapropriados, como: de refeição, descanso, momento em que o sujeito não quer ser incomodado, oração, discussões entre familiares, entre outras. A ausência de mulheres nas residências visitadas é vivenciada por vezes, como um elemento de apreensão pelas trabalhadoras. No momento da oferta da atenção em saúde podem sofrer assédio tendo que se esquivar e tentar controlar a situação.

Outra questão que poderia causar estranhamento seria o caráter de vigilância em saúde que recai sobre o trabalho das ACS. Rehem & Trad (2005) apresentam a visita domiciliar como uma modalidade de atenção em saúde que permite o diagnóstico do cotidiano em que o sujeito está inserido, suas potencialidades e limitações. Algumas famílias se recusam a recebê-las e outras confundem a atenção ambulatorial prestada pelo SUS e a ação proativa do Programa de ACS. Nesta situação o trabalho das ACS é associado a qualidade do atendimento ambulatorial prestado pelo SUS e estas percebem a impregnação (JODELET, 2005) de sua identidade profissional pelos caracteres históricos pejorativos atribuídos ao SUS.

Outra condição que se destacou na análise coletiva do trabalho das ACS foi a ausência falta de reconhecimento pelo trabalho realizado. Em uma campanha preventiva precisavam realizar orientação à população e distribuir panfletos nos moldes de educação em saúde. Esta campanha foi considerada exitosa e na semana seguinte constataram na imprensa local que o sucesso da campanha foi atribuído aos gestores dos serviços de saúde e não aos trabalhadores envolvidos. Noutra campanha, o objetivo não foi alcançado e as ACS foram responsabilizadas pelo fracasso e repreendidas em uma reunião de avaliação da atividade. Neste momento vale destacar que a psicodinâmica do reconhe-

cimento (DEJOURS, 1999) que poderia conferir coesão ao grupo e potencialização às atividades cotidianas se processou em uma forma inversa e contribui para as vivências de indignação e apatia.

O acúmulo de atividades e a diversificação das solicitações dirigidas ao PACS ocasionam a intensificação do trabalho e oferecem prejuízos as funções de cuidado à família e a própria saúde (MARCONDES et al., 2003). Aqui se destaca a sobrecarga psíquica de trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1986), pois, em função da flexível solicitação de tempo disponibilizado ao trabalho as ACS restringem o tempo de contato com os familiares ou mesmo rompem compromissos afetivos importantes, tal como, acompanhar seus filhos nas atividades escolares. Vale destacar a presença feminina como ACS. Em 2004 contava-se no Brasil com um grupo de aproximadamente 206 mil ACS predominantemente composto por mulheres jovens (BRASIL, 2005). A constante solicitação afetiva que envolve o trabalho das cuidadoras em saúde também contribui para o prejuízo das ações de maternagem (PITTA, 1990). Esta característica do trabalho das ACS pode inscrevê-las no espaço da falta na percepção de seus familiares.

A sobrecarga psíquica de trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1986) é consideravelmente aumentada quando há o contato das ACS com clientes que apresentam doenças como o câncer e as diversas modalidades de sofrimento psíquico. Questões associadas à morte e ao sofrimento psíquico determinam vivências depressivas em razão da impotência que os referenciais técnicos das trabalhadoras apresentam frente a estas situações. Neste momento, construções cognitivas que envolvem aspectos mítico-religiosos (PESSOTTI, 1994) são utilizadas em detrimento das ações possíveis em saúde. O câncer seria a manifestação de uma vontade divina; o sofrimento psíquico seria agrupado numa categoria geral denominada loucura. Esta última seria um estado de desrazão, de perda de controle consciente sobre si mesmo, de insensatez. A loucura poderia levar à agressão, ao homicídio, à perda da vida, à transgressão das normas sociais e ao delírio (PESSOTTI, 1994).

Mesmo quando há uma compreensão pelas ACS do adoecimento por câncer e do sofrimento psíquico distanciado dos modelos mítico-religiosos (PES-

SOTTI, 1994) estas concepções são comuns no imaginário popular e necessitam ser abordadas pelas ACS para a construção de um modelo de atenção aos sujeitos baseado nos cuidados familiares. Deste modo, é necessário que por meio da prática discursiva as ACS desconstruam os modelos populares de compreensão da manifestação destes adoecimentos e ofereçam saberes e sentidos que sustentem o lugar da apreensão do adoecer. A família, então, necessitaria se converter num elemento ativo na oferta de cuidados e na busca dos serviços públicos de saúde para efetivar o cuidado domiciliar.

A diversidade do trabalho das ACS também inclui a organização de registros sistemáticos sobre indicadores de saúde pública. Assim, a coleta de informações junto aos moradores é realizada a partir de formulários padronizados para situações específicas. São eles: situação da moradia e saneamento; acompanhamento de hipertensão; acompanhamento de diabéticos; acompanhamento de pessoas com hanseníase; acompanhamento de tuberculose; acompanhamento de gestantes; atividades de controle de vetores; acompanhamento de crianças; ficha de internação domiciliar; relatório de saúde e acompanhamento das famílias na área; acompanhamento de cachorros com ênfase em leishmaniose.

Algumas informações que as ACS recebem, tais como, se o sujeito faz dieta, se toma medicação corretamente, se controla a pressão arterial, nos leva a pensar sobre alguns aspectos como a normalidade e a doença. Afinal, quem pode garantir que as informações recebidas da população atendida são verdadeiras? As ACS não contam com equipamentos para aferir a pressão arterial, não estão presentes no dia-a-dia para acompanhar a ingestão dos medicamentos, muito menos se estão se alimentando adequadamente. Como interpretar essas situações? O que seria um estado normal de saúde? Articulando as condições sobre a normalidade e o patológico Canguilhem (2002) indica que o anormal não é patológico. A representação do patológico implicaria em pathos, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência perante as circunstâncias vivenciadas, sentimento de vida contrariada. Leriche (1956 apud CANGUILHEM, 2002) apresenta a concepção de que a saúde é a vida no silêncio dos órgãos. Somente quando o corpo, na falência dos seus órgãos começa a se

manifestar em incômodos ou dores é que o indivíduo se organizaria na obtenção de cuidados.

### **Considerações Finais**

Durante a execução deste trabalho percebemos que as ACS encontram muitas dificuldades no desenvolvimento do seu trabalho. Ficou claro que as trabalhadoras utilizam em situações específicas, tais como, o contato com indivíduos com necessidades especiais e sintomas psiquiátricos o conhecimento do senso comum. Vale destacar que conhecimentos básicos também permeiam a prática destas profissionais, porém, não são suficientes para instrumentalizar o cotidiano de trabalho. É comum surgir no discurso das trabalhadoras representações sociais sobre a loucura e déficits cognitivos: tem doença mental, é doente da cabeça. Para as ACS, esta perspectiva de compreensão destas modalidades de padecimento está incrustada com a impossibilidade de oferta de qualquer modalidade de atenção em saúde.

Após sete anos em que o PACS se desenvolve no município abordado destacamos que o investimento em capacitação psicossocial das ACS poderia ser ampliado. Este investimento proporcionaria o enfrentamento do cotidiano de trabalho com recursos que tornariam sua ação mais efetiva e integrada às práticas preconizadas de atenção em saúde. Conforme relatos de algumas ACS, muitas vezes se deparam com famílias que buscam um espaço de escuta onde possam projetar seus afetos e vivenciar o acolhimento de suas angústias. Apresentamos, então, sugestões de utilização dos conhecimentos em Psicologia nas ações de Saúde Pública. Abordamos a possibilidade de oferta de saberes sobre atenção psicossocial em modelo de capacitação profissional.

Ainda, discutimos e organizamos a participação do Psicólogo na atenção domiciliar aos casos de câncer, déficits físicos e sensoriais, envelhecimento, sofrimento psíquico, entre outros. A capacitação das ACS envolveria assuntos como: o conceito de normal e patológico; a manifestação de doenças psicossomáticas; o sofrimento psíquico em sua diversidade de manifestações, o funcionamento de serviços substitutivos em saúde mental, as relações entre profissionais de saúde e os indivíduos acometidos por doenças crônico-degenerativas e o

abuso de álcool e substâncias psicoativas. Ainda, foi relevante destacar para as ACS como se desenvolvia o trabalho de um profissional de Psicologia junto ao PACS visto que a realização desta prática de atenção em saúde depende da imbricação destes atores dos serviços públicos de saúde.

## Referências

BRASIL. **Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde**: manual do agente comunitário de saúde. Brasília, 1991.

BRASIL. **Ministério da Saúde, estados e municípios vão qualificar Agentes Comunitários de Saúde**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=18404](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18404)>. Acesso em 11 nov. 2005.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 307 p., 2002.

COSTA, F. B. **Homens invisíveis: relato de uma humilhação social**. São Paulo: Globo, 254 p., 2004.

DAL ROSSO, S.; BARBOSA, M. L.; FERNANDEZ FILHO, H. P. Intensidade do trabalho e acidentes. In: SILVA, J. F.; LIMA, R. B.; DAL ROSSO, S. (organizadores). **Violência e trabalho no Brasil**. Goiânia: Ed. da UFG; Brasília: MNDH, p. 87-103, 2001.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 158 p., 1999.

FERREIRA, L.L.; GONZAGA, M. C.; DONATELLI, S.; BUSSACOS, M. A. **Análise coletiva do trabalho dos cortadores de cana da região de Araraquara, São Paulo**. São Paulo: FUNDA-CENTRO, 57 p., 1997.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 391 p., 2005.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 333 p., 1985.

MARCONDES, W.B.; ROTENBERG, L.; PORTELA, L.F.; MORENO, C.R.C. O peso do trabalho “leve” feminino à saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, 17(2):91-101, 2003.

NOGUEIRA, R., RAMOS, Z.V.O. (2000) **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde**. [Texto para discussão 735]. Disponível em: <[www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br)>. Acesso em: 14 nov. 2005.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 207 p., 1994.

PFEIFFER, C. C. **Agente Comunitário de Saúde: princípios de uma análise discursiva**. Disponível em: <[www.cori.rei.unicamp.br/foruns/tecno/evento16/ claudia.ppt](http://www.cori.rei.unicamp.br/foruns/tecno/evento16/ claudia.ppt)>. Acesso em: 14 nov. 2005.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 198 p., 1990.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, supl. 10:231-42, 2005.

SELIGMANN-SILVA, E. **Crise, trabalho e saúde mental no Brasil**. São Paulo: Traço, 159 p., 1986.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** (Tese de Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

STEINER, J. O interjogo entre organizações patológicas e as posições esquizo-paranóide e depressiva. In: SPILLIUS, E.B. **Melanie Klein: desenvolvimento da teoria e da técnica**. Rio de Janeiro: Imago, p. 329-47, 1991.