

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: DIFICULDADES NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA PROFISSÃO E ADOECIMENTO (*)

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro¹

¹ Docente do Curso de Graduação em Psicologia e do Mestrado em Educação da Universidade do Oeste Paulista-Presidente Prudente-SP.

sandrafogacarr@gmail.com

Resumo: Este texto é sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família, de ordem técnica, no cuidado e na assistência à população e político, na organização da manifestação popular, compreendido como o elo entre a população e a equipe. O objetivo foi fazer uma revisão bibliográfica sobre a construção histórica da profissão do Agente Comunitário de Saúde utilizando artigos indexados sobre pesquisas empíricas e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Para a análise foram utilizados referenciais teóricos da Saúde Coletiva, Psicodinâmica do Trabalho e aportes foucaultianos. Concluiu-se que a especificidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde passou por uma construção histórica, permeada por dificuldades e adoecimentos.

Palavras Chave: Sofrimento; Trabalho; Programa Saúde da Família; Relações Comunidade-Instituição; Agente Comunitário de Saúde.

COMMUNITY HEALTH AGENT: DIFFICULTIES IN THE CONSTRUCTION OF THE HISTORICAL PROFESSION AND ILLNESS

Abstract: This text is the work of the Community Health Agent in Family Health Strategy, technical, in the care and assistance to public and political organization of mass demonstrations, understood as the link between population and staff. The objective was to review existing literature on the historical construction of the profession of the Community Health Agent using articles indexed of research emprícas official documents of the Ministry of Health were used to analyze theoretical references of Community Health, Labour and Psychodynamic contributions Foucault. It was concluded that the specificity of the work of Community Health Agents went through a historic building, surrounded by difficulties and illnesses.

Keywords: Suffering; Work; Family Health Program; Community-Institutional Relations; Community Health Agent.

Introdução

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família é, de ordem técnica, no cuidado e na assistência à população e político, na organização da manifestação popular, compreendido como o elo entre a população e a equipe (BRASIL, 2006). O objetivo deste texto foi fazer uma revisão bibliográfica sobre a construção histórica da profissão do Agente Comunitário de Saúde, utilizando artigos indexados sobre pesquisas empíricas e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Nesse sentido, apresentar-se-ão alguns estudos, apontando as peculiaridades da mulher no âmbito do trabalho. Em conformidade com a maioria das categorias de profissionais da saúde, as mulheres predominam no exercício da função de Agente Comunitário de Saúde, sendo que seria mais coerente a designação da função no gênero feminino: Agente Comunitária de Saúde. Depois será exposta a construção histórica da figura do Agente Comunitário de Saúde, bem como as principais legislações do Ministério da Saúde que regulamentaram a profissão. Finalmente será apresentado o que já se constatou em pesquisas empíricas sobre o sofrimento da categoria, bem como será feita uma análise baseada em referenciais teóricos da Saúde Coletiva, Psicodinâmica do Trabalho e aportes foucaultianos.

Alguns estudos (BRUSCHINI, 2007. LEITE, 2003/08. GEORGES, 2009. Hirata, 1998) sobre a questão do trabalho feminino, apontam que o aumento de mulheres no mercado de trabalho tem diversos sentidos no contexto da reestruturação produtiva, com agravos em relação à precarização e desigualdade. Apesar de alguns avanços, predomina uma combinação desastrosa entre o trabalho feminino, o trabalho sofrido e o trabalho precário.

Segundo Bruschini (2007), o panorama da entrada da mulher no mercado de trabalho, desde a última década do século XX, foi marcado por progressos e atrasos. Os atrasos caracterizam-se por: má qualidade do trabalho ofertado, atividades precárias e informais, sobrecarga de mães/donas de casa/trabalhadoras e instabilidade. Os progressos revelam-se pela intensidade e constância do trabalho feminino no mercado de trabalho, pelo acesso às carreiras de prestígio e cargos de gerência.

Entretanto, segundo a autora, apesar dessas mudanças,

muita coisa continua igual: as mulheres seguem sendo as principais responsáveis pelas atividades domésticas e cuidados com os filhos e demais familiares, o que representa uma sobrecarga para aquelas que também realizam atividades econômicas (BRUSCHINI, 2007, p. 5).

Araújo contextualiza a situação do trabalho feminino frente à reestruturação produtiva, apontando

as consequências perversas do processo de reestruturação produtiva para o conjunto dos trabalhadores. A degradação das condições e relações de trabalho conformam novas modalidades de exclusão social. Essas condições incidem de forma especial e mais aguda sobre as mulheres trabalhadoras, pois, no seu caso, as novas formas de exclusão se sobrepõem aos antigos mecanismos de exclusão de gênero, potencializando-os. (ARAÚJO, 2001/02, p. 135)

Bruschini (2007, p. 11) aponta alguns “guetos” ocupacionais femininos, como a educação, a saúde, o bem estar social, humanidades e artes. Segundo a autora, há algumas áreas tradicionalmente femininas “como educação (81% de mulheres), saúde e bem estar social (74%), humanidades e artes (65%)”. Hirata (2002), pesquisadora nessa área há muitos anos, enfatiza também a predominância de mulheres no campo da saúde, (2002, p. 356), “na área da saúde, mais de 70% dos empregos do setor formal eram ocupados por mulheres em 1998”.

Diante do exposto, pergunta-se com Hirata (2002, p. 198) “de que maneira a tecnologia afeta a organização, os postos e a qualificação do trabalho e dos trabalhadores se a mão de obra for masculina ou feminina?” A resposta é complexa, mas neste espaço é possível analisar por meio da resposta da própria autora que, apesar de a entrada da mulher no mercado ter aumentado, infelizmente na organização do trabalho ela continua limitada aos guetos acima colocados. Com remuneração e condições de trabalho diferentes para homens e mulheres, percebe-se a mulher ocupando postos que exigem habilidade manual, disciplina e rapidez, pois essas características são ideologicamente concebidas como essencialmente femininas.

Nas palavras de Hirata (2002, p. 218),

a divisão sexual do trabalho parece, assim, não evoluir no mesmo diapasão que a história da tecnologia, mas ser submetida a um peso histórico que torna possível, apenas o deslocamento das fronteiras do feminino e do masculino, jamais a supressão da própria divisão sexual.

Ainda por meio das reflexões de Hirata (2002) é importante destacar alguns pontos: consolidação do acesso das mulheres ao mercado de trabalho desde 1990; segmentação de gênero acompanhado de raça/cor; persistência de mulheres mais velhas, casadas e com filhos, no mercado; volta ao cenário das mais jovens com o fortalecimento da indústria; queda da fecundidade e redução do tamanho das famílias; envelhecimento da população; aumento das famílias chefiadas por mulheres; escolaridade feminina maior que a masculina, mas em áreas específicas como artes, humanas e biológicas; diminuição da remuneração e do prestígio em ocupações com aumento do contingente feminino.

Seligmann-Silva (2011, p. 227) corrobora essas reflexões analisando o que vem sendo denominado de “crises nervosas” em mulheres em ambientes de trabalho, sem identificação das causas laborais dessas crises. Em suas palavras,

um quadro habitual, que surge em serviços de atendimento médico, é o das ‘crises nervosas’ cujas razões laborais raramente são identificadas. Essas crises são frequentemente encaradas como ‘inferioridade nervosa’ própria do sexo feminino.

Observou-se essa crise nervosa nas trabalhadoras da Unidade Saúde da Família, estudada por Ribeiro (2006). Essa questão constitui-se numa temática “Um dia de Explosão”. Caracterizou-se por um dia específico de sofrimento maior, culminando em crises de choro e preocupação excessiva. Um caso que se apresentou foi de troca de medicação, em meio à correria do trabalho.

A trabalhadora relatou:

Eu fiz uma troca de medicação. É um trabalho que exige, tem horário pra entregar... o senso de responsabilidade da gente é muito grande. Eu me repreendi. Não precisou dela (outra trabalhadora) me repreender. Eu mesma me repreendi. Isso me fez muito mal. Fiquei uns par de dias mal. Entrei em crise nervosa. (RIBEIRO, 2006, p. 70).

Segundo estudos de Seligmann-Silva (2011, p. 473) “a autorrepressão constante origina irritabilidade intensa, que por sua vez exige novo aumento do esforço de controle”. Foi o que aconteceu com a trabalhadora, que afirmou ter sido ela mesma que se repreendeu, uma autorrepressão que a levou exatamente para o que tanto queria evitar, o erro de medicação. É evidente que a crise estava relacionada à correria, pois ela mesma afirma que “o trabalho exige, tem horário pra entregar”, mas o que ela mesma fez foi culpabilizar-se. Além disso, é provável que a situação da trabalhadora que ficou ‘uns par de dias mal’ teve repercussões deletérias nos atendimentos aos seus usuários, bem como para sua família. Essas consequências encadeadas do sofrimento no trabalho têm sido discutidas por Seligmann-Silva (2011) como multiplicação social dos danos para a vida cotidiana. Cabe a pergunta: como uma trabalhadora de saúde em situações de desgaste ou sofrimento pode cuidar da saúde do outro? As repercussões acabam sendo prejudiciais tanto para o trabalhador como para o paciente atendido.

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde, afetado por estes processos adoecedores, em virtude da desvalorização do trabalho feminino, resultou de uma construção histórica da profissão, com momentos favoráveis e desfavoráveis, apresentados logo a seguir.

Construção Histórica da Figura do Agente Comunitário de Saúde

A figura de um profissional de saúde que faz a ponte entre a equipe de saúde e a população é anterior às experiências da Saúde da Família. Silva e Dalmaso (2002) fazem uma breve revisão histórica, valorizando a inserção do Agente Comunitário de Saúde na reorientação do modelo da assistência à saúde no país, por meio dos movimentos sociais e sanitários, que compreendem a prevenção, a promoção e a assistência como atos contínuos e que passam necessariamente por um processo social que envolve não só o adoecer, mas também a maneira saudável de viver das pessoas em comunidade.

Programas como o Serviço Especial de Saúde Pública, desenvolvido entre 1942 e 1960, já instituíam um trabalhador conhecido como “visitador sanitário” que desempenhava ações de ligação entre os serviços

e a comunidade, hoje fortemente associadas à figura do Agente Comunitário de Saúde. Em 1987, um treinamento de duas semanas preparou uma frente de trabalho, especialmente com a participação de mulheres, por volta de 6.113 trabalhadoras, para atender a emergências relacionadas à seca do nordeste, em 118 municípios do Ceará, durante aproximadamente um ano. Num segundo momento, procurou-se dar continuidade ao programa, tanto para atender às necessidades de saúde da população como para empregar mulheres das regiões mais pobres do estado, "buscando melhorar a condição social desse grupo" (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 191). A comunidade é que elegia essas mulheres, pois deveriam residir na área e ter participação popular, pois se compreendia que eram condições que facilitariam o trabalho de promoção à saúde.

Mais tarde, o trabalho estendeu-se, dando origem, em 1991, ao Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, pelo Ministério da Saúde, com ações em regiões isoladas do país, tornando-se, no ano de 1992, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo ampliado para todo o território nacional, com ênfase na saúde materno-infantil nos primeiros anos e depois para outras áreas de atenção à saúde, pois indicadores clássicos de situação de saúde, sobre mortalidade infantil, aleitamento materno e vacinação foram alterados favoravelmente.

A regulamentação da prática do Agente Comunitário de Saúde tem se configurado como um campo controvertido, com opiniões a favor e contra a profissionalização da categoria; alguns alegam que a formação específica em saúde poderia destituí-lo da sua originária posição de representante de comunidade, tornando-se um profissional como os demais da equipe (SILVA; DALMASO, 2002). A não-escolarização do Agente Comunitário de Saúde era equivocadamente justificada pela necessidade de o trabalhador ser representativo da comunidade, e demonstra conceitualmente a desvalorização cultural tanto do Agente Comunitário de Saúde como da população, reforçando e considerando a deficiência educacional como algo dado e acabado. Outro desvio desvalorizante da profissão é o excesso de atividades burocráticas e de baixa complexidade atribuídas ao Agente Comunitário de Saúde " (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Quanto à regularização da profissão em forma de lei, o caminho foi longo. Do primeiro projeto de lei nº 5.287, em 1993, até a lei 11.350, de 2006, foi um período no qual algumas outras leis foram promulgadas, dentre as quais, a 10.507, de 2002, que criou a profissão do Agente Comunitário de Saúde, sendo revogada e atualizada posteriormente pela lei 11.350, de 2006 (BRASIL, 2002b, 2006b), que manteve o reconhecimento da profissão do Agente Comunitário de Saúde, a necessidade de morar no território de atuação e a exigência do ensino

fundamental, como escolaridade mínima. Acrescentou a obrigatoriedade da contratação direta pelos municípios, proibindo a terceirização, como uma tentativa de desprecarizar o trabalho.

Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p. 190) explicam o percurso legal a respeito dessa tentativa, enfatizando que o Agente Comunitário de Saúde poderá ser demitido, caso não cumpra o requisito de morar na área em que atua:

O artigo 8º da lei nº 11.350 estabelece que os agentes comunitários de saúde e agentes de endemias deverão ser contratados por vínculo CLT, exceto nos casos em que alguma lei local determinar outro regime jurídico. Trata-se de vínculo direto com os municípios – sem intermediação de organizações sociais, como vinha acontecendo em muitas regiões – mas sem direito à estabilidade e outros benefícios garantidos pelo regime estatutário. O mesmo argumento utilizado anteriormente, contra a realização de concurso público, de que era preciso garantir modos de exigir que os agentes comunitários de saúde morassem nas comunidades em que atuam, prevaleceu na definição do vínculo CLT. O parágrafo único do artigo 10 da lei determina que um agente comunitário de saúde poderá ser demitido caso não cumpra o requisito de “residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público” ou apresentar declaração falsa de residência.

Diante dos embates sobre favorecimento ou não da formação do Agente Comunitário de Saúde, contrapõem-se diversas concepções de trabalho, educação e saúde. Segundo Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p. 189),

esses embates se traduzem principalmente pela tentativa dos diversos sujeitos envolvidos – trabalhadores, gestores do SUS, centros formadores, representantes dos poderes legislativo e judiciário – de ‘inflexionar’ as políticas relativas à gestão do trabalho e da educação dos agentes comunitário de saúde, conforme os interesses que representam. Da correlação de forças entre esses sujeitos políticos, resultará a conformação da situação desse trabalhador, que se encontra hoje em pleno processo instituinte.

Dessa correlação de forças, equacionou-se a seguinte proposta curricular: um curso de formação técnica de 400 horas, sendo 200 horas teóricas e 200 horas de dispersão para atividades práticas (REIS *et al.*, 2004). A legislação que regulamentou esses cursos (BRASIL, 2004b) dispõe o seguinte:

O perfil profissional de conclusão previsto para ser desenvolvido nesses três módulos ou etapas do itinerário formativo do técnico Agente Comunitário de Saúde retrata, em cada uma das etapas formativas, uma dimensão do trabalho do Agente Comunitário de Saúde:

-

- No 1º módulo, competências “no âmbito da mobilização social, da integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações”;
- No 2º módulo, competências “no âmbito da promoção da saúde e prevenção das doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes”;
- No 3º módulo, competências “no âmbito da promoção e do monitoramento das situações de riscos ambiental e sanitário”.

A estrutura curricular do curso contempla esses três módulos formativos, nos quais a formação deve valorizar a singularidade profissional desse trabalhador, tendo as características do seu perfil social, a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo.

Quanto à certificação profissional, o referencial curricular proposto pelo Ministério da Saúde para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde prevê, apenas, o “diploma de técnico Agente Comunitário de Saúde aos alunos que concluírem todos os módulos do curso, tendo desenvolvido as competências requeridas e já possuírem o certificado do Ensino Médio”.

O último parágrafo da legislação acima revela uma contradição entre o perfil exigido pela lei 11.350 (BRASIL, 2006b) e a certificação profissional do Agente Comunitário de Saúde, pois a exigência para contratação é apenas o ensino fundamental, impossibilitando que muitos trabalhadores em atuação concluam legalmente o curso. Embora a lei 11.350 tenha sido promulgada em 2006, dois anos depois da proposta curricular de 2004, não foi atualizada, conservando os requisitos exigidos pela lei 10.507, ou seja, somente ensino fundamental para o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde. A consequência de tal contradição foi que, a maioria dos municípios, optou por uma formação inicial, o curso introdutório, por causa da falta de formação de ensino médio dos seus agentes.

Em 1997, a portaria 1.886 (BRASIL, 1997) aprovou as normas e diretrizes integrando PACS, Agente Comunitário de Saúde e PSF, posteriormente atualizadas na portaria nº 648 de 2006 (BRASIL, 2006a), já citada anteriormente. Nestes documentos preserva-se a centralidade das atividades de prevenção e promoção da saúde, permitindo-se a ação do Agente Comunitário de Saúde em Unidades Básicas de Saúde.

Nesta breve revisão histórica, procurou-se citar as principais legislações que tramitaram no Congresso Nacional regulamentando a atividade do Agente Comunitário de Saúde, sem pretender ser exaustivo. Dentre todas as alterações, a situação do Agente Comunitário de Saúde continua sendo singular, principalmente pela exigência de que more no bairro no qual se localiza a unidade da Saúde da Família. A questão da

formação, apresentada nos moldes de cursos recomendados por diretrizes ministeriais, constitui-se numa das possibilidades de formação da categoria, mas não é a única. Outras formas de desenvolvimento da educação no trabalho de maneira continuada serão abordadas na última parte deste texto, integrando uma análise das repercussões desses processos na minimização do sofrimento do Agente Comunitário de Saúde.

A seguir, apresentam-se as pesquisas mais recentes, realizadas sobre a atuação do Agente Comunitário de Saúde, apesar de já ter sido verificado por Maia, Silva e Mendes (2011) uma carência de pesquisas empíricas sobre a categoria.

Uma das pesquisas sobre o assunto (LOTTA, 2006, p. 157) enfatizou, de forma isolada, que as Agentes Comunitárias de Saúde são valorizadas no seu trabalho pela equipe, contribuindo com os profissionais no desenvolvimento do trabalho em equipe, com resultados favoráveis na interação com médicos, enfermeiros e demais categorias.

Afirma que:

as observações permitem inferir que os Agentes têm conseguido levar para os outros profissionais de saúde aprendizados sobre os saberes locais que, aos poucos, vão sendo incorporados e respeitados. Desta forma, por exemplo, é que se comprova a grande aceitação e valorização que os demais profissionais têm do trabalho dos agentes comunitários de saúde e, inclusive, a responsabilidade que lhes colocam nas práticas e nos discursos.

Entretanto, outras pesquisas sobre a atuação do Agente Comunitário de Saúde têm apontado aspectos controvertidos sobre isso. Contrariamente, afirmam que a atuação tem se apresentado com dificuldades de trabalho entre o Agente Comunitário de Saúde e a equipe (MENEGOLLA; POLLETO; KRAHL, 2003. GONÇALVES, 2009). Wai (2007) aponta desconforto relatado pelos Agentes Comunitários de Saúde em relação às expectativas que os outros profissionais cultivam sobre a realização de seu trabalho, no que concerne a uma total disponibilidade para o cumprimento das visitas domiciliares, não importando para isso que o trabalho se realize aos fins de semana ou à noite. Alguns autores detalham a atuação da categoria, apontando: relação tensa com a equipe gerando cansaço e desgaste (MARTINES; CHAVES, 2006. SIMÕES, 2009); há também o relato da utilização da mão-de-obra do Agente Comunitário de Saúde como uma espécie de “quebra-galhos”, atuando em desvio de função, negligenciando atividades inerentes a sua profissão e contribuindo, desta forma, com a sobrecarga de seu processo de trabalho (SIMÕES, 2009). Além disso, se apresentam: oscilações entre uma postura técnica de assistência e outra social-político-solidária, excesso de trabalho burocrático, exposições a contradições sociais diversas,

dificuldades frente à diversidade de fenômenos, sujeição a perigos e vulnerabilidade de sua privacidade frente à proximidade da população e por morar no território (TEIXEIRA; MISHIMA; PEREIRA, 2000. SILVA; DALMASO, 2002. FORTES; SPINETTI, 2004. FERRAZ; AERTS, 2005).

Outros aspectos identificados na literatura foram: desgaste vinculado à função de elo entre serviço e comunidade, exercida por este profissional; desgaste frente à proximidade emocional com a população e o contato direto com os problemas socioeconômicos do território; pouca participação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe; lugar de "tapa-buracos" frente à carência de profissionais; formação insuficiente no que tange aos conhecimentos humano-sociais (MAIA; SILVA; MENDES, 2011. KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006. VIEIRA; CORDEIRO, 2005. FERRAZ; AERTS, 2005).

Gonçalves (2009) reforça a importância do Agente Comunitário de Saúde na consideração do processo saúde-doença a partir do cotidiano, enfatizando as conquistas do Agente Comunitário de Saúde na equipe de saúde; entretanto aponta algumas questões que geram sofrimento, como: falta de formação, principalmente para os contratados mais recentes, formação na unidade desalinhada da Secretaria Municipal de Saúde, processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) em fase inicial, cobrança maior da equipe em relação ao Agente Comunitário de Saúde, falta de suporte da equipe.

Refletindo sobre essas pesquisas, torna-se evidente que a figura do Agente Comunitário de Saúde tem se desenvolvido numa construção histórica de vários anos, fruto de conquistas sociais e comunitárias na área da saúde. Entretanto, houve um processo de sofrimento da categoria de Agentes Comunitários de Saúde, que pode ser sintetizado em três questões principais: a desvalorização inerente às profissões exercidas predominantemente por mulheres; a falta de formação; a presença contínua no campo de trabalho por morar e trabalhar no território. Essas questões ameaçam sua saúde e podem comprometer sua atuação e até mesmo sua fundamental permanência na equipe de saúde, requerendo reflexões que indiquem possibilidades salutares para a categoria.

Diante dessas questões, optou-se por fazer uma articulação na compreensão de duas dessas questões: uma sobre o fato de morarem e trabalharem no mesmo local, comprometendo a sua privacidade; outra relacionada à falta da formação permanente, frente às políticas responsáveis por estas ações.

Apresentar-se-á, a seguir, uma articulação teórica sobre privacidade, sofrimento, vínculo e formação, partindo de uma base teórica foucaultiana sobre liberdade e cuidado de si. Não seria a formação uma

condição essencial para abrir caminhos saudáveis para o Agente Comunitário de Saúde? Isso seria possível num trabalho que o coloca frente a frente com sua atividade o tempo todo?

Articulação de Conceitos: Sofrimento, Privacidade, Vínculo e Formação

À luz dos estudos de Foucault (1996), observa-se que a liberdade está intimamente ligada ao cuidado de si, o que parece faltar precisamente aos Agentes Comunitários de Saúde que sofrem. Contraditoriamente são eles que têm a incumbência de cuidar do sofrimento dos usuários ou pacientes e descuidam de si, num processo que Pitta (2003) designou como "dor e morte como ofício".

As contribuições de Foucault (1996) sobre a concepção de liberdade atrelada ao cuidado de si fortalecem a idéia de que os problemas que o trabalhador tem ao ser destituído da natureza livre, inerente a sua condição de humano, marcos da sociedade capitalista, incidem diretamente sobre a sua saúde, com efeitos deletérios. Baseando-se nessa concepção, Foucault (1996) assume que a ética, enquanto prática reflexiva da liberdade, considera três tipos de relações: consigo mesmo, com as coisas e com os outros. Assim, o cuidado de si é ligado a um processo de subjetivação, que perpassa o cuidado de si e o cuidado com o outro.

Para discorrer sobre essas relações, o autor recorre aos gregos, explicando que estes usavam uma técnica para se constituírem sujeitos de si. Usavam a arte, como se a vida fosse uma obra de arte, baseada em exercícios artísticos, numa ação artística sobre si mesmo e sobre o outro. Na verdade é o que se denomina "Ilustração", que pode ser compreendido como um "ensaio" que se faz da própria vida para experimentar novas possibilidades. Nesse sentido, o "ilustrar-se" permite o cuidar de si para resistir aos limites que são impostos, que são desnecessários reflexivamente. Obviamente, nem tudo pode ser continuamente criado e pensado, pois o indivíduo vive constantemente num paradoxo, rodeado de coisas que fogem a sua governabilidade. Não é sempre que as decisões podem ser conscientes ou ativas, mas há que se procurar outros momentos que possibilitem a reflexão. Por isso, o ser humano é um constante devir, uma constante mudança; não há sujeito puro, a-histórico. As relações e a subjetivação estão sempre permeadas pelo contexto histórico e temporal em que se vive. As pessoas são concebidas como "posições" diversas na vida, ocupando diversas posições em diversos momentos; não são essência nem particularidade única, mas múltiplas personalidades, múltiplas subjetividades, tantas quantas forem possibilitadas pelas relações. Podemos depreender dessas ideias que cabe

ao trabalhador cuidar de si, acompanhar as constantes mudanças no universo laboral para que possa concomitantemente acompanhar a si mesmo, ser um atento interlocutor do mundo do trabalho em relação a si próprio, explorando todas as possibilidades e "posições possíveis" nesse contexto de trabalho (FOUCAULT, 1984).

Na situação de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, parece que esse processo de experimentar várias posições por meio do exercício da liberdade não está sendo possível, com o agravante de ter um aumento da jornada de trabalho, proporcionada muitas vezes pela proximidade entre o local que trabalha e mora, exigência de legislação própria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b). Essa fala da pesquisa de Ribeiro (2011) exemplifica a questão: *"A filha tem 60 e a mãe não consegue nem andar e olha ela. Eu já cheguei a ir lá, no final de semana, eu sei que é fora do limite, mas às vezes eu não consigo, porque é na rua da minha casa"*. De certa forma, as pessoas que o cercam se sentem "autorizadas" a fazerem um controle diário da vida privada do ACS. Uma participante conta a seguinte situação: *"Eu fiquei 15 dias de atestado, mas eu precisava sair... E falavam: Você não tá trabalhando, mas o que está acontecendo? Por que? Sua vida é controlada. Totalmente vigiada. (outros participantes continuam contando o que as pessoas lhes falam): Você não foi fazer visita hoje? Você foi fazer visita mais cedo hoje? Querem saber de tudo. Quem chegou e quem saiu da sua casa."*

Pode-se verificar um controle exacerbado da população sobre o ACS, que tem sua privacidade comprometida por uma posição assumida no trabalho, de vínculo exacerbado, que o adoce. Esse comprometimento da liberdade emperra a constituição da subjetivação e, por conseguinte, o cuidado de si.

Essa identificação proveniente do vínculo entre o Agente Comunitário de Saúde e o usuário facilita o atendimento, é uma conquista de todo o movimento social e sanitário já explicitado anteriormente, mas precisa ser problematizada e analisada sob quais circunstâncias ocorre, qual é o respaldo da equipe da Saúde da Família no processo, pois tem se constituído como um fator de desgaste para o trabalhador. Algo que é preconizado como princípio do programa pode estar sendo alicerçado numa experiência de sofrimento. Dejours, Dessors e Desrioux (1993) refletem que o sofrimento é útil para os modos de produção capitalista. Os autores chegam a esta conclusão estudando processos de trabalho nos quais as exigências de ser cordial e a proibição de se irritar com o cliente levam o trabalhador a procurar a saída para seu desespero, reduzindo o tempo de execução da tarefa, trabalhando mais depressa. É exatamente o que se espera para otimização de seus rendimentos. Assim, sem nenhuma reserva, potencializa-se a produção, valendo-se do próprio sofrimento do trabalhador. Sobre isso Dejours (1992, p.103) afirma que "o sofrimento

psíquico, longe de ser um epifenômeno, é o próprio instrumento para obtenção do trabalho”. De certa forma, isso se aplica ao vínculo entre o Agente Comunitário de Saúde e o usuário, que embora necessário e potente na assistência à saúde, se configura numa situação de desgaste, agravada por morar na mesma região em que se localiza a unidade de trabalho.

Nogueira-Martins (2003) discute a dificuldade de preservação da saúde mental do Agente Comunitário de Saúde, levando em consideração que a absorção da dor e o sofrimento do outro se intensifica através da intimidade que se estabelece no vínculo do profissional com o usuário. Na Saúde da Família o vínculo é um dos pressupostos básicos, mas diante da proximidade, vulnerabiliza o Agente Comunitário de Saúde. A empatia detona um sofrimento porque não há limites, o trabalhador mistura-se com o outro. A compreensão que o trabalhador tem de si e dos outros sobre si mesmo fica confusa, impedindo-o de usufruir da liberdade que reflexivamente possibilitaria o cuidado de si, no sentido foucaultiano (FOUCAULT, 1996).

Diante de tantas dificuldades singulares da categoria, com um sofrimento permeado por aspectos inerentes às suas atribuições no trabalho, observou-se uma busca incessante por ajuda e por formação (RIBEIRO, 2006). Neste sentido, pergunta-se: até que ponto os espaços de educação e formação continuada contemplam as dificuldades acima relatadas? Quem está assumindo essa formação e como está sendo feita?

O sofrimento do Agente Comunitário de Saúde, visto pela falta de formação e informação, é uma das possibilidades que se apresenta. Por isso, é oportuno contextualizá-lo nas políticas de formação profissional propostas pelas vias públicas, para depois analisar se tais políticas colaboram para o processo de liberdade do trabalhador, passando de sujeito do outro a sujeito de si, no sentido foucaultiano.

Uma dessas propostas fica a cargo dos Centros Formadores de Recursos Humanos (CEFOR) e das Escolas Técnicas do SUS (Etsus). Tais escolas públicas estão espalhadas por todo o território nacional, compondo 36 unidades, com áreas de atuação especificamente dirigidas para o SUS, atreladas em sua maior parcela às secretarias estaduais e municipais de saúde, com atributos de orientação, ordenação e participação na qualificação dos trabalhadores de saúde, contribuindo para a consolidação das políticas públicas de saúde (Morosini; Corbo; Guimarães, 2007).

Outra proposta é a de Educação Permanente em Saúde (EPS). Desde setembro de 2003, a EPS, como referencial pedagógico e como política pública, assumiu o principal papel na organização de ações junto

aos diversos órgãos envolvidos no processo de formação e qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal papel se respalda em documentos oficiais do Ministério da Saúde, bem como de Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, articulando parcerias com outros segmentos como o Ministério da Educação, entidades de profissionais de ensino das profissões de saúde e outros (BRASIL, 2004a). Diante disso, este texto seguirá tomando essa proposta como referência para o prosseguimento da análise.

Inspirada em princípios da Educação Crítico-Reflexiva, a Educação Permanente em Saúde, reconhece os educandos como sujeitos ativos de seus próprios conhecimentos, construindo significados e definindo sentidos e representações da realidade de acordo com suas experiências e vivências. O eixo central desse referencial consiste no pensamento crítico/produtivo e na atividade consciente/intencional dos educandos na resolução dos problemas encontrados na realidade (DELORS, 2001. FREIRE, 2006).

Por meio de um Guia prático do Agente Comunitário, o “Ministério da Saúde reconhece que o processo de qualificação dos agentes deve ser permanente” (BRASIL, 2009, p. 9), afirmando que os 200 mil Agentes Comunitários de Saúde no território nacional devem ser contemplados por essa formação. Entretanto, parece que a EPS ainda não é uma concretude, mas uma expectativa.

A princípio, a operacionalização destas ações se dava por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, instâncias interinstitucionais que congregavam diversos atores, dentre eles, docentes e alunos de instituições formadoras, gestores e trabalhadores do setor saúde e usuários formando rodas para o caminhar do processo (BRASIL, 2004a). Segundo Ceccim (2005), até julho de 2005 foram organizados em todo o país 105 Pólos. A expectativa do autor era a transformação do SUS numa rede-escola, tendo a formação um lugar central nas políticas de saúde. Luckesi (1999, p. 29) corrobora essas ideias afirmando que formação se faz no dia-a-dia, “atuando no e com o mundo e meditando sobre essa prática”, desenvolvendo atitudes críticas sobre a realidade.

Essa configuração operacional da EPS passou por transformações, na tentativa de torná-la mais participativa, seguindo as mudanças preconizadas pelo Pacto da Saúde (BRASIL, 2006a) e a criação de novas instâncias deliberativas no SUS. O funcionamento e as demandas das necessidades educativas estão, atualmente, sendo debatidas por fóruns ligados aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), que são os Núcleos de Educação Permanente (NEP). E, abrangendo uma macro-região, as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) reúnem-se regularmente,

devendo aprovar o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) (BRASIL, 2007).

Retomando o questionamento sobre a liberdade do Agente Comunitário de Saúde, colocada anteriormente sob a ótica foucaultiana, parece que a Educação Permanente em Saúde deveria colaborar para isso, pois parece estar fundamentada numa prática reflexiva da realidade.

Corroborando os benefícios do processo de formação e informação sobre o próprio trabalho em oposição a mecanismos de poder exercidos perniciosamente, é pertinente mencionar o que diz Seligmann-Silva (1994, p. 97) sobre o assunto:

as instrumentalizações de dominação que se fazem através da desinformação, da utilização de sentimentos e da estimulação de orgulho pelo trabalho bem feito são algumas das técnicas adotadas pelo poder que recebem fortalecimento considerável da disciplina, favorecendo a eficácia da mesma, preparando terreno para garantir a aceitação das exigências disciplinares. Desta forma, assegura-se também que 'corpos dóceis', de que nos fala Foucault, se tornem mais dóceis ainda.

Daí, conclui-se que a EPS seria um dispositivo favorável na saúde mental do Agente Comunitário de Saúde, desde que alguns entraves fossem diluídos, possibilitando, dentre outras coisas, que o trabalhador desse setor se tornasse, por meio da prática reflexiva da liberdade, um profissional saudável, diferente do atual, que é sofrido e aprisionado por uma vigilância e poder dominante. Quem sabe, num futuro possa se transformar no trabalhador idealizado pela Educação Permanente em Saúde, um trabalhador-educador-formador, expandindo os conhecimentos em toda rede para gerações atuais e posteriores de profissionais.

Em síntese, através do retrospecto histórico da constituição da profissão do Agente Comunitário de Saúde e articulações entre sofrimento psíquico, trabalho, privacidade e formação, foi possível compreender o quanto a saúde, também afetada pela lógica neoliberal, está numa situação nem totalmente favorável, nem totalmente desfavorável, possibilitando ao trabalhador abrir brechas na sua conjuntura. Conserva características de uma produção artesanal, abrindo um caminho, embora penoso, para a criatividade. Ações inovadoras assumidas por aqueles que vislumbram mudanças no quadro das organizações do trabalho podem colaborar para o bem-estar tanto do trabalhador quanto do usuário.

Especificamente sobre o Agente Comunitário de Saúde, supõe-se que o seu sofrimento pela falta de privacidade é de difícil superação, pois requer manejos ou formação que dê conta de aliviar o desgaste de um trabalhador que fica em seu posto de trabalho vinte e quatro horas por dia.

Referências

ARAÚJO, A. M. C. *Apresentação: dossiê gênero no trabalho*. Cadernos Pagu. Campinas, v. 17/18, p. 131-138, 2001/2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 1886. Aprova as normas e diretrizes do PACS e PSF*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. *Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. *Portaria n. 648/GM 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 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRUSCHINI, M. C. A. *Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos*. (Texto preparado para apresentação no Seminário Internacional Gênero e Trabalho). São Paulo e Rio de Janeiro, 2007.

CECCIM, R. B. *Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p. 975-986, 2005.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5.ed. São Paulo: Oboré, 168 p, 1992.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. *Por um trabalho, fator de equilíbrio*. Tradução Maria Irene S. Betiol. Revisão Edith Seligmann-Silva. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

DELORS J, (Org.). *Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. *O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, abr./jun. 2005.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. *O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, set./out. 2004.

FOUCAULT, M. *Sobre la ilustración*. Madrid: Tecnos, 1984.

FOUCAULT, M. *Hermenéutica del sujeto*. La Plata: Altamira, 1996.

FREIRE P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 33.ed. São Paulo: Paz e Terra, 148 p. , 2006.

GEORGES, I. *Trabalho precário ou inclusão social e econômica? O caso dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de proteção social (APS) da região metropolitana de São Paulo (RMSP), Brasil*. Comunicação para o VI Congresso do ALAST. México, Mesa 16: Trabajo atípico y precarización. 2009.

GONÇALVES, A. *A saúde e a população: contribuição para entendimento deste binômio em nosso meio*. Ciência e Cultura. Campinas, v. 33, p. 1425-1429, 1981.

GONÇALVES, R. I. *O cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde: relações com os usuários e equipe de saúde*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Botucatu. Universidade Estadual Paulista, 147 p., 2009.

HIRATA, H. *Reestruturação produtiva, trabalho e relações de gênero*. Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho. Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 5-27, 1998.

_____. *Nova divisão sexual do trabalho?: um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2002.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. *O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 14, n.6, nov./dez 2006.

LEITE, M. P. *O trabalho e suas configurações: conceitos e realidades*. Campinas : Unicamp, 2008. (Texto realizado no âmbito do projeto *A crise e as experiências de geração de emprego e renda: as distintas faces do trabalho associado e a questão de gênero*).

LOTTA, G. S. *Saber e poder: agentes comunitários de saúde aproximando saberes locais e políticas públicas*. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

LUCKESI, C. C. O papel da didática na formação do educador. In: CANDAU, V. M. (Org.). *A didática em questão*. Petrópolis: Vozes, p. 25-34, 1999.

MAIA, L. D.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. *Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, v. 36, n.123, p. 93-102, jan./jun. 2011.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. *Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, set. 2007.

MENEGOLLA, V. L; POLLETO, D.S.; KRAHL, M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, jul./dez. 2003.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. *O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional*. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs.). *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 189-211.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. *Saúde mental dos profissionais de saúde*. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. Belo Horizonte, v. 1, n.1, p. 56-68, 2003.

PITTA, A. M. F. *Hospital, dor e morte como ofício*. 5. ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 198 p., 2003.

REIS, R. C.; TONHÁ, M. G. D. C. ; PADOANI, M. P. *Trabalhar em rede: um desafio para as escolas técnicas do SUS*. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 189-201, 2004.

RIBEIRO, S. F. R. *Sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 162 p., 2006.

RIBEIRO, S. F. R. *O sofrimento psíquico e a privacidade do agente comunitário de saúde*. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 149 p., 2011.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 322 p., , 1994.

_____. *Psicopatologia e saúde mental no trabalho*. In: MENDES, R. *Patologia do trabalho*. São Paulo: Ateneu, v. 2, p. 1142-1182, 2003.

_____. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, J.A.; DALMASO, A. S. W. *O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 10, p. 75-96, 2002.

SIMÕES, A. R. *O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse*. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina. Florianópolis, v. 2, n. 1, jan./jul. 2009.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. *O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde: a assistência à saúde da família*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 53, n. 2, p. 193-206, 2000.

VIEIRA, C. M.; CORDEIRO, M. P. *Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do "Programa Saúde da Família"*. Arquivos Brasileiros de Psicologia. Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 58-74, 2005.

WAI, M. F. P. *O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento*. (Dissertação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 137 p., 2007.

(*) Esse manuscrito foi baseado em tese de doutorado da autora do artigo, com o título Sofrimento psíquico e privacidade do Agente Comunitário de Saúde, 2011, Faculdade de Educação, UNICAMP.

Artigo apresentado em 22/08/2012
Aprovado em 10/10/2012
Versão final apresentada em 19/10/2012