

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: VIOLÊNCIA E SOFRIMENTO NO TRABALHO A CÉU ABERTO

Lázaro José Rodrigues de Souza^a

Maria do Carmo S. de Freitas^b

Resumo

Este estudo parte do pressuposto de que as violências percebidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em seu ambiente laboral têm comprometido a organização de seu trabalho e dificultado as ações de prevenção e promoção da saúde da população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, objetiva analisar significados atribuídos pelos ACS aos tipos, formas de referência e nomeação da violência vivenciada no cotidiano de trabalho no bairro do Candeal, Distrito Sanitário de Brotas na cidade do Salvador. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante com trabalhadores da Unidade de Saúde da Família do referido bairro. Os resultados revelam a complexidade das relações laborais vivenciadas pelos ACS no Candeal de Brotas em Salvador, Bahia, desvelando as situações de violência no cotidiano de trabalho. A pesquisa aponta para a necessidade de preparação dos ACS para as suas ações de uma forma geral e da violência em particular, estabelecendo o desafio que a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador tem, em ampliar o conceito e as práticas de saúde, inserindo, concretamente, a violência como um problema que afeta trabalhadores e usuários dos serviços prestados pela Unidade de Saúde Familiar (USF).

Palavras-chave: Trabalho. Violência. Saúde do trabalhador. Agente comunitário de saúde.

^a Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Universidade Federal da Bahia (UFBA). Terapeuta Ocupacional da Diretoria de Vigilância e Atenção a Saúde do Trabalhador (DIVAST), Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

^b Doutora em Saúde Pública, com ênfase em Ciências Sociais na Saúde. Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Endereço para correspondência: Rua Pedro Lessa, nº. 123, Canela, Salvador, Bahia. CEP: 40110-050. Irvl_1@yahoo.com.br

Abstract

This study assumes that the violence perceived by the ACS in their work environment has compromised the organization of their work and hampered the prevention and health promotion actions among people assisted by SUS. Attempts were made to understand the meanings assigned by ACS to the types, forms of reference and denomination of the violence experienced in daily work in Candéal. This is a qualitative study, conducted through semi-structured interviews and participant observation with employees of the Family Health Unit in Salvador, Sanitary District of Brotas in Salvador, Bahia. We interviewed eight ACS from a care unit that volunteered to participate. The results reveal the complexity of industrial relations experienced by the ACS in Candéal, revealing the violent situations in daily work. The research points to the need for preparation of the ACS for their actions in general and violence in particular, establish the challenge that the Salvador City Department of Health has, to expand the concept and practice, placing health and specifically violence as an issue that affects workers and users of services provided by USF.

Key words: Work. Violence. Occupational health. Community health agent.

EL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD: LA VIOLENCIA Y SUFRIMIENTO EN EL TRABAJO AL AIRE LIBRE

Resumen

Este estudio parte del supuesto que las violencias percibidas por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en su entorno laboral han comprometido la organización de su trabajo y obstaculizado las acciones de prevención y promoción de la salud de la población asistida por el Sistema Único de Salud (SUS). Para tanto, tiene por objetivo analizar significados atribuidos por los ACS a los tipos, formas de referencia y nombramiento de la violencia experimentada en el trabajo diario en el Barrio Candéal. Distrito Sanitario de Brotas en la ciudad de Salvador. Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, realizado a través de entrevistas semiestructuradas y observación participante con trabajadores de la Unidad de Salud de la Familia en el referido barrio. Entrevistamos a ocho trabajadores de la unidad de atención del ACS que se ofrecieron a participar. Los resultados revelan la complejidad de las relaciones laborales vividas por los ACS en Candéal de Brotas, Salvador, desvelando las situaciones de violencia en el trabajo cotidiano. La investigación apunta a la necesidad de preparación de los ACS, para sus acciones en general y de la violencia, en particular, estableciendo el reto que el Departamento de Salud de la ciudad de Salvador tiene,

de ampliar el concepto y las prácticas, de salud, insiriendo concretamente la violencia, como un problema que afecta a los trabajadores y a los usuarios de los servicios prestados por la Unidad de Salud Familiar (USF).

Palabras-clave: Trabajo. Violencia. Salud del trabajador. Agente comunitario de salud.

INTRODUÇÃO

O termo trabalho quer dizer essencialmente uma atividade humana realizada em diferentes situações e condições, e pode contribuir tanto para o bem-estar/estruturação psíquica quanto para o mal-estar/desestruturação psíquica.¹ Além disto, trabalhar na rua não é para qualquer pessoa. Com o passar o tempo é fácil perder-se em meio à poeira que resseca a visão e sobe pelos pés, igual à *assombração* em busca de almas. O escritor carioca João do Rio falava, em 1908, que a rua nasce como o homem, do soluço, do espasmo, e que há suor humano contido na argamassa do seu calçamento, o que a transforma na mais igualitária, mais socialista e mais niveladora obra humana.²

O trabalho a céu aberto gera um conflito interno pelo desamparo, riscos em meio a uma sociedade violenta, como a cidade do Salvador, Bahia. Nesse sentido, a precariedade do trabalho remete a uma realidade de desabrigo, cuja produção nesse conjunto aberto é um campo a ser reconquistado a cada ocorrência de saúde nas ruas e habitações do bairro, enquanto trabalhador, Agente Comunitário de Saúde.³

Este trabalho apresenta a enunciação de um grupo desses trabalhadores que desenvolvem as ações necessárias para a materialidade de seu trabalho, tendo a rua como a cena principal. Um campo profissional novo, e que tem como pré-requisito que o profissional resida em sua área de trabalho. É um sujeito ativo que, no convívio familiar, social e profissional reage provocando mudanças e/ou transformações do cuidado de si, do outro e do meio social em que vive.

Para que esse trabalhador não se encontre totalmente à deriva, há a Norma Regulamentadora N° 21, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE),⁴ que, ao fazer referência ao trabalho a céu aberto, coloca a obrigatoriedade da existência de abrigos para proteger os trabalhadores contra intempéries, insolação excessiva, calor, frio, umidade e eventos inconvenientes.

A temática central deste artigo traz a violência no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Uma questão relacionada à sociedade com extremas desigualdades geradas pelo desemprego, corrupção e impunidade.

O estudo destaca esse trabalhador como protagonista central das diversas interfaces do trabalho, resgata a constituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – origem desta categoria profissional – e compreende os fenômenos que surgem da relação entre o ACS e o ato laboral. Apresenta uma análise sobre o risco de violências percebido por eles em seu ambiente laboral a ponto de comprometer a organização de seu trabalho e dificultar as ações de prevenção e promoção à saúde da população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A categoria profissional ACS é estruturada no início da década de 1990, em decorrência de algumas iniciativas exitosas de assistência social no estado do Ceará. Este tipo de atividade é considerado por alguns teóricos como *sui generis*, porque o(a) ACS é um(a) trabalhador(a) proveniente do próprio local de moradia, na qual desenvolve atividades nas áreas da saúde e educação. O PACS, incorporado ao Programa de Saúde da Família (PSF) em 1993, é um programa que faz parte das políticas de saúde pública e está vinculado ao SUS.

O Ministério da Saúde (MS)⁵ entende que a criação do PACS foi uma das primeiras estratégias para se começar a mudar o modelo de assistência à saúde, sendo a meta desse programa contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde e integrar as ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. Uma estrutura de atenção à saúde é montada com uma equipe que projeta uma base assentada em agentes de saúde (trabalho casa a casa), um nível intermediário com auxiliares (trabalho de vacinação, procedimentos de enfermagem, triagem) e um topo com os profissionais universitários (em menor número e nos consultórios). A inserção do ACS como força de trabalho no SUS contribui com os cuidados primários de saúde à população, como também para o processo de municipalização da saúde. O trabalho do ACS é o elo entre a comunidade e os serviços de saúde.

O Decreto Federal Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999,⁶ fixa diretrizes para o exercício da atividade do ACS. Em seu artigo 2º são apresentadas as atuações previstas em sua microárea. Ou seja: Cadastramento/diagnóstico; Mapeamento; Identificação de microáreas de risco; Realização de visitas domiciliares; Ações coletivas e intersetoriais (educação, cidadania/direitos humanos). O trabalho do ACS diferencia-se dos demais trabalhadores da área da saúde em razão de sua atuação em várias situações ao mesmo tempo, as quais envolvem questões de saúde/doença, educação/informação, prevenção/assistência, bem como contato direto e constante com a população/comunidade.

MATERIAL, TEORIA E MÉTODO

O trabalho se dá num espaço que se atualiza no tempo: o bairro e seu cotidiano.⁷ Nesse aspecto, o estudo foi desenvolvido segundo a perspectiva da abordagem qualitativa, em que a análise responde a questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que

não pode ser quantificado. Buscou-se então a compreensão dos valores culturais e das representações desse grupo, as relações entre os atores sociais, tanto no âmbito das instituições como no mundo da vida cotidiana dos moradores, a aplicação técnica da promoção da saúde pelos usuários, os significados, crenças, valores, atitudes, correspondendo a fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de simples variáveis causais dos problemas de saúde.⁸

Uma abordagem bastante adequada e atualmente utilizada em pesquisa empírica de caráter qualitativo é a *triangulação* dos dados, cujo objetivo é abranger a máxima amplitude na descrição e compreensão do objeto/sujeito do estudo, por meio do cruzamento de múltiplos pontos de vista com base em uma série de informações e de diferentes instrumentos de coletas.⁹ A *triangulação* de dados numa abordagem qualitativa é necessária para o reconhecimento da subjetividade do pesquisador e dos sujeitos participantes da pesquisa, em todos os momentos.^{8,9} Assim, dada a subjetividade presente, quanto mais movimentos de aproximação com a realidade forem feitos, maior a chance de apreensão do objeto de estudo.

Também a hermenêutica é uma ferramenta para a compreensão do texto, a unidade de sentido, as condições da vida dos sujeitos no cotidiano, o contexto.^{10,11} Os conteúdos das entrevistas e da observação participante foram analisados com recursos da hermenêutica e outros apresentados com ênfase numa grade de significantes.¹¹ Nesse aspecto, com base na fundamentação teórica e na pesquisa, foram elaboradas categorias de análise, como: organização de trabalho e formas de violência no cenário do bairro. Posteriormente a essas categorias, agregaram-se outras que surgiram em campo. Entre estas se destacam: o trabalho gerando satisfação, sofrimento no contexto da violência e seus reflexos para as atividades dos ACS.

Sobre o trabalho, a subjetividade e a identidade do trabalhador, de maneira geral, a linguagem é a condição humana que capacita o *reconhecimento* de si e de outros¹² e o significado organiza os sentidos de palavras dentro do contexto. A linguagem e seu significado expressam a dimensão subjetiva em cada cultura, espaço, tempo, história; a linguagem é uma prática social, um comportamento que serve aos mais variados objetivos e permite várias aplicações na vida cotidiana das pessoas, contribuindo na organização dos sentidos e/ou significados das experiências.

A interação e a experiência coletiva são elementos importantes na constituição da identidade subjetiva e na construção de mecanismos defensivos contra as situações de risco nos diversos ambientes da vida humana. O coletivo instaura uma ética¹³ na qual são estabelecidos alicerces de confiança recíproca e fortalecimento da identidade pelo reconhecimento de todos os sujeitos do trabalho, respeitados em suas capacidades e sentimentos. Sem este processo não há construção de sentidos do trabalho para o trabalhador. E sem esse sentido, será impossível a mobilização conjunta de sentimentos e cognição para a sublimação e para a criatividade.

Desse modo, o trabalho não é apenas uma atividade laboral, mas um dos elementos que intensifica as relações sociais, no processo mesmo de *subjetivação* e de constituição da *identidade subjetiva e profissional*. E será a linguagem o elemento central do ser individual e social para expressar os sentidos do trabalho. Entretanto, o trabalho tem conotação contraditória,¹⁴ pois se apresenta como instrumento de sofrimento e como elemento estruturante da sociedade. Como elemento estruturante, define a atividade subjetivante¹⁵ como vemos a seguir.

SAÚDE E TRABALHO

O trabalho exerce um papel fundamental em relação à saúde, pois tanto as condições do ambiente físico quanto a própria organização do trabalho podem provocar doenças físicas, acidentes e sofrimento psíquico nos trabalhadores. No tocante à relação saúde-trabalho, somente a partir das últimas décadas o trabalho passou a ser compreendido como um fator constitutivo de adoecimento, sendo as *condições de trabalho* impactantes para o corpo. Deste modo, a *organização do trabalho* tem como alvo o psíquico e o desejo. As precárias condições em que é executado amordaçam a liberdade de organização e adaptação. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma *história individual*, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que a ignora. Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o ser humano, no trabalho, já não pode fazer qualquer modificação na sua tarefa para torná-la mais conforme a suas *necessidades* fisiológicas e aos seus *desejos* psicológicos – isso é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada.¹⁶

Vários autores^{1,14-16} tomam como ponto central de suas análises os conflitos do ser humano junto a sua situação laboral. Contra a angústia do trabalho, assim como contra a insatisfação, os operários elaboram estratégias defensivas, de maneira que o sofrimento só pode ser revelado por uma capa própria a cada profissão, que constitui de certa forma sua sintomatologia. O sofrimento começa quando a relação entre o trabalhador e a organização do trabalho é dificultada pelas condições externas ao trabalhador.

Tendo em vista o trabalho dos ACS, é necessário olhar para este trabalhador como um ser ativo no processo de saúde-doença que deve ser escutado, com vistas à identificação dos aspectos do contexto laboral que o estão prejudicando.

O ACS E SEU AMBIENTE DE TRABALHO: DESVENDANDO O TRABALHO E DESCOBRINDO VIOLÊNCIAS/SOFRIMENTO

O ACS refere que o trabalho corresponde às suas necessidades de sobrevivência, tanto no que diz respeito ao valor capital/trabalho quanto no tocante à valorização pessoal.

Neste estudo, observaram-se atributos pessoais que proporcionam aos ACS satisfação no trabalho, conforme seus relatos sobre a valorização que sentem junto à comunidade. Ser morador e trabalhador da saúde traz inúmeras vivências ao ACS, julgadas por eles como positivas e negativas, gerando diferentes experiências.

Cadastrar e posteriormente visitar as famílias é o instrumento utilizado para a vigilância à saúde da comunidade, seja no âmbito do PACS ou PSF. Em geral, as atividades desenvolvem-se a céu aberto, nas portas dos moradores, sendo executadas completamente fora do espaço institucional e exigindo do profissional uma dinâmica que muitas vezes foge do controle do profissional.

“Acho que as pessoas têm confiança no meu trabalho. Elas vêem que meu trabalho é sério; eles têm confiança na gente.” (Francisca).

“Algumas pessoas gostam do meu trabalho [...] a maioria abre as coisas que se passa na vida, que se passa na família [...] As pessoas deveriam me ver como profissional e não como vizinha; acho que eles atrapalham um pouco [...] a busca constante a nós ACS, nos finais de semana, feriado, chateia, mas também indica confiança no nosso trabalho.” (Elisa).

Sendo um integrante da comunidade, o ACS vive situações semelhantes às dos usuários do serviço e uma relação de identificação com as condições de vida e saúde da população. Essa aproximação identitária de classe social possibilita compreender as condições e os valores socioculturais da comunidade, bem como as suas necessidades.

“É bom porque está perto do trabalho, você não pega transporte, não passa por aquele tumulto de ter de acordar de madrugada, pegar ônibus, enfrentar a mesma situação na hora de voltar para casa; e também você conhece as pessoas com quem vai lidar na comunidade.” (Paloma).

“A minha relação com a comunidade agora é outra, diferente da que tinha apenas como moradora [relação de vizinha]. Agora sou um referencial, um profissional de saúde, alguém que, por ter uma boa relação de vizinhança, e ser um representante da saúde, se tem uma maior confiança para se falar determinadas situações de vida, de saúde.” (Verônica).

A despeito do reconhecimento e da valorização de alguns moradores, os agentes sentem a ambigüidade de sentimentos e emoções, ao considerar o sofrimento de moradores que passam pelo medo da violência de traficantes de droga no bairro. Os agentes têm vivenciado situações de risco, que os adoecem e os desmotivam ao trabalho. As dificuldades no seu trabalho são, portanto, relacionadas às pressões que sofrem na cotidianidade, proveniente do seu envolvimento com a população.

“As pessoas não dão muita importância às situações que vivemos durante a realização de nosso trabalho no bairro.” (Verônica).

“A desvalorização do profissional é grande; o próprio governo precariza as condições de trabalho do seu corpo técnico, quando não contrata a sua mão de obra de forma direta e terceiriza sua prestação de serviço.” (Núbia).

“Uma das coisas que acho negativa em nosso trabalho é a interferência, em nossa vida particular pela comunidade, pois não tem dia nem horário; eles podem ver que você esta arrumada, não esta de farda e querem nosso trabalho.” (Lina).

“O trabalho no PSF vai além de um trabalho técnico. Para mim, trabalhar no PSF somente como técnica é uma violência, tanto para a comunidade como também para com os trabalhadores que abraçam essa nova forma de fazer o SUS acontecer. Eu sei que eu trabalho, ultrapasso os meus limites, mas ultrapasso com consciência, talvez seja isso; a consciência, que me fortalece [mesmo com desânimo], fazendo com que o dia seguinte seja um novo dia de luta para ultrapassar as adversidades.” (Núbia).

Sob o ponto de vista institucional, observa-se a desvalorização do trabalho do ACS, bem como certa pressão da comunidade que, reconhecendo nele um aliado, o procura incessantemente como porta voz de suas necessidades. Uma espécie de sofrimento psíquico se instala nesse profissional de saúde que idealiza para si uma expectativa em relação a sua competência no sistema de saúde, ao tempo em que esse sistema não responde às necessidades da população de modo imediato. Como um personagem mediador entre a institucionalidade e a comunidade, sente-se angustiado por não conseguir atender às demandas da população.

Atribuir-se ao ACS o difícil papel de profissional que impulsiona a consolidação do SUS é um risco, uma vez que isto depende de uma série de fatores técnicos, políticos, sociais e

econômicos. Também se destaca nesse processo o envolvimento de diferentes atores, inclusive o próprio ACS, que, sem dúvida, tem um papel fundamental.¹²

Algumas dificuldades são relatadas pelos agentes como sinônimos de angústia. Uma delas refere-se ao fato de que, por serem moradores do bairro e trabalhadores da Unidade de Saúde Familiar (USF), tornam-se fontes de informação permanente do processo de organização dos serviços de saúde. O reconhecimento do papel social do ACS, muitas vezes visto como solidário (porque, para os moradores, ele não soluciona diversos problemas administrativos do sistema de saúde), recebe equivocadas interpretações, vez que sofre abordagens em qualquer local, independentemente do horário de trabalho, final de semana ou feriado. O indivíduo deixa inevitavelmente de ser um morador, um simples vizinho, para viver a condição de agente de saúde permanentemente. Nessa posição, deixa de participar da comunidade como um membro da coletividade e encarna um arquétipo que o distancia, o separa num dado momento, do mundo da vida cotidiana que antes possuía.

“Acho ruim a invasão de nossa privacidade. Essa invasão da privacidade, que é natural, é uma espécie de violência, pois não temos o direito de descansar como todo trabalhador no seu horário após o dia de trabalho, sábado, domingo ou feriado.” (Lina).

Apesar de a maioria dos trabalhadores entrevistados não trazerem de forma explícita questões de sua própria saúde frente às condições de trabalho, estudo¹⁵ desenvolvido pelos Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP) relata que 70% dos ACS apresentaram sintomas de estresse. Para nossos entrevistados:

“Se dependesse de meu marido, eu não estaria trabalhando como ACS. Ele acha esse trabalho muito cansativo; acha que eu me desgasto muito, que chego em casa sobrecarregada, sem muita paciência para corrigir o dever da menina.” (Verônica).

“Ainda bem que, convivendo com essa realidade, nunca tive nenhum problema de saúde maior; apenas uma dor de cabeça de vez em quando, um estresse.” (Elisa).

“Você sai do seu trabalho, mas aquela pressão vivida no ambiente de trabalho não sai de sua cabeça. Como fica então a sua relação com a família? Fico nervosa com algumas situações vividas no trabalho que interferem nas resoluções que tenho de tomar em minha casa.” (Lina).

As pressões relatadas pelos entrevistados dizem respeito à relação profissional-organização. Consideram como forma de violência institucional o não oferecimento de infraestrutura para o trabalho que, frequentemente, leva a conflitos com os usuários; também referem a falta de entrosamento na equipe, o não reconhecimento do trabalho dentro da equipe, e o conflito de sentir-se morador e trabalhador do próprio bairro. “Minha equipe é capenga [...] É tão reduzida e sobrecarregada de trabalho e sem reconhecimento dos próprios colegas.” (Gertrudes).

Outros dizem que a terceirização da saúde é uma “[...] falta de respeito do governo com os técnicos da saúde [...] A desvalorização do profissional é grande. O próprio governo desvaloriza a gente, quando não contrata a mão de obra de forma direta e terceiriza sua prestação de serviço.” (Núbia).

Para o desenvolvimento do PSF, é essencial construir um modelo de organização de serviços baseado em condições sociopolíticas, materiais e humanas que viabilize um trabalho de qualidade tanto para os trabalhadores quanto para os usuários.¹⁷ Não atender a essa estrutura é correr o risco de deixar surgir a desmotivação do profissional, bem como desacreditar na proposta diante dos profissionais de saúde e da sociedade, que lutam para fazer valer o SUS.

O profissional entende que, em sua realidade, melhores condições de trabalho significariam melhor assistência de saúde à população. A assistência preconizada pelo PSF é uma assistência familiar que pressupõe um acompanhamento de equipe com os ACS, e este é um nó que vem dificultando a sedimentação do programa. Para os agentes, outros profissionais, de maior qualificação técnica, não valorizam seu trabalho. Essa falta de diálogo com os agentes é percebida por eles como uma indiferença institucional.

“O que eu observo é que os trabalhadores [médicos e os outros profissionais de saúde] do PSF não estão preparados para abraçar essa nova forma de fazer saúde, trabalhar em equipe. Eles ainda têm aquela visão de tratamento apenas baseado no medicamento, na vinda do doente para o posto de saúde; a comunidade não é ouvida, para que se efetive de fato um trabalho de prevenção.” (Verônica).

“Apesar de todos no posto de saúde saberem dessas ocorrências, não foi tomada nenhuma providência. O que eu penso disto é que as pessoas [outros profissionais de saúde] não dão importância ao outro [povo]. Eu pedi à gerente na época para fazer um relatório de porque que eu não faço mais visita a essa família e isso não foi feito. Então eu não tenho mais ninguém a quem apelar; é uma falta de cuidado da equipe em relação aos acontecimentos da comunidade que dificultam o nosso trabalho.” (Tâmara).

“Os ACS são os mais solidários no trabalho. O restante da equipe também é importante, mas existe uma divisão, uma falta de entrosamento na equipe de saúde e isso atrapalha o trabalho.” (Gertrudes).

“Para que o meu trabalho aconteça, eu preciso que o trabalho de toda a equipe também aconteça.” (Núbia).

Não há, pois, uma continuidade do trabalho, como observam os agentes comunitários.

O trabalho é considerado um atributo humano, pois só o homem idealiza seu resultado final. Para a realização do trabalho, além do esforço, é preciso a vontade durante todo o curso do seu desenvolvimento. Nesse sentido, quaisquer fatores que atuem sobre algum dos elementos que compõem esse processo tendem a modificá-lo de forma positiva ou negativa.

Sobre isto, cita-se trabalho sobre gestão contemporânea,¹⁸ que faz referência à constante preocupação do trabalhador em relação à motivação para o trabalho, que se justifica na relação satisfatória entre o indivíduo e sua tarefa. São frequentes as explicações para o baixo rendimento, para o absenteísmo e atraso, pela falta de motivação que leva ao desânimo, à solidão do trabalho. No entanto, se houver motivação, nasce o entusiasmo, a dedicação, a cooperação e a produtividade.

“Hoje eu sinto a minha saúde um pouco abalada. Acredito que é por causa do trabalho, tanto pelo desgaste físico como emocional. Subo e desço muita ladeira e escada e não sinto que faço bem o trabalho. Para a comunidade, o ACS é o salvador, mesmo sabendo que o funcionamento da unidade de saúde é de 2ª a 6ª feira. Se eles sentem alguma coisa, procuram logo a gente para marcar uma consulta; isso não tem horário; pode ser à noite, domingo, feriado.” (Verônica).

“Trabalhar nessas condições é desgastante, acaba interferindo em minha vida, em minha saúde, vou entristecendo com o meu trabalho, vou adoecendo.” (Núbia).

O entristecimento e o estresse ocorrem principalmente pela quebra da continuidade do trabalho da equipe do PSF. O que fazer diante de diversos problemas de saúde?

Essas situações vivenciadas pelos ACS agem negativamente em suas próprias condições de saúde, pelo desapontamento e perda de satisfação com o trabalho. Ademais, eles se sentem vítimas de agressão e evitam exposições às situações semelhantes geradoras da violência experienciada.

A defesa adotada por esses ACS para poder continuar exercendo suas atividades no ambiente de trabalho é *fingir* que nada acontece ou aconteceu, colocando em cena a necessidade de naturalizar as várias formas de violência nesse contexto. A violência da falta de serviços de saúde em suficiência, interrompendo a equipe enquanto parte do sistema de saúde, a violência dos tidos como marginalizados, entre traficantes e outros que dominam o bairro, submetem a população ao silêncio e ao medo.

Vivenciar essas e outras situações de violência produz reflexos em suas vidas pessoais e profissionais que precisam ser analisados enquanto efeitos dos riscos do trabalho dos ACS. Em locais de maior pobreza e maior vulnerabilidade social, torna-se ainda mais difícil para esses trabalhadores desempenhar qualquer papel na equipe de saúde.

Do exposto sobre o ambiente de trabalho dos ACS, suas atividades “a céu aberto”, evidencia-se a necessidade de uma profunda reflexão ética. Até que ponto o governo pode garantir-lhes segurança no trabalho? Até que ponto estão realizando um trabalho que proporcione saúde para todos?

Este estudo permitiu concluir-se que a violência aqui em relevo é também entendida como um mal-estar gerado pela insatisfação relatada pelos sujeitos da pesquisa, categorizada neste trabalho como violência institucional e situada ao lado da violência estrutural. Esses profissionais de saúde deixam transparecer em suas falas que o processo de trabalho tem acontecido sob precárias condições materiais e emocionais, com prejuízo de sua motivação e ameaça constante da qualidade da assistência prestada à população adstrita.

Essas condições de trabalho exigem do profissional uma capacidade extraordinária de recriação do *modus operandi* na cotidianidade de seu trabalho, de forma solitária ou somente contando com os seus pares, quando é possível. Os ACS tentam redimensionar conceitos e conflitos, até mesmo acreditar ser ético ao ignorar ou omitir determinadas situações de violência que presenciam, como forma de se proteger e de garantir seu trabalho.

Tomando como referência o que foi revelado pelos ACS do Candeal, esta pesquisa, em seus múltiplos aspectos, confirma a violência como um grave problema de saúde pública, que vem impactando a garantia aos usuários de uma melhor qualidade de vida e saúde e, aos trabalhadores do sistema, a dificuldade em executar ações de prevenção e promoção da saúde da população assistida pelo SUS.

As subjetividades dos profissionais ACS expressam as características de um trabalho dominado pelo medo da violência, ao tempo em que se tem como axioma do trabalho o estabelecimento de vínculos e comprometimentos com a comunidade.

Assim, mediações no sentido da prevenção e controle das situações de violência no ambiente de trabalho, embora difíceis por exigirem abordagens que vão além daquelas estabelecidas pela segurança pública, são urgentes antes que alcancem patamares mais alarmantes, tendo em vista que as medidas isoladas adotadas pela segurança pública são reconhecidamente ineficazes.

Diante dos enunciados dos agentes sobre sua realidade concreta de viver no *limite* de suas condições físicas e emocionais, considera-se fundamental a revisão dessas ações de saúde como parte do complexo da política de saúde e no contexto da guerra urbana instalada nos grandes centros da sociedade brasileira. Também se reconhece a importância de novos investimentos em investigações dessa natureza, para revelar as condições reais de trabalho e contribuir com a discussão sobre ambiente e condições dignas de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Seligmann-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez; 1994.
2. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciênc Saúde Col. 1999;4(1):7-23.
3. Santos M. Pensando o espaço do homem. 5ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.
4. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora Nº. 21 – Trabalhos a céu aberto. Publicação: Portaria GM n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Alterações/Atualizações Portaria GM n. 2.037 de 156 de dezembro de 1999. Extraído de [http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_21.pdf], acesso em [24 de setembro de 2007].
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Programas e Relatórios, n. 69. Brasília; 2002.
6. Brasil. Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade do ACS. Brasília; 1999. Extraído de [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreton3.189.pdf], acesso em [24 de setembro de 2007].

7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
8. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.
9. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2002.
10. Gadamer H. Verdade e método. Petrópolis: Vozes; 1999.
11. Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
12. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface – Comun Saúde Educ. 2002;6(10):75-94.
13. TITTONI J. Subjetividade e trabalho. Porto Alegre: Ortiz; 1994.
14. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
15. Camelo SHH. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002.
16. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 1992.
17. Ribeiro EMPD, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Públ. 2004;20(2):438-46.
18. Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record; 1993.

Recebido em 14.12.2010 e aprovado em 15.04.2011