

Processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em territórios de vulnerabilidade

Working process of the community health workers in vulnerability areas

Vanda Nayara Costa da Silveira¹

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3531-1426>

Rayane Moreira de Alencar²

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1989-3200>

Jameson Moreira Belém³

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1903-3446>

Camila de Araújo Carrilho⁴

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0335-9364>

Evanira Rodrigues Maia⁵

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9377-7430>

Resumo

Introdução: Os Agentes Comunitários de Saúde atuam promovendo a interlocução entre as necessidades de saúde da comunidade e a Estratégia Saúde da Família. Neste contexto, o processo de trabalho desses profissionais encontra-se diretamente relacionado às dimensões do território e suas vulnerabilidades. **Objetivo:** compreender o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em territórios de vulnerabilidade adscritos à Estratégia Saúde da Família. **Materiais e Métodos:** Trata-se de estudo qualitativo, subsidiado pelo referencial teórico das vulnerabilidades em saúde, realizado com 11 Agentes Comunitários de Saúde, que atuavam em área vulnerável localizada no sertão central cearense, na Região Nordeste do Brasil. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada, contendo sobre o processo de trabalho. **Resultados:** Emergiram três categorias temáticas representativas das dimensões de vulnerabilidade em saúde, que abordam os principais tópicos discutidos pelos participantes: (1) “Somos o elo entre as pessoas e o posto de saúde”: a relação do Agente Comunitário de Saúde com a comunidade; (2) “Você se expõe”: o Agente Comunitário de Saúde e suas condições de trabalho; 3) “Cego, surdo e mudo”: o Agente Comunitário de Saúde frente à violência e ao tráfico de drogas na comunidade. **Conclusão:** O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde em territórios de vulnerabilidade mostrou-se afetado nas dimensões individual, social e programática.

Palavras-chave: estratégia saúde da família. agentes comunitários de saúde. vulnerabilidade em saúde

Abstract

Introduction: The Community Health Agents act by promoting dialogue between the health needs of the community and the Family Health Strategy. This context, or work process of these professionals, is directly related to the dimensions of the territory and its vulnerabilities. **Objectives:** to understand the work process of Community Health Agents in territories of vulnerability enrolled in the Family Health Strategy. **Materials and Methods:** This is a qualitative study, subsiated by the theoretical framework of health vulnerabilities, conducted with 11 Community Health Agents, who worked in a vulnerable area located in the central region of Ceará, northeastern Brazil. Data were collected through semi-structured interviews, containing the work process. **Results:** Three thematic categories emerged representing the dimensions of health vulnerability, which address the main topics discussed by the participants: (1) “We are the link between people and the health center”: the relationship of the Community Health Agent with the community (2) “You expose yourself”: the Community Health Agent and its working conditions; 3) “Blind, deaf and dumb”: the community health agent in the face of violence and drug trafficking in the community. **Conclusion:** The work process of the Community Health Agent in territories of vulnerability was affected in the individual, social and programmatic dimensions.

Keywords: family health strategy. community health workers. health vulnerability.

¹ Universidade Regional do Cariri. Ceará, Brasil. E-mail: nayaracsilveira@hotmail.com

² Universidade Regional do Cariri. Ceará, Brasil. E-mail: rayanealencar@hotmail.com

³ Universidade Regional do Cariri. Ceará, Brasil. E-mail: jam.ex@hotmail.com

⁴ Universidade Estadual do Ceará. Ceará, Brasil. E-mail: milacarrilho@gmail.com

⁵ Universidade Regional do Cariri. Ceará, Brasil. E-mail: evanira.maia@urca.br

Introdução

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuam junto da equipe de saúde nos territórios adscritos à Estratégia Saúde da Família (ESF) e se configuram como o elo entre os serviços de saúde e a comunidade¹. O território é tido como fruto dos processos históricos e das produções comunitárias, tratando-se de um espaço dinâmico, marcado pelas relações humanas e por aspectos sociais, culturais, político-administrativos e econômicos². Essa concepção de território busca a superação de visão limitada a conceitos geográficos, que atribui ao espaço uma delimitação e um caráter estático².

Os grupos populacionais influenciam e sofrem influência do meio e do contexto no qual estão inseridos. A produção de sentidos dá-se por vivências da coletividade, sendo contraditório pensar processos sociais em interface com a saúde sem considerar as dimensões do território². Nesse contexto, os ACS atuam como mediadores sociais entre as necessidades da comunidade e a assistência em saúde, por meio da vinculação, da responsabilização e do respeito à identidade cultural de grupo¹.

As definições de vulnerabilidade³ e território² estão intrinsecamente ligadas às relações sociais e de poder produzidas em sua interface com o ecossistema e, conseqüentemente, influenciam nas formas de produção e promoção de saúde empreendidas pelos profissionais, à medida que os condicionantes e determinantes de saúde atuam produzindo diferenciais de exposição à vulnerabilidade, ao sofrimento e adoecimento.

A atuação dos agentes comunitários de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), quando permeada por tecnologias em saúde leves, enquanto atos que permitem a produção de relações no encontro subjetivo trabalhador/usuário mediante escuta qualificada, acolhimento e vínculo, contribuem para a identificação das necessidades, potencializando a

resolutividade e atenção humanizada e integral aos indivíduos e famílias⁴.

Nesse contexto, o processo de trabalho se traduz por dinâmicas e interferências do território nos processos de cuidado, pois assume dimensões que vão além da técnica ou do uso de tecnologias avançadas, tendo em vista que as redes formais e informais (aspectos relacionais e de comunicação) situam-se em uma dimensão ético-política que, pela complexidade, produzem desafios e tensionamentos cotidianos, os quais, por sua vez, interferem nos processos de gestão, produção, promoção de saúde e práticas de cuidado⁵.

O processo de trabalho do ACS se caracteriza por riscos advindos de longas distâncias percorridas sob condições climáticas adversas, situações sociais complexas observadas durante as visitas às famílias, contato com áreas de risco, locais insalubres, doenças, tráfico de drogas e situações de violência⁶.

Os estudos que abordam o trabalho dos ACS na Região Nordeste do Brasil apresentam perspectivas de análise voltadas para a gestão do trabalho deles (mecanismos de contratação e remuneração), a (des)valorização do trabalhador, as condições de trabalho e os processos de formação^{7,8}. Entretanto, no campo da saúde coletiva, ainda são incipientes estudos que discutam o processo de trabalho desses profissionais de saúde e sua interface com dimensões das vulnerabilidades presentes no território/comunidade e suas repercussões na qualidade da assistência⁹.

Compreender a atuação do ACS sob o prisma do referencial teórico da vulnerabilidade em saúde contribui para a apreensão do conceito ampliado do processo de trabalho em três dimensões: a individual, que se relaciona a aspectos intrínsecos do sujeito e seu modo de vida; a social, que remete ao entendimento dos processos saúde-doença como socialmente determinados; e a programática que se

refere ao modo como as instituições intervêm na realidade social³.

Na perspectiva de contribuir para a superação dessa lacuna, questiona-se: “*como as dimensões do território de vulnerabilidade interferem no processo de trabalho dos ACS no interior do Nordeste brasileiro?*”. Ao centrar o olhar na perspectiva dos profissionais que atuam nos espaços comunitários podem-se desvelar as dimensões e os sentidos incorporados às práticas cotidianas do ACS e relações imbricadas no processo saúde-doença dos usuários.

Assim, objetivou-se compreender o processo de trabalho dos ACS em territórios de vulnerabilidade adscritos à ESF.

Materiais e Métodos

Tipo de estudo e amostra

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa teve como finalidade investigar um universo de significados que permeiam o cotidiano, experiências, as relações e processos sociais a partir da perspectiva dos sujeitos¹⁰. Foi realizada com 11 ACS atuantes em Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em uma cidade do Sertão Central do estado do Ceará, Brasil, no período de agosto a outubro de 2017.

A rede de saúde do município apresentava 19 Unidades Básicas de Saúde em que atuavam 22 Equipes de Saúde da Família. A unidade foi escolhida por situar-se em área com maior extensão territorial e concentração populacional, localizada em região periférica, configurando-se área de vulnerabilidade social, marcada por condições de habitação precárias, com a presença de domicílios sem saneamento básico, canalização de água e ruas sem pavimentação, onde residem predominantemente famílias de baixa renda e cujos principais problemas de saúde associavam-se às condições crônicas.

Crítérios de inclusão e exclusão

Elegeram-se, como critérios de inclusão, atuar em área de vulnerabilidade definida pela secretaria municipal de saúde, com base no processo de territorialização, e ter desempenho profissional mínimo de 1 ano na microárea, por esse período possibilitar maior contato com a comunidade e formação de vínculos com os usuários. Foram excluídos ACS que se encontravam afastados das atividades laborais por férias e licenças de qualquer natureza.

Procedimentos

Utilizou-se, para coleta de dados, a técnica de entrevista semiestruturada. O roteiro foi composto por variáveis de caracterização sociodemográfica dos participantes e questões disparadoras sobre o processo de trabalho dos ACS. As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com duração média de 50 minutos. Garantiram-se o sigilo e anonimato dos participantes, por meio da adoção de códigos alfanuméricos compostos pela sigla representativa da categoria profissional e do número sequencial de realização da entrevista. O critério de encerramento da coleta de dados ocorreu por meio da saturação teórica.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, organizadas e analisadas pela técnica de análise categorial temática, obedecendo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados¹⁰. Os resultados foram apresentados em categorias temáticas, citando-se trechos das entrevistas, representativas das dimensões individual, social e programática do referencial teórico da vulnerabilidade em saúde³.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada por Comitê de Ética e Pesquisa, sob número 2.235.681.

Resultados

Dos 11 participantes do estudo, oito eram do sexo feminino. A faixa etária variou de 23 a 60 anos, com média de 35 anos. O tempo de atuação variou de cinco a 24 anos, com média de 17 anos. Relativo ao estado civil, constataram-se um viúvo, dois divorciados, dois solteiros e seis casados. Seis indivíduos possuíam Ensino Médio completo, dois Ensino Superior incompleto, dois Ensino Fundamental completo e um Ensino Superior completo.

Emergiram três categorias temáticas representativas das dimensões de vulnerabilidade individual, programática e social, que condensaram os principais tópicos abordados pelos participantes: (1) “Somos o elo entre as pessoas e o posto de saúde”: a relação do Agente Comunitário de Saúde com a comunidade; (2) “Você se expõe”: o Agente Comunitário de saúde e suas condições de trabalho; (3) “Cego, surdo e mudo”: o Agente Comunitário de Saúde frente à violência e o tráfico de drogas na comunidade.

Categoria 1 – “Somos o elo entre as pessoas e o posto de saúde”: a relação do Agente Comunitário de Saúde com a comunidade

Nessa categoria, abordaram-se tensionamentos cotidianos no processo de trabalho constitutivos de vulnerabilidade no âmbito individual próprios do encontro subjetivo com o outro, que figurou como elemento intrínseco de ser ACS.

As falas dos ACS entrevistados demonstram a convicção que eles têm da importância do seu processo de trabalho na ESF. O reconhecimento desse profissional enquanto ponte das informações da comunidade para a equipe amplia o estabelecimento de vínculos e pressupõe a figura de intercambiador nessa relação dialógica.

Eu me vejo como esse ator, protagonista desse elo, de contato da comunidade com a

Estratégia Saúde da Família (ACS2).

Somos o elo entre as pessoas e o posto de saúde (ACS5).

Faço essa ponte, forneço as informações para evitar que eles deem viagem perdida [...]. Eu acho importante ficar com aquele vínculo com as pessoas. Eu sempre digo que se precisar de alguma coisa pode ir lá em casa (ACS3).

Somos o pilar, a base, porque levamos toda informação da comunidade para a equipe (ACS10).

Esse processo comunicativo ressalta a identidade do protagonismo de atuação na interface entre UBS e usuários.

Em decorrência das relações estabelecidas, evidenciou-se o contentamento com os sentimentos de apego e gratidão, advindos da prática cotidiana de atuação no território, que extrapolam os vínculos estritamente profissionais, ao denotarem respeito, confiança e troca de experiências. Esse encontro subjetivo e afetivo com o outro traduz-se não somente nas ações preestabelecidas, mas também pelo modo como são realizadas.

Para mim tem sempre altos e baixos, mas eu não saberia viver sem ser agente de saúde. A gente se apega demais às famílias. Graças à Deus, até hoje, não tive nenhum problema com a comunidade (ACS4).

Eu vejo mais como uma forma de troca de experiências e de ajuda mútua [...]. É gratificante poder dizer assim: “eu fiz a visita!”, o meu papel. Mas eu posso ir além e dizer: “se você precisar, sabe onde eu moro, eu moro ali [...] você vai lá!” (ACS8).

A atuação do ACS não se limita à execução de procedimentos e ao repasse de informações à medida que os aspectos relacionais e o cuidado se apresentam como dimensões que se destacam no cotidiano de trabalho.

No dia a dia somos um pouco de tudo, acabamos sendo mãe, psicóloga e fazendo de tudo um pouco (ACS8).

Apesar das várias tarefas e preocupações, quando chego em uma casa e sinto que a pessoa está feliz de me ver, quer tirar alguma dúvida e recebo um tratamento cordial, já compensa a minha manhã de trabalho (ACS10).

A comunidade passa a ver o ACS como pilar, procurando-o sempre que se sentir ameaçada ou fragilizada. Embora estabelecida a necessidade de se cumprir a jornada de 8 horas diárias, não há compromisso com esse horário por parte da comunidade.

Estar na comunidade, às vezes, não é legal pelo fato de que muitas pessoas acham que você precisa estar 24 horas conectado a elas. Não digo que isso seja ruim, estar na comunidade é fundamental porque sou um agente social. Mas o simples fato de ser Agente Comunitário de Saúde e morar na comunidade confunde as pessoas, fora do serviço sou um ser humano como outro qualquer (ACS2).

Às vezes, a comunidade bate na nossa porta, não interessa se é no período da manhã, tarde ou noite (ACS9).

Acaba que você não tem fim de semana, não tem folga, não tem férias, se eu estiver de licença e não viajar, eu não tenho descanso (ACS10).

A comunidade mostra-se resistente em dissociar a vida pessoal e profissional dos ACS, por pressupor que sua atuação no território flexibiliza o contato em qualquer ambiente, incluindo os espaços domiciliares. Em contrapartida, os profissionais têm dificuldade em interromper os vínculos, por receio de que esta atitude possa descaracterizar o que eles entendem por função do ACS.

Outro ponto negativo que foi ressaltado pelos ACS refere-se ao reconhecimento do seu trabalho. Existem dificuldades na convivência com a comunidade, sobretudo quando relatam situações em que os usuários não os recebem adequadamente nas visitas domiciliares, assumindo posturas agressivas e menosprezando sua atuação.

Eu vivenciei uma situação na qual uma usuária debochou do meu trabalho, rindo na minha cara, dizendo que ele era uma besteira, para quem não tem o que fazer. Eu fiquei tão arrasada, para baixo, você se sente um nada, o meu trabalho pareceu não ter importância nenhuma (ACS10).

A fragilidade de compreensão da comunidade em distinguir de maneira correta as atribuições do ACS faz com que alguns usuários reclamem e culpem o profissional quando suas necessidades de saúde não são atendidas satisfatoriamente.

Observa-se um processo de trabalho dicotômico do ACS, no qual há falta de reconhecimento da comunidade sobre sua atuação profissional, gerando sentimento de frustração e desvalimento. Entretanto, o elo e a vinculação com os usuários, marcados por uma relação dialógica, suscitam sentimentos que contrapõem o desestímulo – típico da rotina de trabalho.

Categoria 2 – “Você se expõe”: o Agente Comunitário de Saúde e suas condições de trabalho

Nesta categoria, descrevem-se as atividades desenvolvidas pelo ACS no território que, por sua natureza, condições ou recursos influenciam na assistência ofertada e se revelam como elementos constitutivos de vulnerabilidade programática.

Reconhece-se que o contato próximo com usuários em espaços domiciliares e comunitários implica na exposição a riscos biológicos, sobretudo por doenças infectocontagiosas.

Eu vejo que o risco é mais a questão de contágio de doença mesmo, que você tem a todo momento (ACS10).

O contato com as doenças. Eu tive que cuidar de um paciente com tuberculose [...] então, estar lá (no domicílio), cuidar de uma pessoa que o cuidado já não é bom, porque você chega na casa, não é ventilado, espaço é fechado e aí você se expõe (ACS2).

Evidenciaram-se condições de insalubridade no desenvolvimento das atividades laborais, marcadas por precariedades no sistema de saneamento básico e coleta de lixo, bem como condições climáticas e geográficas adversas, que implicavam na exposição a riscos ambientais.

Primeiro por não ter saneamento básico, então [...] todo esgoto vai tudo para a rua [...] segunda coisa é a questão do lixo [...] os riscos no que diz respeito à distância, uma vez eu me perdi, era inverno e aí eu fui pegar um caminho divergente (ACS2).

O contexto exposto pelos ACS se acentua pela ausência de suporte e medidas de proteção individual e coletiva.

Em relação aos insumos e instrumentos de trabalho, a falta de recursos

e materiais durante as visitas domiciliares resulta em riscos ocupacionais no trabalho do ACS, à medida que não são ofertados equipamentos e condições mínimas para execução das atividades laborais, havendo comprometimento da segurança pessoal e da assistência prestada.

No momento não temos muitos recursos, a gente se sente um pouco sem recursos (ACS3).

Falta estrutura de trabalho. No meu caso, ainda tenho a minha balança, mas tem agente de saúde que não tem, então como que vai pesar aquela criança? (ACS10).

Não têm os instrumentos e Equipamentos de Proteção Individual necessários, falta balança, fardamento, máscaras, luvas. Sempre dizem que estão providenciando [...] a gente não tem amparo nenhum (ACS9).

Este aspecto evidencia que a influência de fatores estruturais e organizacionais compromete a execução do processo de trabalho do ACS e, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada.

Categoria 3 – “Cego, Surdo e Mudo”: o Agente Comunitário de Saúde frente à violência e o tráfico de drogas na comunidade

Nessa categoria, delineou-se o contexto local onde o processo de trabalho do ACS transcorria em meio a relações, normas e regramentos presentes no território, indicativos de vulnerabilidade no âmbito social.

Usualmente, os trabalhadores da saúde atuam em ambientes físicos fechados, resguardados e com segurança. Entretanto, as UBS caracterizam-se como locais de suporte e supervisão das atividades laborais do ACS, à medida que boa parte de seu

processo de trabalho se desenvolve nos espaços comunitários.

Os entrevistados reconhecem em suas áreas de atuação que há recorrentes casos de violência associados ao tráfico de drogas. Em decorrência da expansão do tráfico nas comunidades ocorrer de forma disseminada, os ACS apontam que o acesso facilitado a substâncias ilícitas, articulado à ausência e/ou à fragilidade de estratégias de enfrentamento da violência, favorece o envolvimento de crianças e adolescentes com o tráfico e o consumo de substâncias ilícitas.

As pessoas fumavam nas ferrovias, então nas idas e vindas você via naturalmente [...] (ACS2).

Os adolescentes estão usando droga, vendendo droga. O conselho tutelar não resolve nada (ACS4).

Tinha a questão da “boca de fumo” (local onde ocorre a venda de drogas), você via que os adolescentes já estavam envolvidos (com o tráfico) (ACS7).

O contato com locais de compra e venda de substâncias ilícitas, referidos popularmente como “bocas de fumo” (local onde ocorre a venda de drogas), e os constantes conflitos entre facções rivais e com policiais resultam em sentimentos de medo e insegurança nos entrevistados.

Vivencio demais na minha área a questão da droga lícita e ilícita (ACS8).

Está horrível para se trabalhar na área, eu morro de medo. Eu saio de casa para trabalhar com minhas pernas, eu não sei se volto com elas, porque o tráfico está predominando na área. Você está em uma casa, chega uma pessoa desconhecida, você já pensa

que vai matar alguém, já olha, suspeita e recua (ACS4).

Na minha área tem “boca de fumo” (local onde ocorre a venda de drogas) [...] com certeza é um risco, pode aparecer outra gangue na hora e até a própria polícia invadir. A gente está sujeito a conviver, arriscar nossa vida (ACS9).

O policiamento demora a chegar e só anda aqui quando mata um (ACS1).

Esse contexto vivenciado pelos ACS nas comunidades advém do processo de naturalização da violência no ambiente social, que se estrutura como uma dimensão central da dinâmica comunitária, que adapta e subordina o cotidiano da população às práticas do crime organizado.

Ademais, a execução das ações de segurança pública, após as ocorrências policiais, em detrimento da abordagem preventiva, condiciona a população à manutenção de um estado de alerta. Desse modo, a inserção do ACS na rede de relações, práticas cotidianas e espaços comunitários em território de vulnerabilidade encontra-se marcada por situações de risco, que comprometem a atuação e a qualidade de vida desse profissional.

As falas dos entrevistados evidenciam uma dicotomia entre residir e atuar na área de abrangência da UBS. Enquanto membro da comunidade, o ACS consegue transitar com facilidade nos espaços comunitários, entretanto, essa posição favorece o contato constante com situações de risco que necessitariam ser reportadas à equipe de saúde da família para planejamento e execução de estratégias de intervenção.

Todavia, essas circunstâncias geradoras de sentimentos de insegurança e receio são conflitantes para o profissional, que tende a assumir uma postura de passividade em prol da preservação de sua

segurança e integridade, considerando a facilidade de acesso que a comunidade possui a informações pessoais e familiares.

Eu nasci e me criei dentro da comunidade, todo mundo me conhece e sabe sobre minha família [...]. Eu tinha que agir naturalmente, para mim eles estavam vendendo verdura (ACS9).

A gente tem que ser cega, surda e muda se não quiser morrer, se não quiser que a família morra (ACS4).

Quando eu estava pesando as crianças o cara vinha para comprar drogas, eu não olhava, fingia que não estava vendo (ACS7).

Eles já fazem as coisas para poder ver que estou vendo, para quando surgir comentário ser arriscado até matar. É triste ver e não poder tomar uma providência [...], mas eu fico cega, surda e muda para poder passar e ficar viva (ACS6).

Contraditoriamente, os ACS buscam ser vistos pelos traficantes como profissionais que integram e desenvolvem seu processo de trabalho na comunidade e, ao mesmo tempo, temem existir, por parte dos órgãos de segurança pública, algum tipo de retaliação decorrente da associação entre estar no local e fazer parte do tráfico. Desse modo, este meio condiciona o profissional a adotar uma postura de invisibilidade para “não ver” as ações do crime organizado presentes na comunidade e “não ser visto” pela polícia.

Eram em três bocas que eu entrava [...] eu me sentia intimidada, lá era demais, eu tinha medo da polícia chegar, sei lá e não acreditar em mim, achar que eu estava envolvida (ACS10).

Todos já foram presos, eu imaginava que os policiais iam associar, achar que eu tenho ligação com isso (ACS1).

Nós tínhamos que fazer mapeamento de “boca de fumo” (local onde ocorre a venda de drogas) para identificar as áreas de risco e consumo [...] se eu disser quem são e onde estão, quem vai cuidar de mim? Isso ia me expor até que ponto? (ACS2).

Em alguns locais não tem como você entrar, você sabe por alto o que as pessoas comentam. Eu só escutava e ficava na minha, porque têm situações que tenho que pensar na minha integridade (ACS6).

Por se tratar de situações complexas, os profissionais tendem a não interferir ou passar despercebidos em determinados espaços comunitários. A segurança pessoal se sobrepõe à viabilização/notificação de problemas coletivos – consequentemente o tráfico, o consumo de drogas e a violência, enquanto problemas de saúde pública, continuam a ser invisibilizados.

Discussão

A centralidade da atuação do ACS na ESF se delineia no papel que esse profissional assume ao reportar as necessidades da comunidade à equipe de profissionais para as intervenções junto aos usuários¹¹. Esses trabalhadores, por residirem na área de atuação, conhecerem e conviverem com a realidade de seu meio, compartilham e interagem com os valores, a cultura e a linguagem utilizada entre os moradores locais, e usam da comunicação para incrementar o vínculo, “traduzir” as queixas e dúvidas, e repassar informações para a equipe da ESF¹².

Os profissionais identificam-se com suas comunidades, por terem valores,

costumes e linguagem compartilhadas, e por desempenharem papel de liderança para melhoria das condições comunitárias, por meio de ações políticas, educativas e preventivas¹³. Essa imersão do ACS na realidade da comunidade e na abordagem às necessidades de saúde dos usuários permite que o agente possa interpretá-las e ajudá-los de maneira mais coesa ao processo de trabalho da equipe¹⁴.

Entretanto, esse profissional é acometido por desgaste físico e mental, por ser solicitado nos períodos fora do seu horário de trabalho, à noite, em casos que os moradores consideram urgentes, nos finais de semana e até mesmo nas férias¹⁵. Esse desgaste associado à ausência de reconhecimento profissional, gera insatisfação com o ofício, contribui para que os objetivos do processo de trabalho não sejam alcançados e faz com que os ACS se sintam desmotivados, influenciando negativamente em seu processo de trabalho, na saúde da comunidade e na saúde do trabalhador^{16,17}.

O local de trabalho dos ACS é a própria comunidade e difere dos locais comuns, onde se tem uma estrutura física, em que o profissional tem sua segurança resguardada. Essa especificidade do ACS para integrar-se à comunidade e fazer o acompanhamento de forma mais ativa junto às famílias pode expô-los a situações de risco e às particularidades presentes no território¹⁴.

As condições de trabalho dos ACS por serem, muitas vezes, insalubres apresentam riscos à saúde. Esses profissionais se encontram expostos a riscos e barreiras geográficas; intempéries decorrentes de variações climáticas, como calor, frio e umidade; patologias laborais; situações de violência física, moral e simbólica; e efeitos locais do tráfico de drogas¹⁸. Destacam-se ainda odores provenientes de esgotos e valas, condições sanitárias precárias do ambiente, inalação de poeira e fumaça e, contato com doenças infectocontagiosas¹³.

A atuação do ACS é marcada pela exposição a cargas de trabalho de origem mecânica, biológica, química, fisiológica e psíquica. A interação do profissional com essas cargas resulta em impactos na saúde, que se traduzem no cotidiano e geram processos de desgastes físico e mental⁶.

O Ministério da Saúde instituiu a necessidade de disponibilização dos insumos essenciais pelos municípios (fardamento, crachá de identificação, fichas do sistema de informação da APS, balança, cronômetro, termômetro, fita métrica e material educativo) para desempenho de tarefas do ACS; quando não supridas comprometem o processo de trabalho e a garantia de atendimento das necessidades da população local⁷.

O fornecimento de equipamentos para a proteção diária do trabalhador é fundamental para a redução da ocorrência de eventos adversos à saúde profissional¹⁹. A indisponibilidade de insumos e de equipamentos na APS configura-se como um dos principais pontos que afeta o planejamento em saúde, à medida que fatores estruturais e organizacionais associados à dimensão gerencial e de financiamento influenciam no desempenho e na qualidade da assistência desse nível de atenção²⁰.

É importante situar que essas expressões da precarização no trabalho vivenciadas pelos ACS podem ser vislumbradas como sinalizadoras da fragilização da APS e do Sistema Único de Saúde (SUS) e se articulam com o avanço de reformas administrativas, políticas e econômicas de cunho neoliberal^{21,22} que tem fragilizado, cada vez mais, direitos e sistemas de proteção sociais.

Esse cenário marcado pelo hipercapitalismo e ajustes econômicos orientados pelo neoliberalismo tem reforçado e aumentado as desigualdades sociais com impactos negativos sobre a saúde e os modos de viver²³. Em face desse contexto, a violência tem se configurado

como uma entre tantas outras dimensões por meio das quais a desigualdade se expressa, afetando o cotidiano de vida e saúde de indivíduos e comunidades²⁴.

A problemática da violência no Brasil apresenta raízes históricas marcadas pelas desigualdades sociais²⁵. O país ocupa o primeiro lugar mundial quando se considera o número de anos perdidos decorrentes dessa violência, que se relaciona diretamente ao mercado ilegal de drogas^{25,26}.

Nas periferias e favelas, o tráfico organizado de drogas se tornou o principal fator para o aumento da violência. Esse contexto vem remodelando as relações estabelecidas entre a comunidade e os dispositivos em saúde, à medida que os efeitos negativos na vizinhança, associados ao ambiente hostil e instável, resultam em segregação e marginalização sociais, obstaculizando o acesso aos serviços públicos de saúde^{26,27}. Desse modo é possível afirmar que a violência urbana constitui elemento limitador da condução das ações e da efetivação da ESF como pilar da APS²⁸.

No cotidiano da ESF, as principais limitações profissionais para o cuidado em saúde dos usuários estão relacionadas à insegurança e medo no desempenho da assistência; às dificuldades de acesso no território, principalmente aos domicílios em área de risco; e ao planejamento de processos de trabalho, sobretudo na realização de visitas e assistência domiciliar, durante as quais esses profissionais tornam-se vulneráveis a situações de violência em função do convívio com as drogas, o tráfico, as disputas pelo poder, os tiroteios, os assaltos, a intimidação pessoal e os assassinatos²⁷.

O processo de trabalho dos ACS em territórios de vulnerabilidade torna-se limitado por eles não frequentarem assiduamente os domicílios localizados nas áreas adscritas, em que o tráfico e a violência predominam²⁷.

Em um contexto marcado pela existência de códigos e valores sociais, em que campos de força em disputa regulam a vida cotidiana no território, o ACS necessita transitar diariamente no interior dessas dinâmicas, o que faz com que esses profissionais – embora possuam habilidades individuais de comunicação e vínculos relacionais com os moradores, incluindo os envolvidos em atividades ilícitas – deparem-se com limitações durante as tentativas de negociação e de produção de uma saúde que se expressa no território, comprometendo de modo contundente a assistência aos usuários⁹.

A condição de trabalhador da UBS possibilita a expansão de fronteiras relacionais para além daquelas advindas do campo profissional que, associadas às suas experiências de ser um morador do bairro, exprimem maior legitimidade, credibilidade e confiança. Entretanto, no convívio com pessoas envolvidas com o tráfico, no qual a condição de ACS e a vinculação afetiva e/ou normativa não são consideradas, as relações são permeadas por ambiguidades, traduzidas no “manter contato” e “ser distante”⁹.

Esses limites, considerados intransponíveis, revelam-se em situações específicas no cotidiano de trabalho, sob a forma do receio que o profissional tem de sofrer retaliações⁹. Desse modo, a subordinação dos profissionais de saúde às redes de relações estabelecidas pelas organizações criminosas, bem como os comportamentos de intimidação pessoal, resulta em dificuldade de atuação no território, sobretudo de impedimento das equipes de saúde na condução dos trabalhos em áreas sob domínio do tráfico²⁶.

Em territórios de vulnerabilidade, o ACS apresenta grande potencial para identificar inúmeras situações-problema passíveis de intervenção por órgãos específicos e que, portanto, necessitariam ser reportadas ao poder público, entretanto, em casos de tráfico de drogas na comunidade, estes profissionais encontram-

se em meio ao conflito entre as organizações criminosas e os órgãos de segurança²⁶.

Este aspecto se revela como condicionante do trabalho, à medida que alguns profissionais deixam de notificar a suspeita de casos de abuso ou negligência infantil por receio de retaliação que ocorre em função de determinações dos dirigentes do tráfico em relação a não intromissão em assuntos da comunidade²⁶.

Esse contexto de subnotificação de agravos, no âmbito das políticas públicas, pode ser analisado para além de questões relacionadas à falta de capacitação dos profissionais, à gestão e/ou à atuação insatisfatória dos órgãos competentes ou dos serviços de retaguarda relatados por estudo²⁹, à medida que, em territórios de vulnerabilidade, ele ganha nova dimensão e novo sentido na prática cotidiana, em decorrência dos regramentos e ordenamentos sociais locais, que impedem os ACS de reportarem aos órgãos competentes e/ou dar visibilidade à questões complexas, sobretudo pela falta de resguardo, amparo e segurança na atuação do profissional.

Conclusão

A análise do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, sob o prisma de um referencial teórico, permitiu identificar que a atuação em territórios de vulnerabilidade é afetada nas dimensões individual, social e programática.

No âmbito individual, essa atuação é permeada por relações e sentimentos dicotômicos, advindos das interações com a comunidade, traduzidos na identidade de ser o elo entre a população e os dispositivos

de saúde, na posição de intercambiador dialógico das necessidades de saúde, do estabelecimento de vínculos e da satisfação no atendimento aos usuários, bem como afetado pela não valorização, ausência de reconhecimento do trabalho e incapacidade dos moradores locais dissociarem a figura do agente enquanto membro da comunidade e trabalhador da área adscrita à Estratégia Saúde da Família.

Na perspectiva programática, evidencia-se que a atuação do Agente Comunitário de Saúde encontra-se precarizada, em função das condições de trabalho e das condições sanitárias próprias do território de vulnerabilidade, que os expõem a riscos ocupacionais diversos que, associados a défices de insumos e ausência de medidas de proteção individuais e coletivas, comprometem a segurança e o desenvolvimento das atividades laborais.

Em relação à dimensão social, desempenhar a assistência em áreas vulneráveis, marcadas pela violência e criminalidade, implica na adoção de postura de proteção, em face das relações e dos códigos presentes no território e no convívio com situações adversas, nas quais não se pode intervir, em função da segurança pessoal e familiar.

Os resultados apresentados contribuem para o preenchimento de lacunas no campo da saúde coletiva, acerca do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua interface com dimensões das vulnerabilidades presentes no território/comunidade. Entretanto, apresentam-se como limitações a amostra reduzida associada à locorregionalização dos dados e à intencionalidade na seleção dos participantes.

Referências Bibliográficas

1. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis* (Rio J.). 2011; 21(3): 899-903.

2. Lima EMFA, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde debate*. 2014; 38(102): 593-606.
3. Ayres JR de CM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, Franca Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec/Fiocruz; 2009.
4. Carli RD, Costa MC, Silva EB, Resta DG, Colomé ICS. Welcoming and bonding in the conceptions and practices of community health workers. *Texto & contexto enferm*. 2014;23(n)3:626-632.
5. Neves, CAB. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. *Cad. saúde pública*. 2011; 27(4): 817-819.
6. Almeida MCS, Baptista PCP, Silva A. Workloads and strain process in Community Health Agents. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2016; 50(1): 93-100.
7. Simas PRP, Pinto ICM. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(6): 1865-1876.
8. Avila MMM. O programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(1):349-360.
9. Almeida JF, Peres MFT, Lima TF. A violência no território e a construção de vínculos entre os agentes comunitários de saúde e os usuários em um serviço de atenção primária. *Rev. Epos*. 2016; 7(1):92-109.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
11. Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1637-1646.
12. Maia ER, Pagliuca LMF, Almeida SB, Oliveira WR. Competências do agente comunitário de saúde junto à pessoa com deficiência: análise documental. *Rev. enferm. UERJ*. 2009; 17(4): 485-490.
13. Nascimento GM, David HMSL. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. *Rev. enferm. UERJ*. 2008; 16(4):550-556.
14. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev. saúde pública*. 2018; 52:14.
15. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(7):2147-2156.
16. Oliveira AR, Chaves AEP, Nogueira JA, Sá LDS, Collet N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. *Rev. eletrônica enferm*. 2010; 12(1): 28-36.
17. Santana JCB, Vasconcelos AL, Martins CV, Barros JV, Soares JM, Dutra BS. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. *Cogit. Enferm. (Online)*. 2009;14 (4):645-52.
18. Gomes MF, Lima ASR, Feitosa LS, Pontes VBN, Nascimento RD, Andrade MS. Riscos e agravos ocupacionais: percepções dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 2015; 7(4): 3574-3586.

19. Fonseca FF, Costa FM, Lima CA, Silva SSS, Alves JP, Carneiro JA. Caracterização do risco ocupacional entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. pesqui. saúde.* 2015;17(2): 89-97.
20. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. saúde pública.* 2015; 31(9): 1941-1952.
21. Fonseca JM, Lima SML, Teixeira M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. *Saúde debate.* 2021;45(130):590-602.
22. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trab. educ. saúde.* 2021; 19: e00321153.
23. Almeida-Filho N. Qualidade-equidade em saúde: novos desafios em um estado de mal-estar social. *Interface comun. saúde educ.* 2020; 24: e200171.
24. Ribeiro E, Cano I. Vitimização letal e desigualdade no Brasil: Evidências em nível municipal. *Civitas, Rev. Ciênc. Soc.* 2016;16(2): 285-305.
25. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, Silva MMAS, Montenegro MMS, Ladeira RM et. al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev. bras. epidemiol.* 2017; 20(supl 1): 142-156.
26. Sawaya AL, Albuquerque MP, Domene SMA. Violência em favelas e saúde. *Estud. av.* 2018; 32(93):243-250.
27. Santos MS, Silva JG, Branco JGO. O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafios para a atenção em saúde. *Rev. bras. educ. méd.* 2017; 30(2):229-238.
28. Benicio LFS, Barros JPP. Estratégia saúde da família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. *Sanare (Sobral, Online).* 2017; 16(supl 1):102-112.
29. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(6):1879-1890.

Como citar este artigo:

Silveira VNC, Alencar RM, J Belém JM, Carrilho CA, Maia ER. Processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em territórios de vulnerabilidade. *Rev. Aten. Saúde.* 2022; 20(72): 201-213.

