

# Fazer de “soldadinho”: as dificuldades no trabalho de agentes comunitários de saúde

Viviane Milan Pupin  
Cármen Lúcia Cardoso

*Universidade de São Paulo  
Ribeirão Preto, SP, Brasil*

---

## RESUMO

Este artigo analisa as concepções das dificuldades no trabalho descritas por Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), a partir de onze entrevistas abertas realizadas com ACSs trabalhadores de Núcleos de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto. Através da análise temática de conteúdo quatro temas foram levantados, a saber: “relacionamento com os usuários”, “relacionamento com a equipe”, “falta de recompensa” e “residir na área”. Tais temas foram descritos e analisados a partir de teóricos da saúde coletiva. Ressalta-se que mudanças significativas nas práticas em saúde vêm sendo conquistadas a partir da inserção dos ACSs no Programa Saúde da Família (PSF), mas faz-se necessário repensar características de seu trabalho, buscando potencializar a criatividade e a valorização do trabalho dos ACSs na equipe de saúde.

**Palavras-chave:** agentes comunitários de saúde; programa saúde da família; psicologia da saúde.

## ABSTRACT

*A soldier's work: difficulties in the work of community health agents*

This study analyzes the concepts of Community Health Agents (CHAs) concerning the difficulties of their work, through eleven open interviews performed with CHAs working at Family Health Units in the city of Ribeirão Preto. Through thematic content analysis, the following four themes arose: ‘relationship with users’, ‘relationship with the team’, ‘lack of rewards’, and ‘living in the surrounding area’. The themes were described and analyzed based on collective health framework. It is emphasized that significant changes in the health practice have been achieved from the insertion of CHAs in the Family Health Program, but it is necessary to rethink characteristics of their work, with the aim to strengthen creativity and value the CHAs’ work in the health team.

**Keywords:** community health agents; family health program; health psychology.

## RESUMEN

*Hacer de “soldadito”: las dificultades en el trabajo de agentes comunitarios de salud*

Este artículo analiza las concepciones de las dificultades en el trabajo descritas por Agentes Comunitarios de Salud (ACSs), a partir de once entrevistas abiertas realizadas con ACSs trabajadores de Núcleos de Salud de la Familia de la ciudad de Ribeirão Preto. A través del análisis temático de contenido cuatro temas fueron levantados, a saber: “relación con los usuarios”, “relación con el equipo”, “falta de recompensa” y “residir en el área”. Tales temas fueron descritos y analizados a partir de teóricos de la salud colectiva. Se resalta que cambios significativos en las prácticas en salud vienen siendo conquistados a partir de la inserción de los ACSs en el Programa Salud de la Familia (PSF), pero se hace necesario volver a pensar características de su trabajo, buscando potenciar la creatividad y la valorización del trabajo de los ACSs en el equipo de salud.

**Palabras clave:** agentes comunitarios de salud; programa salud de familia; psicología de la salud.

---

## INTRODUÇÃO

O Programa de Agente de Saúde teve início no Ceará e foi uma tentativa de fixar profissionais da saúde em locais sem recursos econômicos e sociais, atendendo recomendações da Organização Mundial de Saúde de criar opções viáveis para amenizar os problemas de saúde da população (Silva, 1997). A expansão da inserção do Agente de Saúde para todo o país dá-se através da criação, em 1991, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, sendo responsabilidade dos enfermeiros o acompanhamento e profissionalização do Agente de Saúde (Silva, 1997).

Atualmente o Agente Comunitário de Saúde (ACS) compõe juntamente com médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem a equipe mínima do Programa de Saúde da Família (PSF), que tem como foco principal oferecer ações de prevenção da doença e promoção da saúde aos indivíduos e à família, de forma integral e contínua, ao contrário do modelo tradicional centralizado na doença e no hospital, que privilegia ações curativas e uma medicina de alto custo (Brasil, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1998), o Programa de Saúde da Família tem os seguintes princípios: atuar em caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência à saúde, caracterizando-se como porta de entrada do sistema local de saúde e visando à integralidade e hierarquização – compondo o primeiro nível de ações e serviços no sistema de saúde, garantindo o acesso a outros níveis de maior complexidade e responsabilizando-se pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias em todo o processo de referência e contrarreferência; territorialização e adscrição de clientela, atuando numa área específica e, conseqüentemente, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a comunidade e possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade tanto da equipe quanto da comunidade. A recomendação é de atuação em equipes multiprofissionais, sendo que cada uma deve ficar responsável por uma área onde residem entre 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes.

O ACS tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS (Brasil, 2006). Uma característica peculiar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) é o fato de pertencerem à comunidade em que trabalham e não terem exigências de um conhecimento técnico específico prévio para o exercício da profissão. Pertencer à comunidade pressupõe familiaridade com

os problemas da mesma, o que permite realizar ações de educação em saúde, identificação de fatores de adoecimento e proposição de estratégias mais eficazes, resultando, conseqüentemente, numa maior eficiência de ações e conquista de confiança dessa comunidade (Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo, 2002).

Atualmente são exigências para tornar-se ACS residir na área em que irá atuar, ter o Ensino Fundamental Completo e concluir com aproveitamento o curso introdutório de formação inicial e continuada (Brasil, 2006). O fato dos ACS conviverem com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde moram e de trabalharem e serem formados a partir de referenciais biomédicos os fazem veículos de contradições e, ao mesmo tempo, permiti-os realizar um diagnóstico profundo entre esses dois saberes e práticas. Sendo assim, Nunes et al. (2002) levantam a hipótese do ACS ter um papel híbrido e polifônico, possuindo uma posição estratégica de mediador entre a comunidade e a equipe de saúde, servindo, ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação.

Ainda sobre a atuação do ACS, Silva e Dalmaso (2006), identificam duas dimensões principais de atuação dos ACS: uma mais técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias, relacionada à intervenção para a prevenção dos agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos e outra atuação mais política, não apenas de solidariedade à população e da inserção da saúde no contexto geral da vida, mas também no sentido de organização da comunidade e de transformação das condições de saúde.

Silva e Dalmaso (2006) apontam alguns desafios para o saber fazer e saber ser agente comunitário, dentre eles: a enorme variedade de contexto, exigindo flexibilização em sua operação e nos processos e metodologias de preparação de pessoal; a amplitude das finalidades do Programa, exigindo ora uma vertente mais assistencial e de vigilância e ora de promoção de saúde e qualidade de vida; o desenvolvimento de tecnologia de trabalho adequada às necessidades; o trabalho em equipe; a identidade do agente, compondo dimensões técnicas e políticas do trabalho e a necessidade de uma formação adequada dos profissionais da saúde da família. O trabalho, assim, pode constituir-se como fonte de desgaste pelas condições de trabalho e por fatores organizacionais, tais como: função exercida, condições hierárquicas, distribuição de responsabilidades, relacionamentos interpessoais e a interface trabalho-família (Arantes e Vieira, 2002).

O artigo tem por objetivo analisar as dificuldades apontadas por ACSs em relação ao seu próprio trabalho.

## MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo de natureza exploratória, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – protocolo nº 0203/CEP/CSE/FMRP-USP.

Participaram do estudo onze ACSs que trabalhavam, a pelo menos um ano, em Núcleos de Saúde da Família vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e que foram selecionados a partir de sorteio aleatório. Os dados foram coletados através de entrevistas abertas que tinham como disparador o tópico “ser Agente Comunitário de Saúde”. Para tanto, utilizou-se o método proposto por Figueiredo (1998). Os participantes foram entrevistados no seu local de trabalho e após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas duraram cerca de trinta minutos, foram gravadas em áudio e transcritas *ipsis litteris* pela pesquisadora. Foi realizada análise temática de conteúdo (Bardin, 1977) e a apresentação dos resultados se deu através de fragmentos dos discursos dos ACSs. Através de leituras exaustivas e da categorização dos conteúdos, quatro temas foram levantados relacionados às dificuldades descritas pelos ACSs na realização de seu trabalho, a saber: “relacionamento com os usuários”, “relacionamento com a equipe”, “falta de recompensa” e “residir na área”. A análise foi realizada a partir do diálogo com autores da Saúde Coletiva tais como: Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), Merhy et al. (2007), Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), dentre outros.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Relacionamento com os usuários

Segundo os ACSs, trabalhar com os usuários envolve estar em contato com costumes, crenças e concepções de mundo diferentes das do ACS. Estar em contato direto com os usuários implica estar em contato com diferentes problemas e situações adversas vividas pela comunidade, sendo o mesmo descrito como difícil pelo grande número e pela diversidade de problemas com que o ACS lida e, principalmente, pelo fato de que o ACS também tem os seus problemas pessoais que, por vezes, podem ser semelhantes ao que o usuário vivencia.

“Mesmo que – como no meu caso, que sou agente comunitária no meio vamos dizer é, de pessoas que são excluídas do normal da sociedade. São pessoas, como eu trabalho apenas no interior da favela.

Então, isso tem “n” impedimentos. Desde a falta de informação, até a opressão social, né, opressão até dos responsáveis que não encontram saída pra esses problemas difíceis e que vão se tornando cada vez maiores, né.” (ACS6)

“Você tá lidando com emoções, você tá lidando com problemas, coisas que as pessoas dizem podem até estar acontecendo com você, ou já terem acontecido. Então, é muito difícil você ter essa distância ótima. Mas tem que pelear pra manter isso aí, senão vira bagunça.” (ACS10)

O contato com aspectos íntimos da vida do usuário faz com que o ACS vivencie as dificuldades e problemas dos usuários se posicionando enquanto um membro da sua família, ressaltando, novamente, a complexidade de se estabelecer a referida “distância ótima” (sic).

“E tem muitos problemas que às vezes a gente vai, a gente até fica triste, preocupada de tá resolvendo esses problemas. E muitas vezes é difícil porque a gente tem um, nem tudo pode ser resolvido assim momentaneamente [...]. Já tive casos de um senhor que tomava mais de um litro de pinga por dia e agora já tá fazendo dois meses, ele não tá tomando [...]. Eu fico contente, tá com cabelinho cortado, fez a barba dou um abraço, um beijinho nele. E as meninas “menos! Menos!”. Falei não, mas é a verdade, é o que acontece. E pra mim é como se eu tivesse, aí, se fosse um parente meu, se fosse alguém meu.” (ACS3)

Além disso, o ACS envolve-se nas dificuldades vivenciadas pelas famílias usuárias do serviço a ponto disso refletir em suas próprias vivências familiares causando um impacto na rotina familiar pessoal.

“Tem dia, que dependendo da visita que você faz, você sai daqui bastante carregada mesmo. Você tá ali às vezes almoçando e jantando, sabendo que aquela família tem criança pequena e não tem o que comer. Então, isso é muito, na hora você lembra e você até perde o apetite. Então, tem dia que a gente sai daqui bem sobrecarregada [...]. E, e aí, cada vez que a gente vê que eles conseguiram uma cesta, ou conseguiram um emprego, alguma coisa, isso que é gratificante. A gente fica, se fortalece um pouco, né. Mas tem dia que não é fácil não. A gente se frustra. Porque dependendo do trabalho, dependendo do que a pessoa, do que a família tá precisando, a gente não sabe como, como, onde recorrer, não depende só do PSF. Depende de outras pessoas,

que às vezes o negócio é meio devagar. Então, a gente fica meio assim, “nossa, não consegui fazer nada por aquela família, né”. Mas eu acho que só da gente ir lá conversar, tentar ajudar, junto com eles pensar numa solução, isso já tá sendo de uma grande ajuda pra eles, né. “(ACS7)

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) apontam que pelo fato dos profissionais da saúde lidarem com o sofrimento humano um distanciamento torna-se necessário para evitar reações de pânico ou o imobilismo diante da dor do outro. Tendo em vista a complexidade da questão do envolvimento na relação ACS-usuário, acredita-se ser necessário que o ACS tenha suporte para que possa lidar com os envoltimentos emocionais inevitáveis ao relacionamento humano, de tal forma que possam ser elaboradas as próprias angústias e recuperada a capacidade de ajuda ao outro. Faz-se necessário, assim, estabelecer espaços de reflexão, onde se construa um novo fazer pautado pela responsabilização, implicação e a possibilidade de seguir junto na adversidade e no sofrimento.

A proximidade com o usuário, propiciada principalmente nos momentos de visita domiciliar, faz com que o ACS se envolva com as dificuldades dos usuários e se sinta o responsável por resolvê-las. Porém, as necessidades dos usuários podem fugir do âmbito de atuação do ACS e envolver, inclusive, ações intersetoriais, causando no ACS um sentimento de impotência e o desejo de se ter um arsenal técnico especializado – aqui entendido como ter capacidade de realizar intervenções pautadas pelo conhecimento biomédico – e, assim, poder solucionar os problemas dos usuários.

Entretanto, estar imbuído do arsenal técnico pode gerar expectativas de possuir o saber intervir em situações angustiantes através de um protocolo – o que pode amenizar o sentimento de impotência diante do imprevisível e, ao mesmo tempo, ter a certeza de fazer o que se recomenda para cada situação. Nesse sentido, cabe refletir quão angustiante e complexo é considerar-se desprovido de tecnologias leve-duras e duras (Merhy et al., 2007) e deixar emergir o espaço relacional usuário-trabalhador e acompanhar o outro nas suas vivências, estando receptivo para acolher o seu sofrimento. Sendo assim, o estabelecimento de vínculo por meio do convívio do ACS com a comunidade apesar de muito valorizado pelas consequências favoráveis que produz, por outro lado pode gerar sentimentos de impotência, de cansaço, sofrimento e desgaste nos ACSs, o que corrobora os estudos de Azambuja et al. (2007), Oliveira e Spiri (2006) e Trapé e Soares (2007).

Outra dificuldade descrita a partir do relacionamento com o usuário implica em lidar com resistências por parte do usuário quanto ao acesso a seu mundo privado resultando diferenças de receptividade aos ACSs no momento das visitas domiciliares.

“Porque, assim, tem todos os tipos de receptividade. Tem aqueles que te recebe muito bem, quer que a gente entra, quer que conversa, quer que demora. E já tem aqueles que despacha rapidinho. Então, assim, tem famílias receptivas e aquelas não. Aí, muitas vezes eu pergunto: “você não é obrigado a tá me recebendo. Se você não quiser, eu posso tá te trazendo um papel pra depois.” “Não. Eu quero que você continua a tá vindo aqui. Só que hoje, por exemplo, eu tô com pressa. Então, assim, tem essas coisas também que a gente, que a gente enfrenta.” (ACS3)

Estar em contato com a diferença implica respeitar o limite do outro quanto à sua abertura para o contato interpessoal. Porém, por ser o estabelecimento do vínculo com o usuário um dos objetivos do trabalho do ACS, não entrar na casa do usuário é significado pelo ACS como uma barreira à proximidade entre ACS e usuário e transpor essa barreira é visto como indício de que o vínculo entre usuário e ACS está sendo estabelecido e, portanto, o ACS está cumprindo um dos objetivos do seu trabalho.

Ao mesmo tempo em que entrar no universo privado é indício de que um vínculo foi estabelecido, é também descrito como gerador de angústias na medida em que o ACS não sabe o que pode encontrar durante a visita, ou seja, o trabalho de realizar visitas domiciliares é permeado pela imprevisibilidade.

“O fato dele ir na casa da pessoa ele já tá se expondo. Porque, você sabe, tem todo tipo de gente. E você tem que ir. Entendeu? Às vezes você chega e encontra, assim né, um momento não muito agradável. E você chegou e não tem como sair. Você tem que ficar, sei lá, são vários, é onde eu te falo da flexibilidade. É onde a gente até, às vezes a gente até, já aconteceu comigo, eu, a minha presença provocar um conflito.” (ACS4)

Mendes (1995) aponta que o trabalho em saúde é marcado pela imprevisibilidade quanto à presença do agravo e aos resultados que podem ser obtidos. Tal conceito de imprevisibilidade estende-se para o âmbito das relações, ou seja, na realização de visitas domiciliares os ACSs lidam com o imprevisível, não sabem o que irão encontrar em cada visita realizada.



Sendo assim, cabe refletir sobre o quanto o atendimento no “setting” dos serviços de saúde constitui-se num espaço diferenciado do universo privado do usuário, ou seja, quando o usuário vai até o serviço de saúde pode deixar em casa boa parte das vivências pessoais que considera não pertinentes de serem reveladas no espaço da clínica, como, por exemplo, conflitos e angústias. Já o espaço de trabalho do ACS – a residência do usuário – é exatamente o lugar onde essas vivências pessoais ficam resguardadas, ou seja, o ACS pode ter contato com experiências que não são levadas pelo usuário no atendimento em saúde na Unidade de Saúde. Estar em contato com as vivências dos usuários que não se manifestam no espaço clínico podem ser de extrema relevância para o trabalho da equipe de Saúde da Família ao possibilitar um olhar ampliado para o usuário, mas cabe ressaltar que entrar em contato com essas vivências pode ser extremamente angustiante ao ACS por não saber como lidar com essas situações.

Reitera-se, assim, a necessidade de espaços de reflexão e discussão que levem em consideração essas diferentes situações, instrumentalizando o ACS para o enfrentamento das dificuldades encontradas no trabalho. Tais espaços teriam como foco as dificuldades enfrentadas pelos agentes no lidar com as famílias e não as questões biomédicas ou psicossociais específicas vivenciadas pelas famílias visitadas, como usualmente acontece.

### **Relacionamento com a equipe**

A Saúde da Família tem como pressuposto que o trabalho se desenvolva em equipes multiprofissionais. Um dos espaços efetivos de atuação em equipe são as reuniões multiprofissionais nas quais discute-se casos de famílias adscritas à área de abrangência da equipe. Em tais reuniões o ACS compartilha informações obtidas nas visitas domiciliares e a equipe como um todo deve levantar as necessidades em saúde de tais famílias, pensar formas de satisfazê-las e constituir-se enquanto apoio ao trabalho do ACS. O trabalho em equipe, portanto, é um dos pilares do PSF.

Entretanto, algumas descrições dos ACSs apontam para falta de apoio da equipe de saúde ao trabalho realizado por ele. Dificuldades na atuação enquanto equipe são apontadas como empecilhos para a realização de um trabalho conjunto, permeado pela confiabilidade, transparência e ajuda mútua.

“[com a equipe] tem suas barreiras. Às vezes você consegue falar muito bem com um da equipe, com o outro você não consegue. Às vezes o que você pensa, as ideias não batem. Mas, assim, com isso a gente vai aprendendo, né. E vai tentando, se não

der de um jeito, a gente tenta de outro. Com, igual, em qualquer lugar, às vezes no trabalho, você consegue trabalhar com umas pessoas e com as outras não, né.” (ACS2)

“Quando você procura você encontra, mas não que tá disponível, que eu quero, sabe, assim, quando, às vezes quando eu tô muito angustiada eu sento com [cita o nome de um membro da equipe], me abro, falo, choro, brigo, e falo! Mas assim, não é que tem esse canal. Eu consigo isso, mas as outras meninas já não conseguem, entendeu? Então, e o fato, assim, nem todo mundo a gente confia, né, pra tá falando, expondo.” (ACS2)

A equipe é descrita pelos ACSs como um conjunto de pessoas que possuem afinidades entre si, ou seja, não se aponta a interdisciplinariedade como fator constitutivo de um bom trabalho em equipe, mas sim a afinidade e a amizade entre seus membros. Sendo assim, questões pessoais interferem no trabalho em equipe podendo, inclusive, impedir tal trabalho. A ajuda ao enfrentamento de situações complexas no cotidiano do trabalho do ACS não se constitui uma ação coletiva, mas deve ser uma busca pessoal por colegas de trabalho pelos quais o ACS sente confiança. Sendo assim, uma fragmentação da equipe ocorre, na medida em que se elegem membros confiáveis e outros que não são. Considera-se que para além de afinidades e amizades entre os profissionais da equipe, o cuidado ao usuário deve ser o foco do trabalho, viabilizando, independentemente de afinidades, um trabalho conjunto em prol do usuário.

Gomes et al. (2005) usam a metáfora da orquestra para pensar o trabalho em equipe, ou seja, consideram que o agir dos profissionais de saúde de uma equipe, assim como o dos músicos de uma boa orquestra que trabalham em harmonia, deve ser um agir em concerto. Sendo assim, apontam a necessidade de superar a fragmentação atual presente no trabalho em equipe não através da homogeneização de práticas e saberes, mas garantindo a presença das especificidades relativas aos campos de saber profissionais a favor de um objetivo comum – o usuário. O trabalho - sinfonia só ocorre com a presença de todos, mesmo que em alguns momentos determinados instrumentos se sobressairão.

A partir dos relatos dos ACSs infere-se que o trabalho em equipe é um grande problema no PSF, dificultando a realização de um trabalho “usuário-centrado”. A articulação das ações e interações dos profissionais baseadas na ética e no respeito, construindo um “trabalho-sinfonia” parece só ser possível através de amizade e afinidades entre os profissionais, já que

aspectos pessoais acabam penetrando e impedindo a realização de tal trabalho, uma vez que as interações pautadas pela confiança, pelo respeito e pela ética não ocorreriam entre todos os profissionais, mas entre aqueles que possuem afinidades entre si.

Como o trabalho em equipe e a possibilidade de ajuda mútua são marcados por falhas, descreve-se a necessidade do apoio de outros profissionais que não os que compõem a equipe de Saúde da Família.

“Fora que a gente tem que ter uma retaguarda, né, vamos dizer, psicológica pra tudo isso que a gente enfrenta. Porque, embora os outros profissionais da equipe é, também sejam responsáveis e visitem famílias e os atendam aqui no núcleo, e tem também o seu grande, a sua grande dose de boa vontade, de idealismo e de querer construir também, mas o contato não é tão estreito como o nosso. Que além de ter contato da comunidade por morarmos aqui, é também da visita da gente nas casas.” (ACS6)

“Então, eu acharia que a gente tinha que ter uma supervisão. Uma psicóloga com a gente pra bater um papo. Porque na discussão de família, por mais que você fala, parece que não te alivia. Você vem com o peso.” (ACS8)

“E, assim, eu acho que também tem que ter um suporte pra gente, no fato assim... de ensinamento mesmo, sabe, assim, de ter cursos pra gente tá se especializando... é... um psicólogo pra dar um suporte pra gente, porque é difícil, é bem complicado. Porque eu até consigo assim, separar... assim, os problemas daqui com os problemas de lá, daí eu não costumo levar muitos problemas daqui pra minha casa. Porque né... a gente tem que tentar fazer isso, mas às vezes você leva. Um ou outro você acaba levando. Então a gente acha... acho que devia ter alguém pra dar um suporte pra gente.” (ACS2)

Pelo contato íntimo entre ACSs e usuários através das visitas domiciliares, os ACSs apontam ser necessário um suporte emocional, não contemplado nas reuniões de equipe. A supervisão externa, portanto, aparece descrita como forma de auxiliar o ACS no enfrentamento de situações vivenciadas na realização do seu trabalho. Além do suporte psíquico, um suporte mais técnico também é descrito como necessário – cursos – visando uma especialização do ACS.

Cabe ressaltar que o ACS enfrenta no seu trabalho situações que o colocam diante de um “não saber” que angustia, fazendo com que os mesmos descrevam a

necessidade de especialização profissional como forma de tornar seu trabalho mais resolutivo. O ACS dá ao saber o poder de resolver os problemas. Acredita-se que a especialização do ACS, por sua vez, descaracterizaria o ACS enquanto um membro da comunidade, tornando-o mais um profissional da saúde especializado e, conseqüentemente, perdendo o seu potencial de agente político junto à sua própria comunidade ao deixar de realizar o que Silva e Dalmaso (2006) descrevem como sendo o trabalho de mobilização da comunidade no sentido de se organizarem enquanto tal e lutarem por transformações das suas condições de saúde.

### Falta de recompensa

O ACS, conforme já mencionado, pertence à comunidade em que trabalha e precisa ter, no mínimo, concluído o Ensino Fundamental. Sua inserção no Nordeste significou, inclusive, uma oportunidade de emprego e geração de renda para inúmeras pessoas (Silva, 1997). Atualmente o ACS recebe um salário mínimo por quarenta horas de trabalho semanais, podendo contar, em alguns municípios, com benefícios e gratificações.

O ACS descreve uma desvalorização do seu trabalho através da remuneração, ou seja, a valorização do seu trabalho contemplaria uma remuneração maior do que a que recebem.

“E assim, eu acho que também, assim... a gente se sente... é... mal remunerado, porque é muito pouco, a gente vê pessoas na... dentro da nossa área ganhando muito, sendo que a gente tem um serviço pesado, entendeu? E aí a gente é muito mal remunerado. Isso tudo eu acho que tem que ser visto.” (ACS2)

“A gente não é tão bem remunerado, como eu acho que pela, pelas responsabilidades que nós temos. Cuidar de hipertenso, cuidar de diabético, correr atrás de criança, de, de inúmeras tarefas que nós temos. Então, eu acho que é a remuneração nossa não é de acordo [...]. Que às vezes a gente não fica, não tem estímulo pra trabalhar. Isso eu acho que prejudica um pouco o serviço.” (ACS5)

“O nosso salário, por exemplo, é uma coisa que não é condizente com o nosso trabalho e nem com os desgastes que a gente tem, né, então, por exemplo, não vai exigir hoje, que um médico contratado aqui, né, que ele vá querer ter o sonho de ser um médico de saúde da família a vida toda, né, ele pode querer melhorar, até se ele melhorar é normal e a gente entende, né? Então eu acho que essas coisas

que tornam difícil. Que o nosso salário é realmente desestimulante, né, vamos dizer. Por exemplo, as pessoas até ficariam agentes, desde que o salário compensasse, né. Nós não podemos esperar que um jovem, né, que esteja ainda se formando, construindo uma carreira, vá se contentar com um salário que é dez por cento do salário da enfermeira, por exemplo.” (ACS6)

Avaliando a discrepância entre trabalho e salário, o ACS compara o seu salário com os de outros profissionais da área da saúde e recorre ao discurso biomédico, ou seja, cita como suas responsabilidades o cuidado ao hipertenso, ao diabético e às crianças para dizer da importância do seu trabalho. A falta de uma remuneração condizente com o trabalho realizado é descrita como desestimuladora, justificando, portanto, o desinteresse dos profissionais da saúde por continuar trabalhando no Programa Saúde da Família. Sendo assim, o PSF caracteriza-se também como porta de entrada para o trabalho na área da saúde e para jovens profissionais não seria uma proposta de vida, sendo que sair do PSF é descrito pelos ACSs como querer ascender na carreira. Nesse sentido, deve-se repensar o vínculo preconizado entre profissional da saúde e usuário, ou seja, naturalizando a rotatividade de profissionais da saúde no PSF, tal vínculo acaba sendo rompido, devendo ser re-estabelecido com cada novo profissional no serviço, criando um círculo infundável vínculo – rompimento – novo vínculo.

Há também uma desvalorização do trabalho do ACS pela ausência de perspectivas futuras para progressão na carreira. Nesse sentido, o trabalho de ACS constituiria primeira via de acesso ao trabalho em saúde.

“Até um tempo atrás a gente não tinha ticket. E as meninas só tinham salário. Eu entrei aqui depois que o ticket veio, né. Então, a gente tá assim, indo atrás, porque o agente comunitário é uma figura muito importante, entendeu? Não só o salário. A gente tá querendo curso, a gente tá querendo subir. Subir assim, em aspas. Curso pra, pro, como que eu vou dizer, pra agente mesmo. Pra um aprendizado a mais pra gente. Porque a gente vai ser comunitário o resto da vida? É um aprendizado da gente, entendeu?” (ACS8)

A questão salarial parece discrepante dentro da equipe e tal discrepância pode gerar sentimentos de competição e revolta que podem dificultar ainda mais a realização de um trabalho em equipe. Cabe refletir se a necessidade por parte dos ACSs de um saber mais

técnico não está pautada no fato dos profissionais com melhores remunerações terem tais saberes. Sendo assim, possuir um saber técnico além de garantir uma melhor remuneração ampliaria a valorização do trabalho do ACS para além do seu caráter assistencial.

Os ACSs apontam uma contradição entre o que se fala sobre o trabalho e a importância do ACS e sobre sua participação nos resultados do trabalho. Tais resultados são valorizados e exibidos enquanto forma de divulgar a capacidade do PSF, mas ao se fazer isso não se explicita a parcela de trabalho do ACS responsável pela ajuda na conquista desses resultados.

“Conforme chega e que você vai lapidando, lapidando, né, a situação, quer dizer, ele que trouxe o grossão lá. Um lapida, um lapida e outro lapida só que no final o agente já sumiu. Os resultados aqui [mostra com as mãos uma parte mais elevada e outra mais baixa. Nesse momento aponta o ‘aqui’ dito na parte elevada] excelentes, bom, refinados, bonitinhos. Mas, cadê o agente? [aponta para a mão que estava numa posição mais baixa]. Aí, eu me sinto assim, pequenininha, desvalorizada. Sendo que você gastou, se empenhou. É sua vida, é sua dedicação. Porque eu acho que a gente trabalha muito em cima disso, entendeu? [...]. Eu acho que não é valorizado. Mesmo dizendo todos: “não, porque o agente... tudo é com a minha agente”. Só que no fundo você percebe que o agente é só um agente, entendeu? Eu falo, é um soldadinho que tem que ir pro campo, chova ou faça sol, e nada mais que isso. Sabe? É trabalho mesmo aí que, vamos supor, é mão de obra que você sabe que não é isso daí. É uma coisa muito delicada que você lida.” (ACS4)

Nesse sentido, o ACS descreve-se enquanto um trabalhador responsável pelo trabalho bruto de lapidar, ou seja, ele que entra em contato com o que está no universo privado do outro e traz para a equipe o lapidado, isto é, sem as sujeiras – aqui entendidas como os choros, os sentimentos, os sofrimentos – apenas o produto final e de interesse como resultado para a saúde entendida de forma biomédica. Nesse processo de lapidação o trabalhador “braçal” desaparece junto com o que é descartado. O “soldadinho” (sic) aparece aí como quem deve estar à frente da batalha, lutar e arriscar sua vida para um superior ser condecorado pelos resultados.

### **Residir na área**

Conforme já descrito, a peculiaridade do ACS reside no fato do mesmo ter que ser membro da

comunidade para a qual irá trabalhar, ou seja, o ACS deve ser morador da área de abrangência do PSF. Tal exigência facilitaria o reconhecimento das necessidades da comunidade pelo ACS, facilitaria a conquista de confiança dessa comunidade e permitiria ao ACS lutar por direitos e necessidades as quais ele compartilha (Nunes et al., 2002).

Morar na área em que atuam é descrito como problema na medida em que não há uma separação entre o ACS enquanto trabalhador durante seu horário de trabalho e o ACS enquanto morador e fora do horário de trabalho.

“Ao mesmo tempo que isso é bom pro seu trabalho, é, pra sua vida pessoal atrapalha. Porque você sai na rua, ou alguém sabe aonde você mora, várias pessoas já foram na minha casa me procurar, ou me ligaram, acharam o meu telefone na lista e me ligaram [...]. E chorava no telefone e eu não sabia o que fazer com a pessoa. Falar assim “olha, me liga segunda-feira no meu horário de serviço”? Eu não posso fazer isso. Eu tô trabalhando vínculo com essa pessoa e então eu não posso ser ríspida desse jeito [...]. Porque é muito complicado [...]. Se acontece alguma coisa desagradável na sua casa, ou até mesmo na casa de alguém, eles vem te contar. Ou vem te visitar. Que nem um evento, que minha irmã faleceu e veio, foi um monte lá em casa. Até é interessante porque as pessoas me consideram uma amiga, né, a ponto de tá indo na minha casa. Mas ao mesmo tempo, você não é obrigada, né, porque os amigos a gente pode escolher, né. Não é a mesma coisa que o trabalho, que a gente tem que fazer aquilo e acabou.” (ACS10)

Morar na área é descrito como forma de conhecer a comunidade e estabelecer um vínculo com ela. A questão política do ACS ser membro da comunidade em que trabalha e ter a possibilidade de lutar por direitos e necessidades que, muitas vezes, são compartilhados pelo mesmo não é apontada. Residir na área em que atua é considerado uma exposição ruim, ou seja, uma perda de seu espaço e tempo privado na medida em que é difícil para o ACS ter um tempo livre dentro da sua comunidade já que é sempre visto como ACS, mesmo em situações fora do contexto do trabalho. Além disso, por ter a necessidade de estabelecer um vínculo com a comunidade, ele se sente na obrigação de acolher as demandas do usuário no tempo livre e de aceitar amizades não escolhidas.

Além do fato de perder a privacidade, os ACSs apontam também como adversidades por morarem na área, as dificuldades em encontrar residências na

delimitação da área de atuação, justificando, para tanto, as especificidades do bairro e o aumento do preço do aluguel após a cobertura da área pelo Programa Saúde da Família.

“Ó, eu acho importante conhecer. Eu moro faz dezessete anos. Quando eu entrei no serviço, eu era solteira. Agora eu tô casada. Eu moro no fundo da minha mãe. Aí tá, eu conheço a área? Eu conheço. Faz um ano que eu tô nesse serviço, mas faz dezessete que eu moro [...]. eu não sei o meu dia de amanhã, entendeu? Se eu vou ter condições de pagar um aluguel. Depois que o núcleo veio pra cá, os aluguel aqui subiu absurdamente [...]. Se um dia eu precisar mudar, porque? Porque eu quero construir família. Eu casei, eu quero ter filhos, eu quero ir pra frente [...]. Se eu sair fora da área, eu vou perder o meu emprego? Aí é meu ponto de interrogação. Então, assim, a gente tem que conhecer, você entendeu? Mas e do outro lado? [...]. Eu acharia assim, não atrapalhando o horário de entrar no serviço da gente, entendeu? Acho que não atrapalhando isso, acho que é importante a gente conhecer. A gente morar bastante tempo pra gente conhecer. Mas aí fica difícil, né.” (ACS8)

A exigência de residir na área parece ser imposta sem um espaço para discussão e acaba não sendo significada pelos ACSs da mesma forma que foi proposta. Perde-se o caráter político do trabalho do ACS uma vez que o residir na área é apontado como necessário para conhecer a comunidade e cumprir os horários de entrada e saída do trabalho. Tal exigência perde seu caráter de viabilizar o compartilhar as necessidades da comunidade, reconhecer suas potencialidades e estimular a luta pelos seus direitos.

O ACS é o profissional da saúde descrito como elo entre a comunidade usuária do serviço e a equipe de saúde. O fato de residir na área de abrangência do PSF e de estabelecer um vínculo com os usuários é muitas vezes apontado positivamente pela literatura. Concorda-se que tais estratégias são responsáveis por importantes mudanças nas práticas em saúde, mas acredita-se que residir na área de abrangência exige uma atuação direta com as diversas vivências dos usuários que mobiliza o ACS e torna-se fonte de dificuldades na realização do seu trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dizer do “ser Agente Comunitário de Saúde” envolveu apontar as dificuldades que ACSs encontram na realização do seu trabalho. Por tratar-se de um



profissional de inserção recente, considera-se relevante o olhar para as diversas questões que podem dificultar a realização desse trabalho e constituir fonte de desgaste para o profissional.

Considera-se necessário a construção de espaços de apoio efetivos visando a possibilidade de, em equipe, explicitar as dificuldades encontradas na realização do trabalho não apenas do ACS, mas de toda a equipe, e pensar formas em que todos os profissionais da mesma pudessem se constituir enquanto fonte de apoio para essas dificuldades. Pensar o respaldo para a atuação profissional do ACS é pensar na formação de uma equipe que acolha as angústias dos ACSs e, conseqüentemente, uma equipe facilitadora do trabalho de ajuda ao usuário. Nesse sentido, a construção de espaços de reflexão acerca das dificuldades enfrentadas pelos ACSs no cotidiano do trabalho, para além dos espaços já instituídos de reflexão acerca das famílias por eles visitadas, pode instrumentalizar o ACS na realização de seu trabalho. Além disso, o respaldo também envolve o repensar as práticas em saúde, buscando a valorização de todas as tecnologias em saúde, desde as tecnologias relacionais até as intervenções técnicas.

Na medida em que o ACS aponta dificuldades na relação com a equipe, considera-se de ajuda um olhar externo, ou seja, de um profissional que não seja membro da equipe, mas que pode observar o funcionamento da mesma e apontar fatores que dificultem um relacionamento equipe-ACS constituído por relações de ajuda mútua. Além disso, tal profissional pode ajudar na constituição de espaços reflexivos a respeito de alternativas que auxiliem na construção de um trabalho em equipe usuário-centrado, ou seja, um trabalho em que as relações interpessoais entre os membros da equipe priorizem o cuidado ao usuário. Nesse sentido, considera-se que a criação pelo Ministério da Saúde dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008) – com o objetivo de atuar em parceria com os profissionais da Saúde da Família – pode ter o potencial de ajuda na reflexão de tais dificuldades. Ressalta-se, porém, a necessidade de estudos que possam investigar de forma sistemática a relação estabelecida entre os NASF e o PSF visando potencializar essa parceria.

Percebe-se, também, que a valorização financeira através de uma remuneração considerada condizente com o trabalho que realizam ainda é uma questão não resolvida. A valorização do trabalho também perpassa a visibilidade do mesmo, ou seja, o ACS descreve seu trabalho como invisível, comparando-o a de um soldado que enfrenta adversidades, lapida o que encontra no campo de batalha e leva para a equipe a pedra preciosa. Repensar as práticas do ACS e de toda a equipe do

PSF, portanto, também perpassa a transformação de “soldadinhos” em profissionais visíveis e valorizados pelo trabalho que realizam.

Faz-se necessário também a realização de novos estudos que objetivem lançar um olhar para o trabalho do ACS a partir das concepções que usuários e profissionais tem a respeito desse trabalho. Além disso, considera-se relevante uma análise do trabalho do ACS a partir de observações participantes de situações do seu cotidiano no trabalho e acredita-se que a mesma possa complementar e enriquecer a análise efetuada a partir das entrevistas.

## REFERÊNCIAS

- Arantes, M.A.A.C. & Vieira, M.J.F. (2002). *Estresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Azambuja, E.P., Fernandes, G.F.M., Kerber, N.P.C., Silveira, R.S., Silva, A.L., Gonçalves, L.H.T. & Cartana, M.H.F. (2007). Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. *Texto Contexto – Enfermagem*, 16(1), 71-79.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Brasil. (1998). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: DF.
- Brasil. (2000). *Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família*. Brasília: DF.
- Brasil. (2006). Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 (D.O.U. de 06/10/2006). Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11350.htm>>. Acesso em: 07 mar. 2008.
- Brasil. (2008). Portaria No. 154, de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154\\_04\\_03\\_08\\_re.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf)>. Acesso em: 26 out. 2009.
- Figueiredo, M.A.C. (1998). Escalas afetivo-cognitivas de atitude. Construção, validação e interpretação dos resultados. In G. Romanelli & Z.M.M. Biasoli-Alves. *Diálogos metodológicos sobre prática da pesquisa* (pp. 51-70). Ribeirão Preto, SP: Legis Summa.
- Gomes, R.S., Pinheiro, R. & Guizardi, F.L. (2005). A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In R. Pinheiro & R.A. Mattos. *Construção social da demanda* (pp. 105-116). Rio de Janeiro: UERJ, CEPESC, ABRASCO.
- Mendes, E.V. (1995). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In E.V. Mendes. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS* (3ª ed.): (pp. 19-92). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- Merhy, E.E., Chakkour, M., Stéfano, E., Stéfano, M.E., Santos, C.M., Rodrigues, R.A. & Oliveira, P.C.P. (2007). Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In E.E. Merhy & R. Onocko. *Agir em saúde: um desafio para o público* (3ª ed.): (pp. 113-160). São Paulo: Hucitec.
- Nunes, M. de O. (trad.), L.B., Almeida, B.A., Homem, C.R. & Melo, M.C.I.C. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Caderno de Saúde Pública*, 18(6), 1639-1646.

- Oliveira, E.M. & Spiri, W.C. (2006). Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 727-733.
- Schraiber, L.B. & Mendes-Gonçalves, R.B. (1996). Necessidades de saúde e Atenção Primária. In L.B. Schraiber, M.I.B. Nemes & R.B. Mendes-Gonçalves. *Saúde do Adulto: programas e ações na Unidade Básica* (pp. 29-47). São Paulo: Hucitec.
- Silva, M. J. da (1997). *Agente de Saúde: Agente de mudança? – A experiência do Ceará*. Ceará: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura.
- Silva, J.A. & Dalmaso, A.S.W. (2006). *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer* (1ª reimpressão). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Trapé, C.A. & Soares, C.B. (2007) Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(1), 142-149.

Recebido em: 05/11/2009. Aceito em: 23/11/2010.

**Dados das Autoras:**

Viviane Milan Pupin – Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo – FFCLRP/USP.

Cármen Lúcia Cardoso – Professora Doutora do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FFCLRP/USP.

**Enviar correspondência para:**

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – FFCLRP/USP  
Departamento de Psicologia e Educação  
Av. Bandeirantes, 3900 – Bloco 5 – Sala 33-A  
CEP 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: vivianepupin@yahoo.com.br  
carmen@ffclrp.usp.br