

**O cotidiano do Agente Comunitário de Saúde na zona rural:
entre o sofrimento e a pertença profissional**

*The daily life of Community Health Workers in the rural area:
between suffering and professional belonging*

*La vida diaria de los Agentes Comunitarios de Salud del área
rural: entre el sufrimiento y la pertenencia profesional*

Beatriz Santana Caçador¹
Samara Belisa Vieira Lobo Fonseca²
Laylla Veridiana Castória Silva³
Rodolfo Gonçalves de Melo⁴
Gian Batista Carmo⁵
Lilian Cristina Rezende⁶

RESUMO:

O estudo teve por objetivo compreender o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde na zona rural. Para isso, foi realizado um estudo de natureza qualitativa, cujos participantes foram sete agentes comunitários de saúde atuantes na zona rural de um município no interior de Minas Gerais. Foi realizada uma entrevista aberta, orientada por roteiro semiestruturado, entre os meses de agosto a outubro de 2017. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin. Observa-se que o cotidiano do agente comunitário de saúde na zona rural tem sido marcado pela insegurança decorrente da ocorrência de assaltos, as longas distâncias e dificuldade de transporte e as ações da gestão que não condizem com a realidade da comunidade. Essa realidade provoca sentimentos de sofrimento moral, mas, também, percebe-se

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Email: cacadorbeatriz2@gmail.com

² Enfermeira Obstétrica no Hospital Santa Teresa (Rede Santa Catarina) – Petrópolis- Rio de Janeiro

³ Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Doenças Infecciosas na Universidade Federal do Espírito Santo

⁴ Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa

⁵ Mestre em Ciências da saúde pela Universidade Federal de Viçosa. Enfermeiro na Prefeitura Municipal de Viçosa

⁶ Enfermeira, residente pós-doutoral no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

a presença de laços afetivos e pertença profissional. Assim, evidencia-se que é fundamental conhecer a realidade material e subjetiva do cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde na zona rural, para que seja possível contribuir para a melhoria de seu processo de trabalho bem como pensar estratégias de saúde do trabalhador e educação permanente que sejam coerentes com sua realidade de vida e de construção de suas artes do fazer.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Zona Rural; Emoções.

ABSTRACT:

The study aimed to understand the daily work of community health agents in rural areas. For this, a qualitative study was carried out, whose participants seven-community health agents were working in the rural area of a municipality in the Minas Gerais's inland city. An open interview was conducted, guided by a semi-structured script, between the months of August and October 2017. The data were submitted to Bardin's Content Analysis. It is observed that the daily life of the community health workers in the rural area has been marked by insecurity resulting from the occurrence of robberies, the long distances and difficulty in transporting and the management actions that do not match the reality of the community. This reality causes feelings of moral suffering, but also the presence of affective ties and professional belonging is perceived. Like this, it is evident that it is essential to know the material and subjective reality of the daily work of community health workers in rural areas, so that it is possible to contribute to the improvement of their work process as well as to think of occupational health and education strategies permanent that are coherent with their reality of life and construction of their arts of doing.

Keywords: Community Health Workers; Rural Areas; Emotions

RESUMEN:

El estudio tuvo como objetivo comprender el trabajo cotidiano de los agentes comunitarios de salud en las zonas rurales. Para eso, se realizó un estudio cualitativo, cuyos participantes fueron siete agentes comunitarios de salud que actúan en el área rural de un municipio del interior de Minas Gerais. Entre agosto y octubre de 2017 se realizó una entrevista abierta guiada por un guión semiestructurado. Los datos se enviaron al análisis de contenido de Bardin. Se observa que el cotidiano del agente comunitario de salud en el área rural ha sido marcado por la inseguridad debido a la ocurrencia de robos, largas distancias y dificultades en el transporte y acciones de gestión que no corresponden a la realidad de la comunidad. Esta realidad provoca sentimientos de angustia moral, pero también es posible percibir la presencia de vínculos de seguridad y pertenencia profesional. Asimismo, se evidencia que es fundamental conocer la realidad material y subjetiva del trabajador, los agentes

comunitarios de salud en el medio rural, para que se pueda contribuir al mejor mejoramiento del proceso de trabajo, así como compensar estrategias para la salud y la educación de los trabajadores permanentes perdidos, seguros de la vida y construcción de su oficio.

Palabras clave: Agentes comunitarios de salud; Media Rural; Emociones.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, representa uma importante transformação social para a garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Tem como pressuposto a compreensão ampliada de saúde de modo a reconhecer as determinações sociais como fundamentais no processo de saúde, doença e cuidado. Ademais, assume-se o cuidado integral como perspectiva da ação em saúde¹.

No que tange à perspectiva da integralidade, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF) de 1994 -posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) - surgem para aprimorar e melhorar as condições de saúde das famílias nas comunidades. Juntos, atuam na prevenção de agravos e promoção da saúde sob a ótica dos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade².

Nesse sentido, a ESF introduz novos paradigmas de produção do cuidado e de organização do processo de trabalho dentro do qual se destaca a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS). O ACS é responsável por promover o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, além de facilitar o acesso e a introdução dessa produção de cuidado no cotidiano de vida da comunidade¹.

Desse modo, o cotidiano de trabalho do ACS é marcado pela peculiaridade de ser trabalhador da saúde e morador da comunidade, vivenciando todas as determinações sociais que permeiam o viver da comunidade. Há que se ressaltar ainda as singularidades inscritas na zona rural

haja vista os desafios que perpassam seu cotidiano como: dificuldade para realização de busca ativa e visita domiciliar; mudança periódica de clima, entre chuva, sol, calor e outras intempéries; falta de meios de transportes para deslocamento na comunidade e grande distância entre a área atendida e a unidade de saúde; animais à solta no trajeto; presença de animais peçonhentos; estradas precárias; vulnerabilidade social; problemas sociais na comunidade, como falta de saneamento básico e proliferação de doenças infectocontagiosas; dentre outros desafios³.

Importa destacar que o processo histórico de construção da prática profissional do ACS é permeado por conflitos com relação ao escopo e natureza de seu fazer, além das fragilidades em sua formação para o exercício profissional⁴. Nesse sentido, Martines *et al*⁵ afirmam que mediante ausência de perspectiva com relação aos elementos constitutivos da organização do processo de trabalho do ACS, bem como lacunas e fragilidades estruturais do modelo de atenção à saúde fazem de seu cotidiano um lócus importante de vivências subjetivas decorrentes das contradições que lhes são inerentes e da idealização da própria prática em seu cotidiano.

Considera-se a perspectiva de Certeau⁶ sobre o cotidiano, compreendendo-o como o lugar da invenção, mas também da opressão. É no cotidiano que se expressam as micro liberdades e micro resistências do homem comum que se revelam no ordinário da vida, mediante sua prática a qual, por sua vez, subjetiva a norma, a política e imposições da ordem dominante. Assim, o cotidiano é palco de astúcias anônimas de artes que reconfiguram a realidade⁶.

Assim, tem-se como pressuposto que as singularidades inscritas no cotidiano de trabalho do ACS na zona rural mobilizam vivências subjetivas que afetam diretamente sua forma de ser e estar no mundo, inclusive, seus atos de pertencimento profissional. Dessa forma, surge a inquietação “Como é o cotidiano do agente comunitário de saúde nas áreas rurais?”

A partir dessa perspectiva, o estudo tem por objetivo compreender o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde da zona rural.

1 Metodologia

Estudo de natureza qualitativa, a fim de compreender os significados dos fenômenos estudados, a partir do contexto no qual se insere, do lugar onde acontece, bem como do encontro entre o observador, o objeto de análise e seu entorno⁷.

O estudo foi realizado em um município no interior de Minas Gerais, que possui oito Programas de Estratégia de Saúde da Família e que atende às demandas da zona rural. Assim, foram convidados a participarem do estudo 8 agentes comunitários de saúde, um de cada ESF, entretanto, um se recusou a participar de modo que participaram sete agentes comunitários no estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta orientada por roteiro semiestruturado, agendada de acordo com a disponibilidade do entrevistado, gravadas e transcritas na íntegra, a fim de garantir a fidedignidade dos dados. Os pesquisadores foram treinados para a coleta. Para garantir o sigilo das entrevistas foram identificadas de E1 a E7.

A coleta ocorreu no período de agosto a outubro de 2017, em local privado, previamente agendado com o entrevistado e o entrevistador. A secretaria de saúde do município em questão liberou os profissionais para a realização da entrevista.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin⁸. Na organização foram aplicadas as três etapas: pré-análise, com transcrição das entrevistas na íntegra; exploração do material, com tratamento descritivo das informações contidas nas falas, transformando-as em dados com significados; e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação, com confronto dos dados à luz da literatura⁸.

O estudo respeitou os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEPH-UFV Parecer 1.135.193) de 02 julho de 2015, e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município. Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2 Resultados e discussão

Em relação ao perfil dos participantes, todos os participantes eram mulheres, sendo três casadas, três solteiras e uma divorciada. Além disso, as sete possuíam ensino médio completo. O tempo de serviço variou entre seis e vinte anos.

De forma geral, o predomínio de mulheres na pesquisa foi semelhante ao observado em outros estudos. A presença feminina, tradicionalmente, é marcante em outros profissionais de saúde, o que reforça o estereótipo da mulher como figura responsável pelo cuidado. Isso atua como algo intimamente ligado ao papel de cuidador exercido pela mulher dentro da sociedade, uma vez que em seus lares tornam-se responsáveis pelo cuidado⁹.

Acrescenta-se ainda a esses dados, o fato que o cargo de agente comunitário de saúde possibilita a inserção ou reinserção das mulheres no mercado de trabalho, a fim de incrementarem a renda familiar, sem a necessidade de se afastarem da família ou da comunidade onde moram. Sabe-se que, historicamente, a mulher assume um lugar de cuidadora, com afinidade e sensibilidade, e ao atuarem em sua comunidade e representarem seus usuários nos serviços de saúde, conseguem oferecer um cuidado mais humanizado¹⁰.

Compreende-se que o grau de escolaridade está relacionado às condições do agente comunitário de saúde de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade. Entretanto, menores níveis de escolaridade podem estar relacionados à baixa remuneração profissional e

contínua perda do seu papel como mobilizador da comunidade e como sujeito social atuante⁹.

Assim, segundo Vidal¹¹, infere-se que, a profissão do agente comunitário de saúde, majoritariamente, é composta por mulheres que reside nas comunidades, com pouca qualificação técnica, mas, que procuram oportunidades de trabalho e de geração de renda, mesmo com remuneração menor, desde que próxima à sua residência, para conciliação com as demais atribuições socialmente impostas. Demonstra-se, também, uma grande proporção de profissionais solteiras e divorciadas, em concordância com as mudanças atuais na sociedade.

Em consonância com o presente estudo, evidencia-se que o tempo de trabalho geralmente é alto, devido à baixa rotatividade dos profissionais, que pode estar relacionado ao tipo de vínculo empregatício, quase em sua totalidade do quadro permanente municipal. Isso constitui-se um aspecto positivo, pois o grande tempo de serviço naquele local, contribui para a construção de laços firmes de confiança no trabalho do ACS com a comunidade¹².

2.1 Partindo do cotidiano de trabalho

No cotidiano de trabalho, o ACS configura-se como um elo entre a comunidade e a equipe de saúde. Dessa forma, une dois universos – senso comum e saber científico -- os quais historicamente têm se mantido distantes. O ACS atua tecendo as tramas do fio complexo da produção social da saúde, através do cuidado com o outro, cuidado de si, integralidade dessas formas de cuidado e promoção da saúde¹³.

Entretanto, alguns problemas ocorrem nesse cotidiano de produção de saúde, tanto no contexto urbano quanto no rural. Nota-se que o ACS da zona rural convive com desafios singulares, principalmente no tocante ao acesso à comunidade rural que assiste, pois não há veículo suficiente para auxiliar no percurso, os horários de ônibus são escassos, além disso, há uma grande

distância entre às residências, geralmente com estradas não asfaltadas, que causa inacessibilidade em áreas específicas. Também, há o risco de sofrer assalto, devido à incidência de violência em algumas localidades, conforme evidenciado nos depoimentos a seguir.

“[...] Agora está tendo assalto, às vezes lá eles tão achando moto roubada. Tem um paciente da minha área que foi roubado três ou quatro vezes, assim direto, sabe? E assim, não tem horário, nem casa, onde eu moro lá na zona rural um foi assaltado, três horas da tarde, então assim, eu tenho medo, eu vou, mas eu vou com medo, mas eu gosto. Assim, apesar de todas as dificuldades que tem, eu amo trabalhar na zona rural. (E5)” “Na zona rural, a distância é muito grande, aí o médico vai lá, mas horário de ônibus lá só tem 2 vezes por semana e os outros dias? Se não tiver o carro no vizinho, vai ficar doente, vai ficar passando mal, pode até morrer. (E3)” “Um pouco de dificuldade da zona rural é o transporte, tem área nossa da zona rural, uma boa área é descoberta, sem agente de saúde, está faltando dois agentes de saúde, a área mais distante está sem agente de saúde, e lá a lotação é só duas vezes por dia ou vem oito horas da manhã e quatro horas da tarde, e não tem mais horários, quer dizer, a pessoa que vem num ônibus oito horas da manhã tem que esperar três horas da tarde pra voltar. (E2)”

Os depoimentos revelam que a superação da distância entre as moradias rurais e as equipes de saúde da família tornam-se um grande desafio imposto ao ACS para organizar o acesso das populações rurais ao cuidado em saúde. Para que essa (re)organização ocorra é unânime no estudo a necessidade do apoio da gestão¹⁴.

Porém, o ACS lida no cotidiano com problemas decorrentes da gestão, que afetam diretamente a qualidade do serviço prestado, além dos inúmeros obstáculos causados pela dificuldade de acessibilidade à zona rural, conforme evidenciado abaixo.

“A forma que eles [gestão] não pensam no paciente, não senta com você, pra ver a realidade, isso várias vezes acontece, eles não querem saber da

realidade de ninguém, e a mudança sempre tem que ser o melhor pra eles, e aí a gente tem que adaptar, é coisa assim que bate e volta, porque eles tentam a mudança, a gente sabe que não dá certo, mas tem que ser assim, então fica muito difícil, é esse tipo de dificuldade que acontece diariamente, esse tipo de mudança que a gente não pode fazer nada, simplesmente, chegar para o paciente e poder falar, e para eles mais difícil ainda por ser da zona rural, a gente tá assim de pés e mãos atadas, mas tem que passar pra eles esse tipo de mudança. (E6)”

O agente comunitário de saúde constitui-se como uma personificação do acesso à saúde para a comunidade, seja por ser uma primeira referência, e às vezes única, para acolher às demandas da população, principalmente na zona rural, no qual médicos e enfermeiros possuem dias específicos para realização de consultas e visitas domiciliares, seja por identificar e construir orientações e encaminhamentos às necessidades de saúde das pessoas, buscando articulações junto aos diferentes atores para desenvolvimento de melhorias no sistema de saúde local¹⁴.

Neste contexto, o ACS é essencial para viabilizar apoio, implementação e desenvolvimento de ações voltadas para a comunidade, entretanto, não se sentem apoiados e reconhecidos pela gestão, relação essa que se for de qualidade propicia a construção de pontos de apoio para ampliar o acesso à saúde das comunidades rurais¹⁴.

Entende-se, então, que há uma grande necessidade de melhoria na qualidade da relação entre gestores, profissionais de saúde e usuários. A rede de saúde deve funcionar como uma verdadeira equipe, levando em consideração o papel de cada indivíduo que está inserido nela¹⁵.

Ademais, além da dificuldade que o ACS possui de acesso às moradias, a população rural precisa, em muitos casos, assumir o ônus físico e financeiro do deslocamento até a cidade para realizar exames e consultas, o que significa, também, uma barreira de acesso ao cuidado. Isso vai de encontro aos problemas com a gestão, pois revelam que, embora haja problemas geográficos

e iniquidades de poder aquisitivo, a continuidade do cuidado permanece pouco acessível, e, o ACS que conhece e vivencia essa situação, por diversas vezes não é ouvido¹⁴.

2.2 Adentrando nas vivências de sofrimento

O sofrimento pode ocorrer por diversas causas. Dentre elas, quando há falha na intermediação entre as expectativas do trabalhador e a realidade imposta pela organização do trabalho. Dessa forma, as fragilidades no serviço de saúde repercutem na falta de resolutividade dos problemas da comunidade, que causa sofrimento ao ACS, devido à relação de proximidade que se estabelece com o usuário da comunidade, e contribui para que se sinta responsável por essas pessoas¹.

O depoimento abaixo relata que há grande envolvimento do ACS com o seu serviço, que o leva a refletir sobre questões relacionadas à comunidade, de modo a envolver-se de tal maneira que se sente “de mãos e pés atados” em tarefas que não consegue agir em prol da sua comunidade, culminando em sofrimento. “O que causa sofrimento é algumas mudanças que vem e a gente tem que passar aquilo para o paciente, sendo que a gente não concorda com aquilo, você tem que falar, que a partir de agora vai ser dessa forma, sendo que a gente tá de pés e mãos atadas. (E6)”

Quando se vivencia um conflito ético e sobre ele não é possível imprimir uma prática coerente com que se acredita, produz-se sentimento de impotência, angústia e frustração que configuram a experiência de sofrimento moral. Assim, há uma consciência ética do que deve ser feito mediante um conflito ético, porém, não se consegue agir em consonância com o que se acredita¹⁵.

Sofrimentos decorrentes da impotência em relação ao que se acredita ser o mais correto a se fazer são experimentados no cotidiano do ACS, conforme evidenciado na situação narrada abaixo. OACS quando observa um

problema com o usuário ou com sua família e não pode interferir sente um enorme sofrimento, principalmente ao saber de situações criminosas e não conseguir ajudar. “Então, aconteceu nessas últimas semanas uma criança que tem problema mental e ela foi “estuprada” e agora de novo tem uma situação na minha área também, que é uma situação muito difícil, quando eu fiquei sabendo foi muito difícil para mim. Que eu não imaginava que ia acontecer, aí foi muito triste e eu nem consigo saber, olhar para pessoa que aí eu já choro. Eu não posso ajudar e a mãe é alcoólatra e ela não quis entrar com a ação contra o homem e aí eu fui e falei “Você tem que entrar, você tem que fazer! Tem que ir lá denunciar”, aí ela falou “não”, que aí ela foi chamada para depor e ela falou que ia negar tudo, que o filho dela é louco. Aí a gente tenta falar com eles lá e fala “Tem que falar, é seu filho” e ela “não”, mas como ele frequenta a APAE, ela acha que ele tem problema mental e aí é louco, que é mentira. Mas aí foram investigar a vida do homem e isso já acontece com várias crianças. Foi, assim, o maior sofrimento que eu tive desses anos e anos na minha área. E você vendo que a pessoa não faz nada, ela não quer fazer. (E5)”

Também, a baixa resolutividade dos problemas da comunidade gera sofrimento ao ACS. Segundo Speroni *et al*¹⁶, a resolutividade é compreendida quando o indivíduo procura o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo e, como resposta, o serviço de saúde está seguramente habilitado para enfrentar e resolver as problemáticas dos sujeitos seguindo o nível de competência desses serviços. Entretanto, isto é, o oposto ao relatado pelo entrevistado no estudo. “[...] Isso aí de não dar conta das minhas visitas na zona rural. Teve um senhor que veio a falecer, que não aceitou minha visita, não aceitou eu cadastrar ele, tipo assim poderia até agredir, mas chegou a falecer devido a condições, entendeu? Eu já liguei, acionei a ação social e ninguém faz nada. Aí a gente fica assim, de mãos atadas. (E3)”

Se de um lado tem-se o ACS enquanto profissional de saúde, pertencente à uma equipe da estratégia saúde da família, por outro tem-se o ACS que se relaciona com o usuário, àquele que estabelece uma relação

rodeada por sentimento de frustração, solidariedade e empatia, e que contribui para formação do sentimento de pertença com a comunidade em que vive, uma vez que as pessoas de sua convivência são as mesmas, dentro e fora do ambiente de trabalho¹⁷.

Dessa forma, as vivências de sofrimento produzem uma série de sentimentos que se relacionam ao estudo. Dentre eles, destacam-se: culpa, choro fácil, frustração, constrangimento e raiva. Além disso, a maioria desses sentimentos são guardados para si, a fim de não causar preocupação à família e não intervir no funcionamento da mesma, conforme os depoimentos abaixo.

“Porque a situação é muito difícil e não está na minha mão para ajudar. Aqui eu tento manter o máximo, eu não demonstro nada, mas aí quando eu chego em casa aí eu sofro, choro um pouco. Porque às vezes acontece que eu não posso desabafar em casa, a gente tem que guardar para a gente né. (E5)”. “No início, nossa, levava para casa, ficava pensando, perdia o sono, ficava preocupada com as pessoas, sonhava muito, assim, ainda sonho, mas antes levava muito para casa. Agora não, eu tento no máximo possível, quando sair daqui da porta do posto, não levar. Tentar mentalizar assim, amanhã eu resolvo, quando der eu resolvo, mas apesar de que eles ligam lá em casa perguntando “E aí, tal, não sei o que...” (risos) A gente acaba que assim, não tem como falar que não leva para casa, acaba levando sim. (E3)”. “Mas o sentimento, às vezes, de ir para casa e falar assim hoje eu não consegui, hoje foi desgastante, mas entendeu? É muito complicado, porque querendo ou não , a gente acaba levando o problema pra casa, você fica, às vezes você acorda, nossa esqueci de fulano, hoje eu tenho que fazer isso, esqueci disso, já cansei de acordar assim, nossa tem que chegar lá e ligar pra fulano porque eu esqueci de falar pra ela, porque por ser zona rural eu tenho que ligar, pra poder comunicar, que até eu voltar lá, eu não vou ter o carro, essas coisas, mais, e eles a mesma coisa, quando eles precisam de mim também eles usam o telefone para poder comunicar comigo[...]Mas a gente fica com um sentimento muito constrangido,

assim de dificuldade mesmo de poder está fazendo alguma coisa para eles (E6)”.

Nota-se que esses sentimentos invadem a vida pessoal deste trabalhador, fazendo com que ocupem espaço em sua vida pessoal, de forma a trabalhar horas além de seu turno, causar preocupações excessivas e contribuir para o aumento do sofrimento.

As descrições de vivências depressivas, de angústia, frustração e desamparo encontradas nos depoimentos do estudo, apresentam-se em conformidade ao estudo de Martines *et al*⁵, que relata que as vivências se dão visivelmente pelo fato do ACS se cobrar ostensivamente para atender e superar suas expectativas – reais e idealizadas. Essas expectativas formam uma tríade que constrói e reforça componentes de idealização com relação aos limites de atuação do ACS, por se relacionarem entre as comunidades, as próprias e as da equipe⁶.

Dessa forma, devido à falta de limites e limitações entre o trabalho do ACS e a vida comunitária, e, o usuário e os afazeres no trabalho, invadem a vida pessoal do ACS, desdobrando-se em uma fonte de sofrimento. Assim, por não conseguirem discernir sobre os limites, pelo menos àqueles relacionados à criação de vínculos, doação de tempo e empenho, reciprocidade, entre outros, o ACS passa a vivenciar sentimento de impotência, cansaço e solidão, mais que isso criam um terreno de tensões na vida pessoal⁶.

2.3 Apesar do sofrimento

O trabalho em saúde opera sempre em redes e o ACS é construtor de sua teia, através da singularidade que age para com cada sujeito e por sua tenacidade, resistência e elasticidade nos diferentes territórios. Essa teia ocorre muitas vezes através dos encontros que o ACS promove entre a comunidade e a saúde, na construção de territórios, e, também, na singularidade de seus sentidos e afetos demonstrados no processo de trabalho⁵.

Segundo Galavote *et al*⁴, o agente comunitário de saúde é considerado como um ser múltiplo e nômade, por transitarem diferentes territórios existenciais, de saberes e práticas, construindo e desconstruindo mundos, em múltiplos encontros.

Assim, apesar dos diversos obstáculos encontrados para realização do processo de trabalho no cotidiano diverso do agente comunitário de saúde na zona rural, evidencia-se no estudo, relatos de sentimento de pertença desse trabalho, devido a construção de laços de afeto com os participantes da comunidade em que atuam e da gratidão por contribuírem na qualidade de vida do cidadão através dos cuidados prestados. Ainda, sentem-se acolhidos, além de acolherem, que contribui para um melhor acesso à saúde, qualidade de vida e dignidade da comunidade assistida. Ademais, conforme os depoimentos abaixo, há ainda o sentimento de amor e carinho pela profissão em que atuam. “Mas eu não consigo, não vou conseguir viver em outra profissão. Um dia vou aposentar? Vou sim! Mas quero fazer alguma coisa que seja parecido (risos). Mas é muito bom, eu gosto! (E3)”. “Agente comunitário na zona rural, eu acho que é a área perfeita. Porque a gente é muito bem acolhida, a gente chega e eles acolhem com aquele amor. É um amor, que eu falei que nunca desisto da minha área, apesar da dificuldade que eu tenho, de ser longe, de eu usar a minha moto, que a prefeitura não me ajuda em nada e eu vou com ela, faço o que eu posso com ela, eu acho que a minha área é minha área. Eu amo trabalhar na zona rural, apesar de todas as dificuldades. (E5)”. “Então, eu gosto de ser agente de saúde da área rural. Eu até prefiro trabalhar na área rural do que trabalhar na área urbana. O pessoal é muito mais amoroso, eles dão mais valor aquilo que você está fazendo, as pequenas coisas que você faz para eles, eles veem, eles gostam daquilo que a gente faz”. (E7)

Dessa forma, compreende-se que o profissional ACS está inserido no contexto comunitário e partilha das vivências cotidianas nesse espaço de vida e trabalho. Essa interação é permeada de afetos, que atuam influenciando

diretamente na qualidade de vida, no sentimento de pertença da profissão e nos sentimentos de felicidade e dever cumprido¹⁸.

Por isso, apesar de reconhecer a existência de problemas cotidianos, o ACS não deixa que estes os impeçam de continuar o trabalho, pois há um sentimento maior de afeto, vínculo com a comunidade, respeito e consideração. O vínculo afetivo com o trabalho e a comunidade, contribuem para que o ACS fortaleça seu papel de mediador entre o serviço de saúde e a população¹⁹. Ainda, segundo Bezerra *et al*¹⁹, sentimentos de satisfação, empatia, utilidade e esperança emergem da interação do ACS com as famílias, e indicam a estima potencializadora do mesmo com o território.

Ademais, a valorização do profissional agente comunitário de saúde pela comunidade, expõe sentimentos de utilidade e empoderamento. Essa valorização permite que o mesmo veja o indivíduo de forma integral, além do processo saúde-doença, mas como um ser completo, biológico e espiritual, possuidor de necessidades humanas e existenciais. Assim, a valorização, o afeto e o prazer encontrados no trabalho servem de motivação para o enfrentamento das dificuldades e sofrimentos vivenciados neste cotidiano².

Dessa forma, então, faz-se necessário conhecer e (re)pensar o cotidiano e os sentimentos vivenciados pelo ACS, a fim de (re)significar o sofrimento, seja pela mudança da realidade causadora, ou pela atribuição de sentido ao sofrimento e, assim, (re)encontrar as vivências de prazer no trabalho e proporcionar o bem-estar e saúde a estes trabalhadores¹.

Como limitações do estudo, destaca-se a utilização de uma única fonte de coleta de dados. Através da riqueza subjetiva inscrita no cotidiano da zona rural, acredita-se que investir em estratégias de coleta de dados coletivas, como grupos focais, tenha a potencialidade de aprofundar a compreensão das artes de fazer inscritas em um cotidiano tão singular como a zona rural.

CONCLUSÃO

O cotidiano do agente comunitário na zona rural tem sido marcado pela insegurança decorrente da ocorrência de assaltos, as longas distâncias e dificuldade de transporte e as ações da gestão que não condizem com a realidade da comunidade. Essa realidade provoca sentimentos de sofrimento moral, mas, também, percebe-se a presença de laços afetivos e pertença profissional. Assim, evidencia-se que é fundamental conhecer a realidade material e subjetiva do cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde na zona rural, para que seja possível contribuir para melhoria de seu processo de trabalho bem como pensar estratégias de saúde do trabalhador e educação permanente que sejam coerentes com sua realidade de vida e de construção de suas artes do fazer.

Assim, torna-se fundamental promover mais estudos sobre o cotidiano do ACS na zona rural e as vivências subjetivas experimentadas, para dessa forma, acessar as invisibilidades com mais profundidade refletir e repensar sobre o “cuidar de quem cuida”, a fim de promover melhorias na realização do trabalho, dar voz a esse profissional, valorizá-lo e resgatar sentimentos de prazer e felicidade.

REFERÊNCIAS

- 1- Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Community health agents and their experiences of pleasure and distress at work: a qualitative study. São Paulo (SP): Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012; 46(3): 633-640. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sXWyX5gxbHDQxj4wjHbLmfM/?format=pdf&lang=en>.
- 2- Costa MC, Silva EB, Jahn Ac, Resta DG, Colom ICS, Carli R. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. Rio Grande do Sul: Rev. Gaúcha Enferm [Internet].. 2012; 33(3):134-140. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300018>.

- 3- Santos MG, Ceretta LB, Schwalm MT, Dagostim VS, Soratto MT. Desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família. *Revista Inova Saúde* [Internet]. 2015; 4,(1):26-46. Available from: <http://dx.doi.org/10.18616/is.v4i1.1765>.
- 4- Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. Joy and sadness in the daily activities of community health agents: scenarios of passions and emotions. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013; 17(46):575-86. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bJVCJcGbrS5FnhVvqjq33qd/?format=pdf&lang=pt>.
- 5- Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. São Paulo: *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007; 41(3):426-33. Available from: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/C4Z3ytVkBpfm6HJ3XdFCxhq/?format=pdf&lang=pt>.
- 6- Certeau M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994. 352p.
- 7- Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. São Paulo: *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2005; 39(3):507-514. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>.
- 8- Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. 288p.
- 9- Castro TA, Davoglio RS, Nascimento AAJ, Santos KJS, Coelho GMP, Lima KSB. Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. Rio de Janeiro: *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2017; 25(3):294-301. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030190>.
- 10- Pedraza DF, Santos I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da estratégia saúde da família em dois municípios da Paraíba. *Interações (Campo Grande)* [Internet]. 2017; 18(3):97-105. Available from: <https://doi.org/10.20435/inter.v18i3.1507>.
- 11- Vidal SV, Gomes AP, Batista RS. Bioética e Estratégia Saúde da Família: a perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. *APS em Revista* [Internet]. 2021; 3(1):39-47. Available from: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i1.134>.

- 12- Garcia ACP, Lima RCD, Lima EFA, Galavote HS, Andrade MAC. Perfil e o Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* [Internet]. 2019; 11(2, n. esp): 339-344. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6553/pdf_1.
- 13- Baptistini R, Figueiredo T. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambiente & Sociedade* [Internet]. 2014;17(2):53-70. Available from: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/gFYwGbcLLT4gpcDDW9mNfLh/?format=pdf&lang=pt>.
- 14- Soares AN, Silva TL, Franco AAAM, Maia TF. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2020;30(3):1-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>.
- 15- Caçador BS, Ramos FRS, Brito MJM. Processo de angústia/sufrimento moral em enfermeiros da estratégia saúde da família. *Enferm. Foco* [Internet]. 2016; 7(3/4):22-6. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.910>.
- 16- Savassi LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. *Rev Bras Med Fam e Com* [Internet]. 2012;7(23):69-74. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/392/460>.
- 17- Speroni KS, Fruet IAM, Dalmolin GL, Lima SBS. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. *Rev Cuid* [Internet]. 2016;7(2):1325-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338>.
- 18- Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Being A Nurse In The Family Health Strategy Programme: Challenges And Possibilities. *REME rev. min. enferm.* [Internet]. 2015;19(3):620-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>.
- 19- Bezerra YRN, Feitosa MZS. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2018; 23(3):813-822. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>.