

O ESTRESSE NO COTIDIANO DO AGENTE COMUNITÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Cristiane de Melo Aggio* – Unicentro
(crisaggio@hotmail.com)

Introdução

Dentre as tentativas de mudança do modelo de atenção à saúde, o Ministério da Saúde lançou mão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), em meados dos anos noventa, porém o surgimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) aconteceu no Ceará na década de oitenta, quando a seca assolava o estado nordestino e foram recrutadas mulheres pobres, conhecidas e respeitadas na comunidade, independentemente da sua escolaridade, para desenvolver simples ações em saúde capazes de modificar os indicadores de saúde locais da saúde da criança, garantindo-lhes uma renda, inspirado na experiência de um projeto da Universidade de Brasília, de 1975. As repercussões da exitosa experiência cearense contribuíram para que, em 1989, o governo instituisse o Programa de Agentes Comunitários (PAC), que já existia em outros países e, em 1991, o programa Nacional de Agentes de Saúde (PNACS), a fim de reorganizar o contexto nacional de serviço público de prestação de cuidados em saúde ineficaz e precária. Devido à necessidade de supervisão deste pessoal, os municípios foram contratando profissionais de saúde que fossem responsáveis por tal atividade e gradativamente os enfermeiros foram assumiram a liderança do grupo de agentes comunitários. De semelhante modo, quando o PSF foi lançado nacionalmente, o Ceará já o tinha experimentado anteriormente. O PACS foi a primeira estratégia de reestruturação da atenção básica que pregava uma assistência à saúde local e domiciliar, com ações simples e embasadas na lógica de prevenção e promoção à saúde, tendo o agente comunitário como principal ator desta mudança. Posteriormente, o PSF foi concebido como modelo substitutivo da rede básica tradicional (focada na cura e na doença, na fragmentação de saberes dos especialistas e em cuidados médicos e hospitalares), necessitando de desenvolvimento de habilidades, atitudes e alta complexidade de saberes empregados na lógica de vigilância à saúde, também ocupando papel de destaque o ACS neste

(2) Mestranda do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Unicentro, Especialista em Saúde da Família e em Docência para o nível superior, graduação em enfermagem na Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA, professor do departamento de enfermagem da Unicentro. Contato: crisaggio@hotmail.com

processo. Embora os ACSs lutassem pelo devido reconhecimento profissional desde a oitava Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que define saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão e que deu bases para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, somente em 1999, o Decreto n. 3.189, de 4 de outubro de e a Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002, incorpora o ACS na equipe de saúde, para desenvolver ações de educação em saúde e cuidados primários, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão do enfermeiro. Para ocupar este cargo lhe é exigido ser maior de dezoito anos, ter concluído o ensino médio e residir na área de abrangência da unidade de saúde, sendo desnecessária qualquer experiência na área da saúde, sendo sua capacitação para o trabalho de responsabilidade da equipe de saúde a fim de que possa detectar as necessidades de saúde da comunidade.

A obrigatoriedade do ACS residir no mesmo local em que trabalha é interessante à equipe de saúde, na medida em que auxilia no melhor entendimento das potencialidades e vulnerabilidades da população da área adscrita, porém, o vivenciar das mesmas condições sociais, materiais, de moradia precária e intelectual das famílias que acompanha expõe o ACS ao sofrimento psíquico, de modo que este compartilhar das mesmas condições de vida da comunidade faz com que o ACS sofra mais intensamente em seu trabalho. A dupla inserção do ACS na comunidade tem relação direta com a duplicidade de suas tarefas, pois funcionam como entregadores que dão movimento às informações entre o munícipe e o posto de saúde, não sendo claro para o ACS, equipe e população os limites entre o ato de morar na comunidade e para ela trabalhar.

Objetivo

Analisar a produção científica sobre o estresse no cotidiano dos agentes comunitários da Estratégia Saúde da Família.

Metodologia

Estudo, de caráter bibliográfico foi realizado nos bancos de dados da Bireme, utilizando os descritores em Ciências da Saúde: agente comunitário de saúde, estresse e saúde da família submetida a cruzamentos entre si. Como critério de inclusão foi selecionado: a) artigo original

e disponibilizado online na íntegra; (b) publicado nos últimos dez anos (2003 a 2013); (c) qualquer idioma; (d) aborde o estresse do agente comunitário de saúde da Estratégia saúde da família, sendo excluídos os artigos que não atenderam a tais critérios. O tratamento dos dados seguiu a análise de conteúdo categorial e a discussão foi embasada no referencial teórico da psicodinâmica do trabalho.

Atendendo aos critérios de inclusão já citados, dos vinte trabalhos encontrados, quatorze estavam disponíveis para o acesso on line, sendo dez artigos e quatro teses, que foram excluídas. Todos os trabalhos estavam escritos em português e discutiam o processo de trabalho do ACS, o esgotamento profissional, o estresse psicológico, a falta de reconhecimento e aceitação, os nós do trabalho em equipe e da resolutividade da Estratégia Saúde da Família, entre outro, conforme apresentado no quadro 1. Destes, um foi excluído por discutir os maus-tratos contra a criança e três estavam citados por mais de uma vez, sendo finalizada a amostra com seis artigos.

Quadro 1: Caracterização dos artigos analisados

ARTIGO	PROFISSÃO	ASSUNTO PRINCIPAL
MARTINES; CHAVES, 2007	Enfermeiros	Vulnerabilidade ao sofrimento Carga psíquica no trabalho e cansaço físico Necessidade de reconhecimento e aceitação da profissão Precariedade do processo de trabalho do ACS e da equipe
SANTOS; DAVID, 2011	Enfermeiros	Sobrecarga psíquica, queixas físicas e sinais de esgotamento Baixo reconhecimento profissional Sobrecarga de trabalho Desmotivação com a imposição de tarefas burocráticas Exposição à violência, insegurança e medo

MAIA; SILVA; MENDES, 2011	Médico Acadêmico de medicina Dentista	Síndrome de Burnout Processo de trabalho do ACS e fatores predisponentes da síndrome
WAI; CARVALHO, 2009	Enfermeiros	Fontes de estresse e estratégias de enfrentamento Condições de trabalho, carga emocional, relacionamento interpessoal, sobrecarga de trabalho, trabalho em equipe Enfrentamento focado no problema e repressivo
LOPES; et al, 2012	Enfermeiros	Processo de trabalho do ACS Aspectos prazerosos: ser reconhecido, receber manifestações de carinho, ser resolutivo, construção da sua identidade na comunidade Aspectos negativos: desconhecimento e desvalorização da sua profissão e de seu sofrimento, fragilidade na rede de atenção à saúde, porosidade de morar e trabalhar na comunidade, compartilhar das mazelas comunitárias, não resolutividade das demandas e desarticulação da rede de atenção à saúde
LANCMAN; et al, 2009	Fonoaudiólogo Fisioterapia Terapeuta ocupacional	Impotência frente a precariedade da comunidade Não reconhecimento dos seus esforços Porosidade nos limites profissionais e pessoais Contaminação do tempo de trabalho

Resultados e discussão

Tais artigos têm recente publicação, entre 2007 e 2012, a maior parte foi produzida por enfermeiros e está publicada em revistas da área da enfermagem, com Qualis interdisciplinar

de B1, tendo o estado de São Paulo como campo de pesquisa mais explorado e a metodologia qualitativa a mais utilizada. O tratamento dos dados seguiu a análise temática do conteúdo proposta por Laurence Bardin, emergindo quatro categorias: Aspectos positivos de ser ACS, aspectos negativos de ser ACS, processo de trabalho do ACS e a Saúde da Família enquanto estratégia de mudança de modelo de atenção à saúde.

Quanto a Estratégia de Saúde da Família, mesmo não constando nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, verificou que ao ACS é delegada a função de dar devolutiva às demandas da comunidade e mesmo sendo o enfermeiro quem mais pesquisa o trabalho do ACS, este deixa a desejar quanto a supervisão, capacitação e educação continuada desse profissional. Deve-se destacar a falta de acolhimento por parte da equipe de saúde às demandas psicoafetivas do ACS, provavelmente porque o processo de trabalho na estratégia de Saúde da Família ainda seja marcado pela individualidade das categorias profissionais e pela fragmentação do trabalho. Também foi identificada a sobrecarga de trabalho do ACS, o que reforça a contradição entre o trabalho recomendado e o praticado em seu cotidiano.

Em relação ao processo de trabalho do ACS, identificou-se a falta de habilidade para lidar com o tempo, o excesso de tarefas e as críticas, para preservar espaço familiar, o tempo de descanso e para discernir sobre seus limites na reciprocidade com o outro. Também são citados sentimentos de frustração, ansiedade, solidão, revolta, inutilidade, impotência, solidão, cansaço, de desconhecimento e desvalorização do SIAB enquanto ferramenta do seu trabalho e da equipe e o desprezo pelas atividades burocráticas que lhes sobrecarrega e limita para as atividades de visita domiciliar. Estes fatos correspondem com a falta de identidade profissional, sendo o ACS um profissional de saúde recente e em processo de construção, assim como a mudança do modelo de atenção à saúde em nosso país.

Dentre os trabalhos analisados, somente Lopes, et al (2012) apresentam os aspectos prazerosos de ser agente comunitário, como ter seu trabalho reconhecido pela comunidade e dela receber manifestações de carinho, afeto e gratidão, lhes conferindo sensação de ser resolutivo nas melhorias na saúde da população local e colaborando para a construção da sua identidade enquanto sujeito. Em contrapartida, a maior parte dos artigos cita o não reconhecimento de seus esforços, a resistência, a incompreensão ou negação por parte da comunidade sobre as orientações do ACS, como aspectos negativos de ser agente comunitário, alimentando sentimentos de frustração, impotência, angústia e inutilidade, bem como a reprova da profissão pelos familiares. Quanto ao gênero, para o ACS do sexo

masculino tem sido mais difícil formar vínculo, estabelecer e manter acesso às famílias nas quais só a empregada doméstica, esposa e/ou dona de casa está presente no momento da visita domiciliar, com a qual ainda tem de tratar assuntos referentes à saúde da mulher. A obrigatoriedade do ACS morar e trabalhar na mesma área pode prolongar a jornada de trabalho do ACS, interferir no seu tempo livre e em sua privacidade, além da intensa exposição e compartilhamento com os problemas sociais comunitários, como miséria, prostituição, crime, violência intrafamiliar, enfermidade e morte, exposição a fofocas e boatos e conflitos éticos ao terem de tratar igualmente aqueles que cometem delitos e infrações. Por vezes ele tem de acionar/denunciar as famílias visitadas a órgãos de apoio como o conselho tutelar, polícia militar, conselho do idoso, entre outros, representando o próprio Estado na comunidade, fato gerador de insegurança, ameaça à integridade física e moral, medo e temor de represália pelos descontentes como serviço e até mesmo o prejuízo no seu pertencimento, identidade e liberdade na comunidade, favorecendo o estresse laboral crônico, os desgastes emocionais e o clima de inimizades e disputa. Acrescenta-se que a idealização da prática do ACS é insuficiente para manter sua onipotência de profissional de saúde sempre disposto a ajudar na comunidade e que a autoconfiança do ACS sobre suas expectativas, da equipe de saúde e da comunidade distanciam-no de sua real possibilidade de atuação, reforçando na comunidade a responsabilização do ACS pela resolutividade dos problemas do território. Estas situações desencadeiam no ACS sentimentos depressivos, de angústia, frustração e desamparo, somatizados como cefaleia, HAS, cansaço, alterações no padrão de sono, fadiga física e psíquica, nervosismo, depressão, medo de não dar conta, que afetam seu cotidiano de trabalho e vida particular, podendo ocorrer a necessidade de usar remédios para dormir e antidepressivos ou o descuido com a própria saúde, como estratégia de negação dos danos físicos do seu trabalho.

Inegavelmente, a capacidade de trabalhar difere o homem dos demais animais, permitindo-lhe manter e dar sentido à vida individual e comunitária, desenvolver potencialidades, criatividade, autoestima, identidade e reconhecimento social, porém, o trabalho provocou a segregação dos homens conforme a produtividade e acúmulo de bens, a natureza das atividades e o gênero, de tal modo que este passou a produzir para a demanda consumista do mercado e não mais para si, distanciando-se do seu poder de criação e gerando sofrimento e insatisfação, devendo-se investigar as repercussões no indivíduo do prazer e adoecimento no trabalho.

Neste sentido, é considerável a quantidade de publicações sobre o incremento no número de trabalhadores que adoecem em função do trabalho que exercem, sendo necessária mais atenção a este grupo, especialmente quando seu ambiente de trabalho é gerador de conflitos e exige contato direto e constante com pessoas, características próprias do trabalho do ACS.

Como o estresse traduz a relação do indivíduo com as contingências ameaçadoras do seu meio ao seu bem estar, é preciso dar atenção aos estímulos físicos e psicossociais do ambiente de trabalho que possam facilitar o surgimento do estresse laboral. Contudo, nos processos de seleção de pessoal, exames admissionais e avaliações de desempenho do trabalho, raramente identifica-se as variáveis individuais determinantes de estresse, como etnia, a autonomia para realizar tarefas, gênero, capacidade de estabelecer vínculo com a instituição e colegas de trabalho, o suporte social de colegas do trabalho, da familiar e social, idade, locus de controle, estágio da vida, número de mudanças ou outros eventos de vida, valores sobre o trabalho, autoestima, flexibilidade, condições de saúde, padrão de comportamento, função, comportamento pró-ativo e o envolvimento com a comunidade, estratégias de enfrentamento e inteligência, além do tamanho da unidade de trabalho, a coesão grupal e o clima organizacional.

Conclusão

O cotidiano do trabalho do ACS e o processo de trabalho das equipes de saúde merecem atenção, de forma a promover boas condições de vida aqueles que executam o dever do Estado de cuidar dos cidadãos. O processo de trabalho do ACS, marcado pela invisibilidades de seus esforços e desvalorização, pelo entendimento equivocado de suas atribuições e consequentes dificuldades pode constranger seus desejos e necessidades e gerar conflitos, frustrações, fragilidade identitária, pressões psíquicas e somáticas. Como o trabalho do ACS gera desgaste e a carga de trabalho é superior a sua capacidade de adaptação física, psicoafetiva e cognitiva, pode ocorrer desgaste do corpo e da mente, adoecimento e estresse laboral.

É de conhecimento público o desafio dos profissionais de saúde, em especial os da atenção básica, de modificar as práticas de saúde e consolidação do SUS, através de empenho,

interesse, preparo e motivação dos envolvidos para que seja reduzida a distancia entre os serviços de saúde e as pessoas e que o cuidado se torne resolutivo, interdisciplinar e integral, não podendo ser o ACS o maior responsabilizado por tamanha mudança, lembrando que ele também precisa ser visto neste processo como sujeito detentor de saberes e singularidades, com necessidades de ser escutado, acolhido e assistido na prevenção, promoção e recuperação de seu bem-estar, conforme conta na Política de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde.

Referências

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Revista e Atualizada. Lisboa-Portugal: Edições 70; 2008.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMELO, Silvia H. Henriques; ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, n. 1, v. 12, fev., 2004.

Dejours C. A psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola djouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo (SP): Atlas; 1994.

LANCMAN, S.; et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev.Saúde pública, n. 43, v. 4, p. 682-688, 2009.

LOPES, D. M. Q.; et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, n. 3, v. 46, jun., 2012.

MAIA, L. D. G.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 36, n. 123, jun. 2011 .

MARTINEZ, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde do Programa de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm. USP, n. 41, v. 3, p. 426-33, 2007.

SANTOS, L. F. B.; DAVID, H. M. S. L. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. Rev. Enferm. UERJ, n. 19, v.1, jan./mar., 2011.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. Rev. Enferm. UERJ, n.17, v. 4, out./dez., 2009.