

## **O ENIGMA DO TRABALHADO NA FALA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Autores: Eliane Chaves Vianna –ENSP /FIOCRUZ

Daniel de Oliveira Costa – IESC/UFRJ

Regina Helena Simões Barbosa – IESC/UFRJ

Helena Maria Scherlowski Leal. David – FEN/UERJ

**Introdução:** Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado **Abordagem Interdisciplinar das Novas Relações de Trabalho em Saúde: o caso dos agentes comunitários de saúde**, financiada pela FAPERJ, que propõe a construção de uma análise interdisciplinar das relações entre trabalho e saúde, tendo como foco o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em suas variadas, complexas e múltiplas dimensões, materiais e simbólicas, objetivas e subjetivas, macro e micro-estruturais. O presente trabalho faz parte do eixo norteador Condições e processos de trabalho dos ACS do Município do Rio de Janeiro e utiliza as bases conceituais da Ergonomia (Abrahão e Pinho, 1999), da Ergologia (Telles e Alvarez, 2004) e da Psicodinâmica do Trabalho (Dejour, 2004).

**Objetivo:** compreender o processo de trabalho vivo deste profissional de saúde, identificando as dificuldades e sofrimentos vivenciados e os mecanismos utilizados por eles para darem conta do Trabalho Real de cada dia.

**Método:** O Projeto de Pesquisa foi formulado com base na proposta de triangulação metodológica, aqui entendida a partir da formulação original de Denzin (1973), aproximando-se da proposta de combinação de métodos de Samaja (1992). Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados oficinas, grupo focal e questionário, em duas Áreas Programáticas (A.P.) do

Município do Rio de Janeiro, a AP 2.2 (bairros de Maracanã, Tijuca, Vila Isabel, Praça da Bandeira e entornos) e a AP 5.2 (Sepetiba, Ilha de Guaratiba, Pedra de Guaratiba). Os ACS foram convidados a participarem de forma voluntária da pesquisa. Entre abril e novembro de 2008, foram realizadas nove oficinas e dois grupos focais (6 participantes em cada grupo, um em cada A.P.), tendo como foco o trabalho cotidiano destes/as trabalhadores/as através de abordagens diversas, cujos resultados possibilitaram comparar e analisar de forma mais ampla as falas e respostas advindas do instrumento de pesquisa. Em todas estas oficinas, participaram cerca de 90 ACS, sendo que 12 participaram dos grupos focais (6 ACS em cada grupo, 1 grupo para cada A.P.) e 45 (23 da AP 5.2 e 22 da A. P. 2.1) do questionário composto de 14 perguntas fechadas e 08 abertas.

**Resultados:** Embora nos requisitos não seja priorizado o sexo dos contratados, na prática percebemos a maciça presença feminina nesta atividade, que pode ser justificada pela falta da exigência de qualificação profissional, ou o próprio imaginário coletivo que atribuiu a função do cuidado ao trabalho feminino. Uma fala tirada de uma oficina retratou bem esta diferença entre o trabalho do ACS homem e o trabalho do ACS mulher, ou seja, o imaginário coletivo do cuidado, como “coisa de mulher”:

“A mulher é tida como uma amiga, o homem é tido como profissional”.  
(comentário de um ACS)

Outro ponto forte relaciona-se ao baixo salário, sendo na maioria das vezes um complemento orçamentário e não a renda principal. Soma-se a isto o sentimento dos ACS de serem profissionais não valorizados, seja pela equipe, pelo governo e às vezes pela própria comunidade.

Ao considerarmos os requisitos subjetivos, vemos que tais características em si poderiam sugerir uma desqualificação deste profissional, tido como alguém solidário, que estaria prestando serviço sem intenção de receber nada em troca e sem necessária qualificação, alguém que estaria realizando ação de cuidado entre seus pares, ação entre iguais e não um profissional de saúde.

Analisando o quantitativo dos profissionais inseridos nas equipes, percebemos que embora o número de ACS supere em no mínimo quatro vezes

o número de profissionais das demais categorias, isto não garantiu sua valorização e reconhecimento dentro das equipes. Nas oficinas e grupos focais o ponto mais ressaltado por essa categoria foi a falta de reconhecimento de seus saberes e práticas, sempre abafados pelo saber hegemônico da área da saúde. Sendo o papel de ponte entendido apenas unilateralmente (os agentes como decodificadores do saber médico para a comunidade). Utilizando a fala de uma agente num encontro de profissionais de saúde de uma unidade básica, podemos perceber o sentimento de desvalorização que marca tais profissionais: “somos ponte onde as pessoas (profissionais, governo e as vezes comunidade) pisam para passar”.

Ainda nos pautando em números, vemos que os referentes à cobertura das famílias pelo ACS são totalmente utópicos. Pois, como fazer uma visita mensal a cada família cadastrada, como preconiza os documentos do Ministério da Saúde, se dentre suas atribuições e atividades estão presentes as burocráticas, como a digitação mensal dos dados de sua micro-área no sistema de informação municipal? Mesmo que o perfil exigido para o cargo seja mais social do que técnico ou burocrático.

A digitação dos dados no Sistema de informação local foi muito criticada pelos ACS, que percebem como mais um ponto de “sofrimento”, advindo do trabalho. Ao serem contratados não é exigido conhecimentos de digitação ou familiaridade com computador, mas ao assumirem suas funções é colocado a obrigatoriedade da digitação dos dados de sua micro-área. Assim, destinam parte de seu tempo presos ao módulo de saúde da família em serviços de digitação, trazendo prejuízo as visitas domiciliares.

Uma queixa recorrente dos ACS é a falta de clareza de como executar as atribuições enumeradas na Lei 11350, visto que, a execução de suas ações depende da articulação e organização do sistema de saúde como um todo, bem como das ações intersetoriais garantidas pelas esferas do governo e da sociedade organizada. Assim, sentem-se desacreditados pela comunidade que assistem, por divulgarem ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde que ultrapassam as esferas da atenção básica e na maioria das vezes do próprio módulo de saúde da família que fazem parte.

No entanto, a maior parte dos ACS investigados diz gostar de sua profissão, principalmente por considerarem suas atividades importantes e

necessárias para a comunidade em que residem. Neste momento reconhecem o valor de sua profissão ao contribuírem com a melhoria das condições de vida de sua comunidade.

Ao nos depararmos com o relato de um dia de Trabalho dos ACS investigados, pudemos identificar mobilizações subjetivas (corpo-si) (Moreira, 2007) tais como: a decisão de quem deve ser atendido pelo médico no momento do acolhimento/triagem; quem deve ser visitado prioritariamente; como investigar a situação de saúde de um morador de sua comunidade; que instrumental lançar mão e como abordar seu próprio vizinho sobre suas condições de moradia, saúde, trabalho e etc.; como repassar para equipe outras providências a serem tomadas que não as biologicistas ou assistenciais apenas; a solidariedade e a cumplicidade muitas vezes presentes no ato de cuidar; a dificuldade do distanciamento do sujeito a ser cuidado. Tais situações não podem ser ensinadas ou controladas através de prescrições, pois ultrapassam qualquer protocolo disciplinar.

Outro ponto fortemente identificado foi a atividade impedida pelos impasses do SUS, a não articulação entre os níveis de atenção, onde a identificação do problema de saúde feita pela atenção básica não garante o início do tratamento em um nível mais complexo de assistência, ou seja, a referência e a contra-referência continuam sendo os grandes entraves do sistema de saúde. Onde a identificação de uma falha no cartão de vacina de uma criança não assegura a aplicação da mesma. A ausência da visita domiciliar pelos outros profissionais da equipe, ausência de recursos e a própria violência na comunidade que inviabiliza muitas vezes o livre trânsito na mesma. Todos estes exemplos são tidos pelos ACS como impeditivos de sua prática, por trazerem descréditos às suas atividades junto à população.

Sendo assim, a subversão às normas torna-se a saída para realização da tarefa: deixam de cadastrar novos usuários e atualizar as fichas cadastrais; não realizam visitas como preconizado; agravam algumas situações de saúde para garantirem o atendimento de um usuário; aferem a pressão arterial, mesmo sendo proibidos pelo COREN. E desta forma continuam em suas labutas acreditados por uns desacreditados e desvalorizados por outros. Mas com o firme objetivo de melhorar as condições de vida daquela comunidade.

Dentro de tal contexto as variabilidades não seriam poucas ou menos

intensas como: a troca de governo que gera mudança de contratos, ações e prioridades; a violência urbana de cada dia; a falta de informação e formação dos ACS e dos outros profissionais da equipe em relação as diretrizes da Saúde da Família; o envolvimento afetivo com a comunidade e as pessoas; uso político e social de suas ações, bem como a falta de recursos humanos e matérias para viabilizarem as ações preconizadas.

Podemos, então, afirmar que o trabalho do ACS é muito mais do que se vê, se avalia e se conhece, pois é marcado pela subjetividade e imprevisibilidade necessitando que estes profissionais lancem mão de mecanismos para darem conta da atividade cotidiana.

**Conclusão:** Esta pesquisa demonstrou a necessidade de criação de um espaço de escuta para o agente comunitário de saúde, bem como o repensar sobre suas atribuições e sobre o processo de formação que vem sendo fornecido às equipes investigadas.