

A influência do trabalho no cotidiano de Agentes Comunitários de Saúde: uma abordagem qualitativa

The influence of work on the daily life of the Community Health Agents: a qualitative approach

Desirée Sant'Ana Haikal¹

Thalita Thyrsa De Almeida Santa-Rosa²

Cláudia Borges Pereira³

Erivânia Cardoso Silva⁴

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins⁵

Efigênia Ferreira e Ferreira⁶

Resumo: Objetivo: Este estudo buscou compreender a influência do trabalho sobre a vida cotidiana de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de um município pólo da região Norte do Estado de Minas Gerais. Metodologia: Foi utilizada metodologia qualitativa. Entrevistas semi-estruturadas, gravadas foram realizadas com 15 ACS, total definido pelo ponto de saturação. As falas transcritas foram analisadas pela técnica de Análise do Conteúdo. Resultados: As categorias que emergiram foram: Inserção na profissão; Qualidade de vida e trabalho (Relação com a comunidade, Relação com a equipe de saúde, Saúde, Acesso ao atendimento e Satisfação com o trabalho). O trabalho foi percebido pelos ACS como gerador de distúrbios físicos e emocionais, com interferência na vida pessoal, o que foi agravado pelo sentimento de desamparo e pelo dilema ante a necessidade de utilizar, como usuário, o serviço de saúde que representam. Conclusão: Apesar das situações conflitantes e desgastantes que causaram impacto em suas vidas, ficou evidente o predomínio de sentimentos de satisfação com o exercício da profissão de ACS. Tais situações representam "nós críticos" que devem ser avaliados com cautela, a fim de não prejudicarem a consolidação do sistema público de saúde almejado.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Satisfação. Qualidade de vida. Saúde do Trabalhador. Programa Saúde da Família. Pesquisa Qualitativa.

Abstract: Aim: This study analyzed the influence of work on the daily life of the Community Health Agents (CHA), of an important city in the northern region of Minas Gerais - Brazil. Methodology: Qualitative methodology was used, according to phenomenology. Were performed and recorded semi-structured interviews with 15 CHA, total defined by the saturation point. The transcripts were analyzed using Content Analysis. Results: The following categories have emerged: Starting in the profession and Quality of life and work (Relationship with the community, Relations with the health team, Health, Access to health services and Satisfaction with work). According to the CHA the work was a source of physical and emotional disturbances, with interference in personal life, which was aggravated by the feeling of helplessness and the dilemma given the need to use as a user the health service they represent. Conclusion: Despite the conflicting and stressful situations that made an impact on their lives, it became clear the prevalence of feelings of satisfaction with the practice of the CHA. Such situations represent "critical nodes" that must be evaluated carefully in order not to jeopardize the consolidation of the public health system sought.

Key-words: Community Health Agent. Satisfaction. Quality of Life. Occupational Health. Family Health Program. Qualitative Research.

1 Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Odontologia da Unimontes

2 Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Odontologia da Unimontes

3 Graduada em Odontologia pela Unimontes.

4 Graduada em Odontologia pela Unimontes.

5 Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Odontologia da Unimontes

6 Doutora em Epidemiologia. Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991 pelo Ministério da Saúde com objetivo de estimular na população a questão do autocuidado, mediante o repasse de informações em saúde por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), incluindo o ACS em suas equipes. Muito mais do que uma nova estrutura, tratou-se de uma reforma nos modos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários, o que vem contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes de saúde e a comunidade local.¹⁻³

O ACS deve ter perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.⁴ Considerado como o mais intrigante e fundamental ator no que se refere à relação de trocas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos, já que, convivendo com a realidade e as práticas do bairro onde mora e trabalha, o ACS pode representar a possibilidade de um diálogo profundo entre saberes e práticas populares e técnicas.¹ Levando em consideração a importância dos ACS no sucesso dos propósitos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) importante entender a dinâmica de trabalho e vida desses profissionais. O papel de “tradutor” do universo científico ao popular, a entrada no contexto e na problemática familiar das pessoas, o contato direto com a realidade e/ou sofrimento do próximo, a relação com membros da comunidade e da equipe de saúde são exemplos de tensões a que os ACS estão cotidianamente submetidos ^{1,5}, o que pode influenciar ou comprometer a sua qualidade de vida.

Seguindo essa concepção, buscou-se aprofundar a questão da dimensão do impacto do trabalho sobre a vida desses profissionais, visando compreender como “ser ACS” influi no cotidiano e na qualidade de vida desses indivíduos.

METODOLOGIA

A fim de aprofundar a compreensão sobre relações e sentimentos vivenciados por ACS decorrentes de sua prática profissional, optou-se por uma abordagem qualitativa, uma vez que essa apresenta relação dinâmica entre mundo objetivo e a subjetividade do indivíduo, que não pode ser captada por números.⁶⁻⁷

O universo do estudo foi composto por 313 ACS de Unidades de Saúde da Família da zona urbana de Montes Claros-MG. O município possui população estimada de 363.227 habitantes, apresenta-se como Pólo Regional de Saúde, com raio de atuação em toda a região norte do Estado de Minas Gerais e sul da Bahia, possuindo, em 2009, 52 equipes de saúde da família, o que garantia a cobertura de 55% da população.⁸

Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram selecionadas por conveniência, iniciando-se nas unidades onde havia estagiários do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, respeitando-se a premissa de que apenas dois ACS seriam entrevistados em cada UBS. O critério de definição do número de entrevistados baseou-se no ponto de saturação, procedimento em que as entrevistas vão sendo realizadas até se verificar a reiteração das ideias.⁹

Foram realizadas entrevistas individuais, semi-estruturadas, gravadas em fitas cassete, nas próprias unidades de saúde em espaço reservado, durante o segundo semestre de 2009. Foram utilizadas duas questões desencadeadoras - Como você se tornou ACS? / O que representa ser ACS em sua vida? - aplicadas de forma flexível, permitindo intervenções. Alguns temas surgiram espontaneamente e outros foram estimulados pela entrevistadora, deixando o entrevistado a vontade, a partir do estabelecimento de relação de confiança e vínculo.⁷ As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras treinadas, sendo que uma conduziu as entrevistas e a outra se ocupou dos registros (anotações e gravações). Foi realizado estudo piloto prévio com dois ACS que não participaram do estudo principal.

As gravações foram transcritas após cada entrevista. Na transcrição, respeitou-se fielmente a expressão oral do entrevistado, mesmo que em desacordo com a norma gramatical oficial. Após isso, as fitas de áudio foram destruídas.

A análise dos dados foi realizada conforme a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Enunciação.¹⁰ Iniciou-se, então, leitura exaustiva das entrevistas, a fim de extrair das falas a realidade subjetiva. De acordo com as diferenças e semelhanças apresentadas nas falas, chegou-se à definição das categorias e subcategorias. Destaques em negrito nas falas foram realizados pelas autoras a fim de evidenciar trechos marcantes da análise. Os indivíduos foram identificados pela sigla ACS, pelo número correspondente à sequência da realização das entrevistas e pelo sexo.

Foram respeitados os preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o parecer nº1188/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obteve-se ponto de saturação com a realização de 15 entrevistas em nove unidades de saúde. Vale ressaltar certa resistência dos ACS em participar do estudo, tendo havido sete recusas, o que pareceu explicado pelo temor de que o estudo possuísse ligações políticas. Inicialmente, a maioria se mostrou apreensiva, o que foi superado no transcorrer das entrevistas. A duração média de cada entrevista foi de 1 hora e 15 minutos, totalizando, aproximadamente, 18 horas de gravação.

Todos os entrevistados residiam nas comunidades e possuíam de 1 a 7 anos de trabalho como ACS. Apresentavam idades entre 24 e 58 anos, sendo 13 do sexo feminino e dois do sexo masculino. O predomínio do sexo feminino, em consonância com outros estudos¹¹⁻¹³, deve-se provavelmente ao fato de as mulheres serem socialmente consideradas como “cuidadoras”, uma vez que dispõem de maior sensibilidade, entendem e lidam melhor com os problemas da comunidade.^{12,14} Todos possuíam nível médio de escolaridade, sendo que

um possuía formação técnica em Enfermagem. Segundo a Lei nº. 10.507 3, além de residir na comunidade, o ACS deve possuir, no mínimo, ensino fundamental completo.

Durante tratamento dos dados, emergiram duas categorias e cinco subcategorias: Inserção na profissão e Qualidade de vida e trabalho (relação com a comunidade, relação com a equipe de saúde, saúde; acesso ao atendimento, satisfação com o trabalho).

Inserção na profissão

A maioria dos entrevistados inseriu-se na profissão de forma não planejada, semelhante a estudos prévios.¹⁵⁻¹⁶ Os motivos para a escolha da profissão estiveram mais relacionados à necessidade de trabalho do que a própria vontade.

“Eu queria ter uma segurança e meu sobrinho falou comigo do concurso para agente, tentei o concurso, mas foi realmente por necessidade, foi o que saiu e eu estava sem paciência de correr atrás de outra coisa” (ACS 6, mulher).

“... eu nunca tinha imaginado em trabalhar na área de saúde, ainda mais em PSF” (ACS 14, mulher).

O crescimento dos programas em que o ACS está inserido abriu, em todo o País, oportunidades de emprego às populações mais carentes, tendo em vista que a implantação desses programas prioriza comunidades de baixa renda.¹⁷ A adesão a um trabalho para o qual não havia motivação prévia talvez seja explicada pela ansiedade e pela problemática que o desemprego impõe, conduzindo à necessidade de encarar alternativas, mesmo que essas não sejam inicialmente vistas como ideais. A ausência de manifestações prévias em atuar como ACS pode ser explicada pelo fato dessa profissão ser recente e talvez ainda pouco conhecida, não possuindo tradição suficiente para despertar interesse em exercê-la. Apesar de não terem demonstrado interesse prévio pela profissão, se identificaram com a mesma ao atuarem nela.

“é uma bela profissão” (ACS 1, mulher).

*“... mas **hoje eu gosto muito**” (ACS 14, mulher).*

Os ACS relataram que exercer as atividades na própria comunidade é um atrativo na profissão. Segundo a visão de alguns entrevistados, isso representa uma facilidade na conciliação entre convívio familiar e exercício profissional.

“É mais fácil porque aqui tá na minha comunidade, eu não preciso estar me deslocando, eu tenho dois filhos, tenho que tentar conciliar o emprego com eles” (ACS 2, mulher).

Qualidade de vida e trabalho

O trabalho/emprego exerce um papel relevante para a saúde do homem quer pelos aspectos positivos, quer pelos aspectos negativos. O grau de satisfação com o trabalho é fator importante na qualidade do desempenho profissional e também na qualidade de vida. Tal satisfação envolve uma interação entre uma série de fatores, tais como gostar do que se faz, reconhecimento, nível de estresse que o trabalho causa, estrutura do trabalho, criatividade, autonomia e finalmente, mas não menos importante, o retorno financeiro.¹⁸ Essas questões permearam as entrevistas, embora percebidas de forma não homogênea, já que o nível de satisfação e prazer, derivados do trabalho exercido, depende de valores muito individuais. No aprofundamento da interrelação entre trabalho e qualidade de vida, foram observados alguns aspectos, analisados nas subcategorias abaixo.

Relação com a comunidade

Relações e experiências vivenciadas no exercício profissional criam laços de solidariedade, responsabilidade, confiança e cumplicidade entre famílias e ACS.¹⁷ Essa postura ficou evidente nesse estudo, pois a existência de um vínculo forte com a comunidade permeou todas as entrevistas, assim como foi apontada como a maior motivação e gratificação com o trabalho executado.

“Tenho a amizade de muita gente...” (ACS 4, mulher).

“O vínculo com as pessoas me faz continuar nessa luta” (ACS 12, mulher).

O fato do ACS residir na comunidade favorece a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha do mesmo universo cultural, social e linguístico.¹ O sentimento do ACS de pertencimento à comunidade também favorece a vinculação e a identidade com as famílias sob sua responsabilidade. Tal relação, imersa em atos de escuta e vivências, pode desencadear certo senso de responsabilidade pelo ato de “cuidar do outro”.

*“Eu tenho **compromisso na minha área**. Porque quem sabe da situação da comunidade somos nós agentes” (ACS 13, homem).*

Nas entrevistas realizadas, muitos relataram o comprometimento com o exercício de funções junto à comunidade e consequente necessidade de buscar conhecimento a fim de realizar suas tarefas adequadamente. A busca por instrução, devido às lacunas percebidas no seu processo de formação, leva o ACS a moldar sua identidade profissional, independentemente de incentivo ou cobranças.

“...tenho que estudar, pegar panfleto, livros; sinto a responsabilidade perante a comunidade” (ACS 5, mulher).

A busca pelo conhecimento torna-se imprescindível para que o ACS consiga traduzir o saber popular para o dialeto técnico e vice versa, uma vez que tem como função acompanhar a situação de saúde das famílias, transferindo à equipe as necessidades de sua comunidade, funcionando como um efetivo e permanente elo de ligação entre as famílias e a equipe de saúde.²⁰ Quando os ACS buscam as origens, os significados dos problemas e as formas de enfrentá-los, consolida-se a ação em saúde como prática de cuidado.

No entanto, a relação de proximidade entre ACS e comunidade, por vezes, culmina em situações conflitantes. Segundo os entrevistados, muitos usuários não entendem os limites de atuação do ACS, o que gera um processo de culpabilização pelos problemas estruturais do sistema de saúde. Os entrevistados relataram reclamações por parte dos usuários. A maior parte delas proveniente de questões que ultrapassavam o poder de resolução do ACS, tais como dificuldade de marcação de consultas, falta de médicos ou medicamentos, chegando até mesmo a cobranças fora do âmbito dos serviços de saúde. As questões de ordem social, como transporte público, coleta de lixo, pavimentação também foram mencionadas como queixas constantes, gerando conflitos e fazendo com que a pressão sofrida pelos ACS seja potencializada.

“A cobrança da comunidade é sempre médico e não é uma coisa que a gente pode estar resolvendo” (ACS 1, mulher).

“... Eles têm o direito de reclamar, mas reclamar no lugar certo, porque infelizmente a gente não tem como fazer nada” (ACS 3, mulher).

“... tudo que a população quer falar, nós é que ouvimos” (ACS 8, homem).

Esse profissional acaba possuindo uma responsabilidade ainda maior do que apenas cumprir ações em saúde para as quais foi ou deveria ter sido capacitado. O ACS sente-se cobrado também para manter ou melhorar a qualidade de vidas das famílias sob sua responsabilidade, procurando, muitas vezes, buscar soluções para as necessidades detectadas, independentemente da sua natureza e da sua capacidade de enfrentamento.² No entanto, quando tais cobranças são excessivas e ultrapassam certos limites, acabam se tornando fonte de frustração e desmotivação, remetendo alguns a um sentimento de impotência e resignação. Certamente resignação não é um sentimento desejável para um ator social de um processo em construção como é o caso do SUS.

“Hoje eu já tento trabalhar de uma forma diferente, não ficar muito passando a mão na cabeça, então eu falo assim: é isso que tem pra oferecer e é isso que vai ser oferecido” (ACS 6, mulher).

“O trabalho é negativo no sentido da pressão do povo. Querer, querer, querer... É muita coisa...” (ACS 10, mulher).

Essas pressões vivenciadas pelos ACS, por vezes, ultrapassam o âmbito verbal, chegando a situações extremas, tais como agressões físicas:

“... aqui mesmo já teve até agente de saúde que foi ameaçada de morte por falta de médico” (ACS 2, mulher).

“Já chegou casos de colegas terem que fazer ocorrência policial” (ACS 11, mulher).

Não há dúvida de que o ACS pode e deve contribuir para o processo de transformação social. No entanto, é preciso ter em mente que essa transformação é lenta e demanda esforços conjuntos e permanentes de todos os cidadãos, trabalhadores da saúde ou não. Assim, a dimensão política deve ser exercida pelo ACS, não só como profissional, mas como cidadão. Não se pode delegar exclusivamente ao ACS a missão de ser a “mola propulsora da consolidação do SUS”. A consolidação do SUS depende de um esforço conjunto de diferentes atores, incluindo os próprios ACS, além da articulação de fatores técnicos, políticos e sociais.

No entanto, para a população, a divisão de tarefas na consolidação do SUS não é uma realidade palpável. Por ser integrante da comunidade, o ACS é visto como um porta voz e isso, por vezes, remete ao não reconhecimento/não aceitação de horários de trabalhos definidos. A coincidência entre local de trabalho e residência expõe o ACS a uma “vida pública”, onde o anonimato e privacidade são perdidos:

“... não posso sair com meus filhos sábado à tarde, não posso sair num domingo de manhã para ir comprar pão, porque o povo me enche de perguntas” (ACS 7, mulher).

Por vezes, os usuários, devido à excessiva valorização dos aspectos afetivos da relação com os agentes, podem enfatizar questões ligadas à vida pessoal dos agentes, chegando ao extremo de exercerem controle social sobre suas vidas privadas.

“Não dá pra sair, as pessoas não respeitam o fato de você não estar no horário de serviço” (ACS 4, mulher).

Esse contato contínuo com o usuário, fora de dias ou horários específicos de trabalho, foi apontado por alguns entrevistados como algo que interfere em suas vidas pessoais. Para outros, no entanto, foi percebido como uma consequência natural do trabalho, que não acarreta em incômodo algum, reforçando a incorporação da responsabilidade pelo cuidar.

“Às vezes acontece de estar em algum lugar, um barzinho, por exemplo, e alguém me pergunta sobre consultas, exames e eu levo muito bem, isso nunca me incomodou” (ACS 13, homem)

“... eu penso que se eles me procuram é porque estão precisando” (ACS 5, mulher).

Foi marcante a influência quer positiva quer negativa da relação com a comunidade no trabalho e vida pessoal dos entrevistados. Muitos enfrentam situações difíceis em seu trabalho, o que exige desenvoltura e abstração para continuar o desempenho normal das suas funções. A forma com que o usuário recebe o ACS durante visita domiciliar mostrou-se decisiva sobre a motivação para o trabalho, sendo que os entrevistados reconheceram que quando não são bem recebidos se sentem desestimulados.

“Fiquei sentida porque não aceitaram minha visita... Me tratou mal” (ACS 7, mulher).

“Tem aqueles que atendem muito bem e é por essas aí que a gente trabalha e vai em frente” (ACS 9, mulher).

A aceitação ao ACS é permeada por questões complexas, as quais foram muito bem discutidas por Nunes et al. (2002)¹. Por um lado vão desde questões de empatia e vínculos de amizade, em que seriam “beneficiados” aqueles que são parte da “rede de relações” dos ACS. Têm-se também as questões de articulações simbólicas e representações coletivas. Os critérios, muitas vezes, usados para classificar pessoas da comunidade de forma positiva ou negativa, acabam sendo guiados por padrões biomédicos, encarados a partir de bons e maus comportamentos, de pessoas mais dóceis e obedientes que se distinguem de outras mais indisciplinadas e problemáticas, sem que haja esforço de contextualização ou de reflexão a esse respeito, tornando a prática menos humana e mais frágil. Nesses casos, o ACS pode acabar por repetir relações tradicionalmente baseadas no modelo biomédico, deixando de ser o “membro da comunidade” para exercer o papel de detentor de conhecimento hierarquicamente superior e imposto à população.

É fato que a relação com a comunidade representa o principal estímulo para o ACS. Determinadas situações, entretanto, fragilizam essa relação e a efetiva atuação do ACS, o que pode comprometer o sistema de saúde, visto que os “desafetos” podem ficar à margem desse sistema, constituindo um ponto de vulnerabilidade de difícil enfrentamento.

Relação com a Equipe de Saúde

Os princípios do PSF pressupõem o trabalho em equipe como fundamental para alcançar uma abordagem mais integral e resolutiva, sendo necessária constante interação e integração entre os membros para que o trabalho seja efetivo.²² Os ACS reconheceram o quanto imprescindível é o trabalho em equipe e ficou nítido que seus discursos foram mais voltados para situações genéricas que envolviam toda a equipe, do que para questões mais particulares que envolvessem esse ou aquele membro da equipe.

“Aqui dentro (equipe) tá tudo bem” (ACS 11, mulher)

De forma geral, percebeu-se aparente satisfação com o trabalho em equipe e as queixas ou críticas foram reportadas de forma muito cautelosa e ponderada. Os entrevistados mostraram-se mais à vontade em manifestar suas opiniões, quanto mais próximos se sentiam da pessoa a quem teciam seus comentários. Pareceu mais tranquilo manifestar-se sobre a comunidade ou sobre outros agentes, possivelmente pela questão de poder e hierarquia incorporada nos próprios ACS, que não se sentiram confortáveis em tecer comentários relativos ao seu “superior”. Estudo de Cardoso e Nascimento (2007)²³ evidenciou relações profundamente hierarquizadas no interior da equipe de saúde. Médicos, enfermeiros e dentistas comandando, remetendo à desvalorização e ao silenciamento dos ACS.

Dentre as poucas situações específicas relatadas, destacaram-se sentimentos de cobranças, competições e relação de coleguismo e não de amizade.

“Às vezes a enfermeira vai na secretaria de saúde e chega aqui e derrama um monte de coisa e tudo com prazo para entregar” (ACS 2, mulher).

“Minha relação com a equipe é de coleguismo, muitos agentes tem ciúmes e inveja do modo como faço meu trabalho” (ACS 12, mulher).

Uma relevante questão apontada pela literatura, diz respeito à falta de uma clara delimitação de atribuições dos ACS, fazendo com que seu papel seja distorcido e sobrecarregado. Qualquer ação a ser desenvolvida nas famílias e na comunidade, tais como identificação de crianças fora da escola, limpeza das caixas d’água para combater o mosquito da Dengue, reclamação ao proprietário de uma pocilga instalada em área urbana, acabam sendo mais uma responsabilidade do ACS. Esse aumento significativo de trabalho e de responsabilidade, além de não representar aumento salarial correspondente, tem implicações no processo de qualificação, pois o agente acaba recebendo diversos micro-treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, descontextualizados e sem uma sequência lógica.

Saúde

Os entrevistados relataram manifestação de problemas decorrentes das exigências físicas que o seu trabalho impõe.

“... Tenho problema de coluna...” (ACS 1, mulher).

“Eu tô com alergia...” (ACS 4, mulher).

“... estou com desgaste no tornozelo...” (ACS 5, mulher).

“Tenho manchas na pele...” (ACS 7, mulher).

Nota-se que os problemas atribuídos ao exercício da profissão, relacionam-se à dinâmica do trabalho de ACS. O mesmo exige deslocamentos constantes para as microáreas, que podem ser distantes e não-pavimentadas, carregando materiais de trabalho de forma inadequada, muitas vezes, em decorrência da falta de bolsas. Tal fato pode propiciar o desenvolvimento de problemas ósseos/articulares, uma vez que percorrem grandes distâncias, e/ou alérgicos devido à poeira. Além disso, a exposição ao sol em horários não indicados, além de ter sido considerada como sofrível, foi apontada como responsável pelo aparecimento das manchas na pele. Segundo relatos, o sistema não oferece proteção solar, o que representa um dispêndio financeiro para o ACS com a compra de protetor solar, labial e óculos. Em se tratando de um município como Montes Claros, que apresenta clima tropical quente e seco, com temperaturas médias elevadas durante praticamente todos os meses do ano, a aquisição desses insumos faz-se imprescindível.

Além do desgaste físico, os agentes relataram sinais de insônia e estresse, devido ao trabalho.

“A gente não deixa de não levar certos problemas para casa. Às vezes tem um paciente que te deixou preocupada. Você acorda a noite e fica pensando naquilo” (ACS 15, mulher).

Galavote et al. (2011)¹⁴ relataram sintomas de estresse nos trabalhadores da área da saúde, especialmente entre ACS. O estresse pode ser exteriorizado por outros sintomas, como insônia e perda da memória, irritabilidade e sensibilidade emotiva aumentada. Não é resultado somente da presença de um “fator estressor”, mas também da falta de habilidades para o enfrentamento de situações novas ou adversas, como a violência, as desigualdades, os confrontos e as impotências cotidianas em que os ACS se vêem imersos diante das várias situações vivenciadas no exercício profissional.

Houve relatos de interferência das atividades laborais no convívio social e familiar, inclusive dificultando a realização de tarefas domésticas.

“... você se cansa tanto que você não se alimenta normalmente, negligencio o serviço de casa, não tenho tempo nem para meu filho.” (ACS 6, mulher).

“ Eu me deito e fico pensando naquela família, naquele problema” (ACS 8, homem).

“ ...não consigo tomar um banho, ouvir uma música e esquecer...” (ACS 14, mulher).

Acesso ao atendimento

É papel do ACS favorecer a saúde da população, auxiliando a comunidade na marcação de consultas e utilização dos serviços de saúde. Contudo, foi possível perceber que eles não se sentem amparados quando eles próprios necessitam utilizar o serviço, o que certamente compromete sua saúde e a qualidade do seu trabalho.

“... você representa a saúde, mas não é atendido por ela. Como nós vamos representar uma coisa que nós não vivemos?” (ACS 7, mulher).

A negligência da saúde dessa classe de trabalhadores, relatada pelos entrevistados, os obriga a “concorrer” por uma vaga para atendimento. Obviamente, isso gera dilemas, pois o comprometimento que os ACS têm com a comunidade e as cobranças que sofrem, por vezes, os levam a privilegiar o usuário em detrimento de suas próprias necessidades.

“Às vezes tenho duas consultas para agendar, eu teria que tirar um para mim porque também estou precisando, mas aí eu penso na comunidade e então prefiro privilegiar os usuários e vou deixando o meu de lado” (ACS 10, mulher).

Tal relato remete a uma reflexão complexa. É evidente que não se advoga, aqui, a priorização dos funcionários de saúde ao atendimento, visto que representaria oposição à Constituição Federal e aos próprios princípios do SUS. No entanto, é contraditório e até mesmo utópico esperar que um funcionário, que necessita de atendimento, seja capaz de realizar suas atividades de forma satisfatória e imparcial. Um sistema de saúde público e universal não pode ser condizente com a necessidade de submeter um cidadão à escolha de quem será atendido: ele próprio ou o seu semelhante. Diante desse impasse, não há escolha correta: independente da decisão, um cidadão será atendido em detrimento de outro. Tentando fugir de mais essa situação conflitante, alguns entrevistados se sentem impelidos a buscar atendimento particular.

“Quando tenho algum problema de saúde eu procuro aqui mesmo, mas como demora acabo dando um jeito de pagar mesmo” (ACS 4, mulher).

É um contra-senso: ao buscar atendimento particular, o profissional que representa o sistema de saúde e é visto como referência por grande parte da população, distancia-se da realidade vivenciada pela sua comunidade e acaba reforçando a crença de que o serviço público de saúde não disponibiliza atendimento em quantidade e qualidade satisfatórias.

Satisfação com o trabalho

Apesar dos relatos supracitados, percebeu-se grande empatia pelo trabalho, ou seja, os problemas que surgem em decorrência da profissão parecem não comprometer a satisfação que dessa deriva.

“Amo o que faço!” (ACS 4, mulher).

“Eu não vou condenar meu trabalho por nada, mesmo que eu tenha esses problemas (nos tornozelos), até mesmo porque talvez se eu não trabalhasse como agente eu teria do mesmo jeito” (ACS 5, mulher).

Essa forma acrítica de lidar com a própria saúde pode mascarar a percepção dos indícios de comprometimento da saúde inibindo ou protelando, muitas vezes, ações incisivas de reivindicação às instâncias responsáveis pela garantia da saúde no trabalho.²⁴

Ficou evidente que os agentes sentem satisfação e orgulho por seu trabalho, o que, no entanto, não excluiu queixas e reclamações.

“O sistema tem que amparar a gente, mas nós não temos suporte” (ACS 9, mulher).

“...o que ganho não paga o esforço que faço” (ACS 3, mulher).

“... somos muito mal remunerados” (ACS 13, homem).

A falta de suporte estrutural, financeiro e até mesmo psicológico adequado para a realização do trabalho, bem como a ausência de perspectiva de progressão profissional, faz com que muitos almejem outra profissão. Algo interessante é que muitos querem continuar na área da saúde, principalmente em profissões de nível superior como Medicina e Enfermagem, demonstrando que se identificaram com o “cuidar do outro” o que reforça a ideia de satisfação com o trabalho. O problema não parece ser a empatia com o ofício, mas sim o suporte insuficiente para exercê-lo.

“... eu penso em ter uma formação melhor, fazer um curso superior na área de Enfermagem...” (ACS 2, mulher).

“... eu pretendo no futuro sair, porque é um cargo que você não tem como crescer, fica nele o resto da vida, você não sobe nem desce...” (ACS 11, mulher).

Os trabalhadores são a força motriz ou “Calcanhar de Aquiles” do êxito de qualquer programa. Instituição alguma será exitosa se nela não houver uma política digna de valorização de seus recursos humanos, haja vista que problemas de fácil enfrentamento podem atuar como forte desestímulo. Tal situação não seria diferente no âmbito da saúde e da construção do SUS, fazendo-se necessária a reflexão sobre o tratamento dispensado pelo sistema de saúde aos seus trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da metodologia qualitativa permitiu levantar hipóteses para melhor compreensão de alguns aspectos relacionados ao exercício profissional e sua relação com o cotidiano de ACS. O fato de a profissão não ter sido cobijada previamente, não impediu que os entrevistados se mostrassem seduzidos por suas atividades após terem ingressado nela. O vínculo entre ACS e comunidade é percebido como principal motivação na realização de seu trabalho. Entretanto, por vezes, essa relação é sentida como fonte de pressão diante de situações que ultrapassam a capacidade de enfrentamento e resolução do ACS. Além disso, essa relação os imbuí de sentimento de exposição pública, com consequente perda de privacidade. A relação com a equipe mostrou-se predominantemente de coleguismo e não de amizade. O trabalho foi percebido como gerador de distúrbios físicos e emocionais, com interferência na vida pessoal. Tais problemas parecem agravados pelo sentimento de desamparo e pelo dilema vivenciado diante da necessidade de utilizarem, como usuário, o serviço de saúde que representam. Apesar das diversas situações conflitantes e desgastantes que causaram impacto em suas vidas, ficou evidente o predomínio de sentimentos de satisfação com o exercício da profissão de ACS. Contudo, há que se fazer ampla reflexão para enfrentamento efetivo dos “nós críticos” identificados, uma vez que esses podem comprometer a qualidade de vida desses profissionais e inviabilizar a consolidação do ideal do SUS almejado.

REFERÊNCIAS

1. NUNES M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-46, 2002.
2. TOMAZ J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002.
3. BRASIL, Lei no 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde - ACS. *Diário Oficial da União* 2002; 10 jul.

4. BRASIL, Ministério da Saúde. Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em atuação – competência março/2007. Brasília, 2007 [acessado 2009 ago 10]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/resumo_por_uf_03_2007.pdf.
5. KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul; Porto Alegre*, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.
6. BOWER E.; SCAMBLER S. The contributions of qualitative research towards dental public health practice. *Community Dent Oral Epidemiol; Austrália*, v. 35, p. 161-169, 2007.
7. MINAYO M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11º ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco: 2008. 408 p.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Datasus. 2007 [acessado 2010 jan 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>.
9. DUARTE R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad Pesqui; São Paulo*, n. 115, p. 139-154, 2002.
10. BARDIN L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70: 2000. 281p.
11. FRAZÃO P.; MARQUES D. S. C. Influência de ACS na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Rev C S Col*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 131-144, 2006;
12. MOURA, M. S. et al. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. *Rev C S Col. Rio de Janeiro*, v. 15, suplemento 1, p. 1487-1495, 2010.
13. MARZARI C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes Comunitários de Saúde: perfil e formação. *Rev C S Col. Rio de Janeiro*, v. 16, suplemento 1, p. 873-880, 2011.
14. GALAVOTE, H. S. Desvendando os Processos de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Cenários Revelados na Estratégia Saúde da Família no Município de Vitória. *Rev C S Col. Rio de Janeiro*, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.
15. BACHILLI R. G.; SCAVASSA, A. J. ; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Rev C S Col*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-60, 2008.
16. SANTOS, K. T. et al. Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Rev C S Col. Rio de Janeiro*, v. 16, suplemento 1, p. 1023-1028, 2011.
17. FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.
18. LACAZ F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Rev C S Col; Rio de Janeiro*, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.
19. BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: bibliographical review. *Rev C S Col, Rio de Janeiro*, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.
20. LOURES, L. F.; SILVA, M. C. S. A interface entre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde. *Rev C S Col. Rio de Janeiro*, v. 15, n. 4, p. 2155-2164, 2010.
21. SILVA, J.A.; DALMASO, A. S. W. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2002. 240 p.

22. SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.
23. CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no programa saúde da família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Rev C S Col. Rio de Janeiro*, v. 15, supl. 1, p. 1509-1520, 2010.
24. MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.