

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE : UM TRABALHADARO NA «
BERLINDA ». ESTUDO EM PSICODINAMICA DO TRABALHO
Selma Lancman, Seiji Uchida, Laerte Idal Sznelwar, Tatiana de Andrade Jardim

Martin Média | « Travailler »

2007/1 n° 17 | pages 71 à 96

ISSN 1620-5340

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-travailler-2007-1-page-71.htm>

Pour citer cet article :

Selma Lancman *et al.*, « Agente comunitário de saúde : um trabalhadaro na «
berlinda ». Estudo em psicodinamica do trabalho », *Travailler* 2007/1 (n° 17),
p. 71-96.
DOI 10.3917/trav.017.0071

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Agente comunitário de saúde : um trabalhador na « berlinda » Estudo em psicodinâmica do trabalho

Selma LANCMAN, Seiji UCHIDA,
Laerte Idal SZNELWAR,
Tatiana de Andrade JARDIM

Resumo : O presente artigo apresenta e discute, sob a ótica da psicodinâmica do trabalho, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (Acss) no Programa de Saúde da Família (PSF). Esse programa, de implantação recente no Brasil tem como objetivo ampliar as possibilidades de acesso ao sistema de saúde pública em todo o território nacional e, sobretudo construir uma rede de ligação com as comunidades. Os Acss fazem parte das equipes de saúde que também contam, na sua estrutura mínima, com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Eles têm um papel estratégico na equipe, pois são o elo entre o sistema de saúde e a comunidade e vice-versa. São, portanto, trabalhadores que desenvolvem todo um rol de ações, vivem uma situação de intensa exposição, têm um contato direto com a população com as suas carências, com a violência e com a falta de estrutura do sistema para atender às demandas da comunidade. Fonte de sofrimento e, ao mesmo tempo, campo de possibilidades, o trabalhar como Acss é ainda uma incógnita. A apropriação do sentido do seu trabalho e o esforço quanto à compreensão dessa realidade foram os principais aspectos que nortearam uma ação em psicodinâmica do trabalho, apresentada neste artigo. **Résumé :** p. 95. **Summary :** p. 95. **Resumen :** p. 96.

O Programa de Saúde da Família e o Sistema Único de Saúde no Brasil

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição de 1988, iniciou um processo de mudanças no modelo

de atenção em saúde. A municipalização de todo o sistema de saúde é o eixo central desse novo modelo, baseado em uma organização em rede regionalizada e hierarquizada de acordo com níveis de complexidade dos atendimentos. A proposta é desenvolver um modelo descentralizado de atenção e promoção à saúde, com vistas à integralidade das ações prestadas à população em cada município resguardando as particularidades e o perfil epidemiológico de cada região.

O Programa de Saúde da Família (PSF), implementado a partir da década de 90, compõe o nível primário de atenção do sistema de saúde brasileiro, estruturado em três níveis de complexidade. O nível primário, também conhecido como Atenção Básica engloba ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde, com ações voltadas para o indivíduo e para a coletividade.

O PSF, como o nome se propõe, tem seu enfoque na família, com destaque para uma novidade: a atenção passa a ser centrada nas questões da comunidade na qual o serviço está alocado e pressupõe um maior entrosamento entre as equipes de saúde e a população. Portanto, as ações são direcionadas às populações em territórios geograficamente determinados. O trabalho é organizado em equipes e o sistema prevê a participação e a co-responsabilidade da comunidade local nas ações sanitárias e comunitárias, além de parcerias com entidades não governamentais para auxiliar em sua estruturação e garantir maior agilidade e facilidade para o desenvolvimento dos trabalhos (Brasil, 1997).

Em sua concepção, a implementação do PSF privilegia as áreas de maior risco social e, portanto, a implantação em regiões carentes tem sido uma de suas importantes características. Tal fato traz consigo uma série de novas questões à equipe de saúde: maior intimidade por ter acesso à vida familiar e ao convívio social; contato direto com as condições sanitárias da população (condições de moradia, de rede de saneamento básico); e condições econômico-sociais (miséria financeira, falta de alimentos, violência local, falta de redes sociais de apoio, como escolas, praças, centros comunitários).

Conforme mencionado anteriormente, outra concepção do programa é o conceito de território. Não se trata apenas de delimitar uma área geográfica na qual o programa irá atuar, mas sim compreender que um determinado território engloba um conjunto de relações sociais. As relações familiares, comunitárias, entre vizinhos e com as equipes de saúde constituem uma dinâmica viva, variando entre regiões, cidades e bairros (Brasil, 1997).

A atenção à família possui uma característica diferenciada: o constante contato com as mesmas através de visitas domiciliares regulares às residências e de uma abordagem que privilegia a atenção do grupo familiar como um todo. Caracteriza-se também por um trabalho no longo prazo, no acompanhamento das famílias ao longo do tempo.

Devido ao fato do PSF ser, nas regiões onde está implementado, o contato inicial dos usuários com os sistemas de saúde, a “porta de entrada”, ele oferece, também, consultas na unidade de saúde, medicamentos, encaminhamento a consultas com especialistas e para a realização de exames complementares, atendimento através de grupos temáticos dentro e fora da unidade de saúde. Faz parte do programa o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde. Essas, em parceria com a comunidade, envolvem lazer, atividades físicas, teatro, música oficinas com temas variados, campanhas de vacinação e programas educativos voltados para questões de interesse da população, englobando também temas específicos ligados a aspectos sanitários, de higiene alimentar, entre outros.

O trabalho em equipe é um dos pilares fundamentais da organização do trabalho no programa. Sua equipe mínima é composta por um médico(a) da família, um enfermeiro(a), um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Esses são responsáveis por atividades que englobam o cadastramento e o acompanhamento de oitocentas a mil famílias residentes na região.

O Agente Comunitário de Saúde é um novo integrante das equipes do sistema público de saúde, seu papel é fundamental para o desenvolvimento do programa. Por residirem na região onde trabalham, têm um papel de “representante” da comunidade, pois deve garantir que a população tenha suas necessidades reconhecidas. Ele não é representante de fato, pois não foi eleito pela comunidade. Isso lhe traz um grande desafio, pois deve ser aceito e ganhar legitimidade para poder trabalhar como um elo entre a população e o sistema de saúde. Para tal, precisa se fazer conhecer, criar uma rede de contatos com as pessoas e com associações sociais de referência na área onde atuam. Suas ações ajudam a ordenar o acesso das pessoas ao programa e, por outro lado, permitem que o programa chegue às pessoas. Através da criação e da manutenção dessas redes de relações torna-se possível um contato constante que ajuda as equipes PSF a melhor entenderem as dinâmicas sociais e de saúde da população. Por outro lado, permite à população uma maior apropriação das informações sobre o sistema de saúde e a

uma maior influência nas decisões sobre essas questões no nível local. O papel desse ator social poderia ser considerado como uma mistura, por um lado, trata-se de profissional, ligado ao Estado, voltado para ações de atendimento e promoção da saúde e, por outro, é alguém da comunidade que, de alguma maneira, tem um papel de “representante” da população. Esse papel duplo, quiçá ambíguo, é uma questão fundamental do trabalhar dessas pessoas.

Como os Acss representam, do ponto de vista da prevenção e da promoção, a linha de frente do serviço à comunidade, é de sua responsabilidade orientar as pessoas com relação a aspectos básicos de saúde e higiene. O eixo é que estejam fortemente vinculados à população e que exerçam um papel de interligação da comunidade com as unidades de saúde. Tal fato acarreta uma vivência contraditória, um dos temas que se revelou central sob o ponto de vista da psicodinâmica do trabalho.

O papel dos ACS é bastante diversificado e se compõe de atividades típicas ligadas à área da saúde, como acompanhamento dos tratamentos e apoio em processos de atendimento e de exames complementares, e também de uma série de outras ações de cunho educacional, de cunho sanitário, além de variadas atividades de promoção à saúde, como caminhadas, ginástica, teatro, entre outros. O rol de tarefas que o ACS desenvolve inclui: visitas domiciliares, cadastramento e atualização de dados, acolhimento na unidade de saúde, identificação de novos casos de doença, solicitação de acompanhamento de algum colega para visitar algum domicílio, auxiliar na busca de uma vaga para consulta ou internação em outro nível de atendimento, levar ao usuário guia de exame ou consulta, planejar o roteiro de visitas, auxiliar a coleta de material para exames complementares, registrar todas as suas atividades.

Com relação à caracterização de trabalhos semelhantes, Villatte *et al.* (2004) propõem uma discussão interessante. O trabalho dos Acss poderia ser considerado como um trabalho de mediação e de intervenção social? Por vários aspectos há semelhanças significativas com as profissões descritas no texto destes autores. Os Acss têm também um papel de cuidados, de auxílio, de educação e de animação junto à população que está sob sua responsabilidade. Além disso também têm atividades na área específica da saúde. Outros aspectos relevados pelos autores podem ser considerados como semelhantes:

- A multiplicidade dos locais de exercício e de vinculação;
- A imprecisão;
- O trabalho junto a populações carentes;

- A diversidade das formas de trabalho da relação de serviço;
- A diferenciação com relação ao público atendido;
- A diversidade dos momentos da troca;
- A existência de trabalhos administrativos em acréscimo ao trabalho de relação;
- A importância do acompanhamento ao longo do tempo (o ciclo de vida);
- A multiplicidade de competências requeridas;
- A incomensurabilidade das atividades;
- O respeito a um sistema de leis, regras e normas de uma dada sociedade;
- A importância da experiência para o desenvolvimento dessas competências;
- A falta de um reconhecimento dessas competências específicas;
- A percepção corrente de que ‘qualquer um’ pode trabalhar nessa profissão;
- A dúvida com relação à legitimidade da caracterização das atividades no social como trabalho;
- A imprecisão com relação à prescrição do trabalho e a existência da auto-prescrição.

Esses autores ainda ressaltam a dificuldade que esses profissionais têm para descrever concretamente seu trabalho, o que prejudica ainda mais o reconhecimento das competências e o processo de profissionalização. Muitos ainda acreditam que esse trabalho não exige competências relacionadas à gestão da relação, seriam então atividades banais. De fato, a falta de reconhecimento do ofício, inclusive por eles próprios abre o caminho para o desenvolvimento, como relatado na pesquisa apresentada neste artigo, de um certo ativismo por parte dos ACSS e um conseqüente sentimento de desgaste uma vez que eles nunca sabem se o que fizeram é satisfatório.

A novidade deste integrante em uma equipe de saúde, sem formação e nem qualificação técnica como os outros membros (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem), traz aos pesquisadores de Psicodinâmica do Trabalho no Brasil um grande desafio: definir este novo ofício (*métier*), as características do perfil deste e os constrangimentos a que está submetido este novo “profissional”. Algumas questões surgem imediatamente: o que significa ser o elo entre a comunidade e serviço público? Que características ele tem? Que conhecimentos, experiências, competências e habilidades ele deve possuir? O que significa ser, ao mesmo tempo, “representante” da comunidade diante do serviço

público e ser a via de acesso da equipe de saúde para a comunidade? Pode ser considerado como um trabalho de mediação e de intervenção social como coloca Villatte e colaboradores? Que implicação há para eles ao participarem da privacidade das famílias? O que significa conhecer seus segredos e problemas sem ferir a ética ou leis quando o que é revelado é discutível ética e legalmente?

Compreendendo o trabalho dos ACS no PSF a partir da PDT

Nesse artigo propomos uma discussão derivada de uma Ação em Psicodinâmica do Trabalho desenvolvida a partir de uma demanda do Ministério da Saúde, voltada para um aprofundamento das condições de implantação do PSF no Estado de São Paulo.

Apresentar e discutir questões relativas a esse trabalho, suas repercussões nas relações prazer e sofrimento no trabalho e algumas das estratégias encontradas por estes trabalhadores para fazer o trabalho acontecer apesar das dificuldades que encontram, é a contribuição esperada deste trabalho de pesquisa, principalmente se for útil para desvelar aspectos significativos que precisam ser considerados tanto para a gestão atual do sistema, como para processos de ampliação do programa. Acredita-se que esses resultados sirvam tanto para enriquecer os pontos de vista dos atores sociais, como para ajudar os AcSS a se apropriarem do sentido do seu trabalhar.

O desenvolvimento da pesquisa integrou, em paralelo, três abordagens distintas: Gestão de Operações de Serviços, Ergonomia da Atividade e Psicodinâmica do Trabalho (Sznelwar, 2006). A ação em psicodinâmica do trabalho se deu através da realização de grupos homogêneos com representantes de integrantes das equipes PSF (ACS, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos). Nesse artigo trataremos especificamente do trabalhar dos ACS.

Este estudo foi desenvolvido em três municípios do Estado de São Paulo, Brasil: São Paulo (capital), Ribeirão Preto e Embu das Artes. Em cada uma das cidades, foi escolhida uma área para estudo, nessas áreas foram convidados os AcSS que integravam equipes alocadas nas Unidades Básicas de Saúde. Todas as etapas foram realizadas no período de março a novembro de 2005, tendo início com o processo de pré-pesquisa, no qual os pesquisadores conheceram o PSF, seus componentes e particularidades.

Para possibilitar a realização de grupos de discussão com os trabalhadores foi constituído um grupo gestor, composto por representantes do grupo de pesquisa, coordenação da área de saúde da sub-prefeitura de Pirituba e gerentes das Unidades de PsF. A partir de então, foi feita uma apresentação da proposta aos trabalhadores das diversas unidades para a constituição dos grupos e identificação de voluntários.

Os grupos foram divididos por categorias profissionais: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos. Ocorreram quatro sessões por grupo, com duração de quatro horas cada e com frequência semanal.

Conforme acordado com o grupo, a equipe de pesquisa teria o tempo de um mês para compor um relatório preliminar, que seria apresentado para a sessão de validação e refutação. A partir dessa, foi constituído o relatório final. Tal relatório serviu de base para a etapa de validação ampliada realizada nas demais cidades participantes da pesquisa, Ribeirão Preto e Embu das Artes. Devido à impossibilidade de reproduzir todas as etapas da pesquisa nas três cidades utilizou-se como recurso metodológico desenvolver o método completo na cidade de São Paulo, pontualmente no distrito de Pirituba, e validar os relatórios produzidos neste nas outras duas cidades.

Cada trabalhador que participou dos grupos e da validação ampliada recebeu um documento final contendo os resultados do grupo em que participaram, após esse processo de validação.

Considerações Conceituais

Compreender o trabalhar destes agentes como dito anteriormente constitui um grande desafio, dada a sua novidade no cenário brasileiro. Significa inicialmente compreender como ocorre a mediação entre a singularidade deste trabalhador e o campo social através do seu trabalho. Ou seja, decifrar como o seu trabalho é a síntese entre sua subjetividade e a organização do trabalho.

A subjetividade, no registro da racionalidade pática, vai imprimir no trabalho a inteligência, sensibilidade, estética, saber corporal, afetividade, imaginação, criatividade, energia, etc. A sociedade, e a organização do trabalho em particular, inscrevem no trabalho, suas prescrições, normas, regras de ofício, leis, valores, ritos, mitos, suas diversas racionalidades, enfim, a cultura mesma em seu sentido amplo.

O trabalho, além de ser a síntese do particular e do geral, ao mesmo tempo, é composto por outras racionalidades: a instrumental, axiológica e a comunicacional. (Daniellou, 2004).

Um dos desafios para nós pesquisadores de psicodinâmica do trabalho nesta pesquisa é apreender o sentido deste trabalhar do ACS. Aprender também o sentido que tem o trabalho para ele. Isto significa que para compreendermos esta complexa situação, segundo Dejours (1999), devemos ter em vista uma teoria do sujeito. Uma teoria que desvende a lógica subjetiva que produz o trabalhar e, ao mesmo tempo, permita compreender quando este trabalhar diante dos constrangimentos da organização leva o sujeito ao adoecimento ou à promoção de sua saúde psíquica.

Para tanto, Dejours (2004c) recorre à teoria psicanalítica do sujeito. Conceitos como teatro psíquico, angústia, mecanismos de defesa, estratégia coletiva de defesa, sublimação, repressão pulsional, carga psíquica do trabalho, etc, não seriam possíveis sem a psicanálise como quadro de referência.

Processos interpessoais complexos como julgamento e reconhecimento são melhor compreendidos quando se leva em conta não somente a dimensão consciente, mas também, a inconsciente. Por exemplo, como a psicodinâmica do trabalho poderia pensar a questão da identidade sem ter por base o conceito de identificação? Este mecanismo permite esclarecer como a identidade pode ser ao mesmo tempo, singular e coletiva. Ser original e, ao mesmo tempo, pertencer ao grupo ou coletividade são condições essenciais para o fortalecimento desta identidade.

Nesse sentido é compreensível que Dejours (2000) e, mais especificamente, Molinier (2003b) defina que identidade é uma espécie de armadura psíquica que protege o indivíduo dos constrangimentos da organização, resultado de um trabalho de unificação psicológica que produz um sentimento de estabilidade, continuidade e integração no interior das vicissitudes de uma história singular. Mas este trabalho de construção desta armadura, nunca se completará, incessantemente precisa ser re-confirmada pelo olhar do outro, ou seja, a produção da saúde, nesse sentido é intersubjetiva. É na dialética do mesmo e do outro que se constrói esta identidade.

Por isto, o processo de sublimação, de um lado, e julgamento e reconhecimento (de utilidade e beleza), segundo Dejours (2003) serão

os processos que permitirão entendermos este processo de síntese que o trabalho produz. Mas, para que este processo possa ocorrer de maneira a criar a promoção da saúde propõe-se a existência de um espaço público, um espaço em que haja livre circulação da palavra (Dejours, 2004). Um espaço que respeite os conflitos e contradições que surgem no dia a dia de qualquer organização e que o julgamento ocorra de forma honesta para que o reconhecimento do desempenho das pessoas seja verdadeiro.

Como as pesquisas nesta área têm demonstrado, a engenhosidade, a cooperação e a mobilização subjetiva (Dejours, 2000) depende das condições que as empresas e instituições oferecem aos seus trabalhadores e, ao mesmo tempo, são processos que de fato são responsáveis pela qualidade do que são produzidos. A existência de um espaço público permite que se consolide estes processos e conseqüentemente a promoção de indivíduos saudáveis psicologicamente.

O perigo da falta deste espaço é o de criar uma série de situações que podem levar os trabalhadores a um sofrimento que no limite torna-se patogênica (Dejours, 1992) e a práticas clandestinas não necessariamente lícitas aos olhos da direção quando se trata de relações verticais e hierárquicas. Podem também levá-los a práticas ou condutas não colaborativas e no limite sabotadores em relação aos pares. Em relação aos clientes, a falta de condições de bem atendê-los podem levar os trabalhadores a uma atitude cínica que freqüentemente pode levar no limite à banalização do mal, à prática de comportamentos que se sabe imorais como se fossem naturais. Só que, muitos trabalhadores procurarão resistir a esta situação contraditória em relação à sua ética, o que produz uma situação de sofrimento moral. No caso dos trabalhadores da área de saúde, muitos contrapõem a compaixão e o sincero desejo de ajudar o próximo como antídoto ao cinismo e às várias formas de dificuldades. Uma compaixão¹ que os leva a se desdobrarem no cuidado e dedicação ao trabalho (Molinier, 2003).

1. Melanie Klein, uma das mais importantes psicanalistas da infância descobriu e reconheceu em sua clínica que existia desde cedo em seus pacientes – crianças – uma forma de reparação baseada no amor e no respeito pelo objeto e que resulta em realizações verdadeiramente criativas. Nesse sentido, para a autora, a *reparação* é o elemento mais forte dos impulsos construtivos e criativos. Implica numa grande capacidade de apiedar-se e o desejo de restaurar aquilo que sente que sadicamente pode ter destruído. Defendemos que a compaixão pode ser uma das formas de reparação na vida adulta em situações de trabalho. (Klein, 1969).

Uma última questão que gostaríamos de ressaltar no trabalho do ACS é que se trata de uma atividade desenvolvida na rua, em espaço aberto, que requer um indivíduo capaz de responder a uma multiplicidade de demandas, em que é exposto e avaliado o tempo todo pela população, correndo riscos, mas, ao mesmo tempo, ganhando reconhecimento e prestígio, assim, é necessário criar uma categoria que abarque estes importantes aspectos. A clínica do trabalho que temos desenvolvido com este tipo de trabalhadores (além de ACS, policiais militares, agentes de estacionamento rotativo, operadores de tráfego) sugere como hipótese de trabalho, a expressão *estar na berlinda*². Como podemos observar, é uma expressão que revela que a mesma situação produz dois efeitos contraditórios ao mesmo tempo: positivo e negativo.

Resultados

O trabalhar do ACS, um enigma?

O PSF propõe um novo modelo de atenção em saúde na atenção primária: o trabalho centrado na família, com a priorização das ações coletivas e enfoque na promoção à saúde. “*O PSF trabalha o ciclo da vida*”. Essa mudança no enfoque de trabalho vai determinar novas práticas, novos atores e novas relações de trabalho que, por vezes, vão entrar em conflito e competição com as instituições já existentes no sistema de saúde.

As diretrizes do PSF pressupõem o trabalho em equipe e a resolução de diversos problemas de saúde no nível primário. Espera-se, a partir da incorporação das ações programáticas mais abrangentes e pelo desenvolvimento de ações inter-setoriais, promover a qualidade de vida e intervir nos fatores que a colocam em risco garantindo ações em saúde para além da prevenção das doenças (Brasil, 1997).

No âmbito mais específico da saúde, o PSF prevê uma série de ações voltadas para a prevenção de doenças, para o manejo de patologias crônicas e propõe ações de promoção à saúde que deveriam se sobrepor às ações tradicionais restritas ao âmbito curativo. Traz consigo a idéia de uma atenção centrada na família e não mais somente nos indivíduos, com ênfase em ações integradas e mais humanizadas.

2. Na língua portuguesa *estar na berlinda* tem várias acepções. Escolhemos aquelas que mais explicitam o sentido que queremos propor: 1) ser objeto de comentários; 2) ser objeto de atenção ou de curiosidade pública, estar em pauta, estar na ordem do dia; 3) ver-se em evidência embaraçosa por motivos não lisonjeiros. (Houaiss, 2001)

Este novo enfoque implica uma mudança no processo de trabalho em saúde, sobretudo na relação trabalhador-usuário. Nesta nova abordagem são previstos, dada a exigência de uma ação mais integral, profissionais com formação generalista, relações entre profissionais e usuários mais próximas, equipes horizontais, entre outros.

É aqui que podemos situar o papel dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes. Os agentes devem residir na comunidade e não necessariamente possuem alguma formação na área de saúde. O foco de seu trabalho está na construção do elo: serviço de saúde-comunidade.

O ACS seria um novo tipo de profissional? Tudo que ele faz é, de certa forma novidade. Como dito anteriormente, tudo está sendo feito e construído, portanto não há precedentes históricos em que se basear, não há um Conselho profissional que regulamente a profissão, não há formação técnico-científica. Esta categoria então se ressentida de uma estrutura que permita tal construção. Nesse sentido, perguntamos: o que são os ACS? São pessoas da comunidade que trabalham para favorecer o acesso aos cuidados à saúde? São pessoas que representam o Estado e trazem tanto uma mensagem de prevenção e promoção da saúde quanto anunciam os limites do serviço público em atender as demandas dos municípios? São de fato um elo entre comunidade e sistema de saúde? E se são, o que isto significa? O agente tem uma profissão ou a sua atividade não pode ser considerada como uma atividade profissional? Afinal o que são? Para quem trabalham?

Todas estas questões permitem perceber o quão complexo é o trabalho do ACS. A partir da fala deles pensamos que não existe uma resposta que possa separá-los em dois pólos opostos. Ou seja, que ora são da comunidade e que ora são representantes do Estado desempenhando uma função na área de saúde pública. Que ora, tornam-se ACS ao vestirem o colete/uniforme e que ora, ao retirá-lo voltam ser meros membros da comunidade. Este esforço em separar estas duas esferas existe por parte dos agentes,

“Faço questão de trabalhar com uniforme, fora do horário eu mostro que estou sem o uniforme...”.

Querem viver como qualquer trabalhador que ao sair da organização do trabalho, deixa de ser empregado e torna-se um mero cidadão.

O trabalhar dos ACS, porém, pede uma reflexão que ultrapasse uma visão simplificadora típica do funcionalista, isto é, uma reflexão

que o trate como um trabalhar contraditório. Nesse sentido, somente através da lógica dialética poderemos apreender a complexidade de sua atividade, ou seja, uma lógica da contradição e sua superação.

A todo o momento observamos que a fala destes agentes revela as profundas contradições em que vivem: são ao mesmo tempo da comunidade e agentes comunitários. Isto acontece porque o ACS é este elo definido pelo seu trabalhar. Nesse sentido, ele não só trabalha na construção do elo entre saúde pública e comunidade, como ele próprio é este elo. Ser elo é ser então esta síntese contraditória. Isto gera uma série de conseqüências.

Este trabalhar inicialmente foi visto com desconfiança pela população:

“Foi assustador, o vizinho não abria o portão, não falava com você, fingia que não estava em casa. A maioria não abria a porta por falta de confiança – não confia em você, finge que não está. Foi de chorar”.

O impacto da falta de confiança foi um grande desafio a ser superado, principalmente, do ponto de vista emocional. Lidar com aquilo que é assustador, com ser ostensivamente ignorado e a priori ser fonte de desconfiança sem ter uma chance de provar o contrário. Eles mostram o intenso sofrimento que passaram na fase inicial de implantação do Programa e como sentiam por terem sido bem preparados para esta nova modalidade de atividade:

“A gente não estava preparado para agüentar, entender, orientar os problemas... fomos jogados direto na boca do lobo, tem um monte de gente com problema, tem dinheiro, mas tem problemas”.

Percebe-se nesta fala um certo questionamento em relação ao Programa, uma vez que na fase de treinamento foi passado a eles uma idéia do trabalho. Todavia a realidade sempre foi outra e a distância do trabalho real com aquilo que foi dito a princípio lhes trouxe muita dificuldade para agir, se situar e para compreender o escopo do seu papel. Aos poucos a própria experiência foi ensinando os Acss a como agirem:

“a gente criou um jeitinho, de sempre entrar na casa. Eu moro aqui o tempo todo e não tinha noção do que era minha comunidade”.

Com isto a população foi modificando a percepção que tinha dos Acss, o que, ao mesmo tempo, permitiu uma visão mais clara do papel social desta nova atividade. Para realizar a sua tarefa, este agente foi ganhando a confiança e a possibilidade de participar da privacidade de muitas famílias:

“Entra na casa e vê a dificuldade que os outros passam. Antes não se sabia o que o vizinho passa”.

Mas, ao ganhar confiança da população e ao participar mais de sua intimidade, estão expostos a situações de risco por tomarem contato com situações ilegais. O exemplo que passaremos a citar ilustra a realidade do tráfico de drogas:

“Agora todos me conhecem, me avisam. Tem momentos em que a ‘barra pesa’, somos avisadas para não ir quando tem químicos (traficantes)”.

“Os ajudantes deles avisam, não vai que hoje não pode descer”.

“Em 15 minutos de caminhada você passa por contrastes muito grandes”.

Como agentes da saúde são respeitados, mas como cidadãos que moram no local devem tomar cuidados, pois se algo acontece com os traficantes, por exemplo, delações de membros da comunidade para a polícia, podem virar alvo de suspeita e suas famílias passam a correr perigo:

“A gente não devia morar na comunidade, tranco meu filho com medo, me tranco com medo. A gente é protegido por um lado, mas de outro tem medo”.

Nesse sentido, os ACSS gostariam de não morar no local onde trabalham, mas esta é a condição para serem agentes. Para poderem ter trabalho é vantajoso ser da comunidade, mas ficam agora expostos aos riscos e perigos que o trabalhar lhes impõe:

“Seria melhor trabalhar numa área e morar em outra”.

“Eu entro no portão de casa olhando para os lados pra ver se tem paciente pra ver onde eu moro”.

Não são somente estes riscos com a delinquência e o mundo do crime a que estão sujeitos os agentes. Estão expostos a outros tipos de conflitos: foram instruídos a oferecerem serviços clínicos como consulta, exames, medicação ao detectarem problemas de saúde nas famílias; porém nem sempre conseguem efetivar esses serviços:

“Quando chegam na unidade se decepcionam até a parte clínica é uma beleza, depois....Na próxima visita só faltam te bater”. “Morreram dois na fila da cardio – ‘eu matei o cara’”. “Eu já matei 3”.

Estes agentes sentem que oferecem um serviço que não existe. Se sentem pressionados a mentirem e têm medo de se tornarem cúmplices:

“As especialidades não funcionam. Se são mal atendidas no posto, elas brigam com a gente”.

Estimulam o paciente a ir à unidade de saúde, mas quando ele chega lá é mal tratado, e os agentes são responsabilizados:

“Quando não conseguem consulta com o especialista o ACS é incompetente”.

Participar da intimidade das famílias torna-se uma outra grande fonte de contradições:

“Vai conversar com o paciente e absorve tudo de ruim e tem que guardar tudo. Fica acumulado, não pode contar o caso para os outros, fica com a carga”.

Esta fala introduz os vários exemplos a que estão submetidos:

“A velhinha tem convenio, mas é roubada pela empregada, pelo taxista... isso é problema social”. “A mulher apanha e não conta para ninguém, só pra mim. Tem hora que não consigo separar”. Quando a paciente “vai no posto machucada, bala, facada” não assume o que de fato ocorreu.

Mas para a ACS que conquistou a confiança dela, fala francamente da facada que recebeu do marido:

“posso falar com você, e mostra os hematomas. O que sei é que tem que ir para delegacia...ele só me bateu 3 vezes”. Estas experiências marcam a agente a ponto de perturbar seu sono: “eu nem dormi”.

A ética do sigilo é então fonte de um grande sofrimento: faz parte de seu trabalho conhecer profundamente as famílias, mas ao fazê-lo, são colocados freqüentemente em uma encruzilhada entre não falar e estas pessoas continuarem a sofrer os maus tratos ou falar para protegê-las, mas quebrando o trato de confidencialidade que as mesmas pedem.

Outra contradição vivida em relação à privacidade é perdê-la em relação à comunidade quando ganha intimidade dela:

“Você não pode a ir a lugar algum, vêm bater na sua casa, na feira, perde a privacidade...Nossa vida é um inferno porque procuram a gente 24 hs por dia”.

Mas, isto não significa somente decepções, muitas vezes conseguem resolver e ajudar as famílias com o seu trabalho. Logo, a mesma fonte que gera o sofrimento é também a de prazer e reconhecimento da população. O ACS é também a via de acesso ao médico que salva vidas e ajuda a minorar as doenças que as pessoas sofrem. Sua função de elo tem não só um sentido negativo, é, ao mesmo tempo, positivo:

“Fui muito bem recebida pelas famílias”. “Teve um que veio com matador de mosquito me chamando de mentirosa. Depois ficou meu amigo, ia em casa levar bombom”. “Uma achou que eu estava tendo um caso.. agora só falo com ela...ela fala muito... ela veio com um bolo”.

Como elos, as contradições surgem agora em relação à equipe de saúde:

“Os agentes administrativos recebiam as bordoadas, contrataram os agentes comunitários para serem os sacos de pancada da região. Não criticam

os médicos, auxiliares e enfermeiros. ACS é o saco de pancada”. “Nossa função é ser porta de frente – vai e volta, dar lá e tomar cá – tá na rua leva no posto, tá no posto toma na rua”.

Estas falas ajudam a compreender que eles desempenham um papel de anteparo e proteção dos outros profissionais. Não são somente aqueles que levam as demandas da comunidade para o interior do serviço de saúde onde freqüentemente criam um estado de tensão:

“O paciente já incorporou o ACS na sua vida, então procuram mesmo. Agora avisamos nas visitas qual nosso dia de plantão no posto. Eles procuram mesmo”

Entretanto são, ao mesmo tempo, os que protegem a equipe ao servir de filtro e “saco de pancada”:

“Tudo que acontece de errado no governo é culpa nossa... depois que contrataram esse monte de vagabundo o posto não funciona mais – deveriam ter contratado médicos”.

Este lugar que ocupam de serem fronteiras e trabalharem na fronteira tem surtido outros efeitos do lado da equipe: se hoje os agentes são mais respeitados pelos usuários dado o trabalho desenvolvido, muitas vezes não se sentem respeitados na unidade, porque estão incomodando muito. Na unidade ouvem dos outros profissionais da equipe frases como:

“Vocês adulam demais o paciente”, “criaram vício de ir ao médico e não fazemos um outro trabalho”.

Mas, um papel fundamental, segundo os próprios agentes, é perguntar e dialogar:

“Está tudo bem com você? Precisa de alguma coisa”? “Na minha área não tem ninguém, só tem eu, serve?” “Nosso trabalho é conversar; e assim economizamos consultas”.

Ficam ressentidos, então, por não serem reconhecidos em seu trabalho, pois desempenham também papel de filtro que protege e ajuda a equipe e facilitam o trabalho dos colegas. Um dos exemplos citados é a relação que tem com os médicos:

“Na triagem, a urgência é o médico que determina, mas na hora de marcar consulta temos que ouvir a história da família para saber qual urgente marcar primeiro. Isso favorece o trabalho do médico. Leva-se tudo pronto para o médico, isso diminui o número de consultas, o médico só da receita”.

Por outro lado, acreditam que seu trabalho também pode ser fonte de conflitos:

“E a gente leva trabalho para eles e isso incomoda. Nós somos uma ameaça, eles ficam batendo papo e a gente traz o problema, eles têm que trabalhar”.

Eles acreditam que para que as metas definidas pelos gestores do sistema sejam atendidas eles têm que trabalhar com a cumplicidade dos outros colegas, o que, por vezes, os coloca em conflitos na equipe:

“Eu não faço favor pra ninguém mesmo! Eu faço meu serviço. Os médicos vão ter de fazer suas consultas. Às vezes, ficam nervosos, eu não agüento”!

Eles precisam também remediar conflitos usando de estratégias de convencimento. Para conseguir o seu intento, o ACS sempre procura dar um jeito, pois querem o mínimo. Chega com jeitinho e pede para o enfermeiro ou para o médico e consegue com isso assegurar que o paciente seja atendido: sentem que são agentes *Bombril*³:

“Eu oriento a passar com a enfermeira e a enfermeira não resolve. Existem enfermeiros e enfermeiros. Quando você marca uma vez com o enfermeiro na 2ª vez o paciente não vai mais”.

O trabalhar do PSF é ser preventivo e desenvolver através de vários tipos de trabalho uma maior consciência da importância da higiene, cuidado com o corpo, prevenção de gravidez indesejada, realizar periodicamente exames do tipo papanicolau, e assim por diante. Uma das principais estratégias para a educação e informação é a utilização de grupos. Formam então grupos de prevenção e ajudam a desafogar o trabalho de consulta médica. Um exemplo citado é o grupo de pessoas com hipertensão arterial, um dos mais importantes para a “economia” da consulta. Mas, muitos agentes dizem:

“Paciente quer medico, não quer grupo, só para o grupo, ele não vem”,
“o paciente é obcecado pela consulta e tira a vaga dos outros”.

Todas estas falas revelam as dificuldades que os agentes encontram entre ser o elo da comunidade com o serviço de saúde enquanto via de acesso aos tratamentos e serem agentes que educam e desenvolvem programas preventivos. Entre educar a população acostumada a uma cultura de atendimento ambulatorial e “hospitalocêntrica” e uma nova proposta de desenvolvimento da saúde e de prevenção.

Outras contradições em relação à unidade básica de saúde são de ordem ética, quando há quebra de sigilo. Relatam uma série de situações que exemplificam o sofrimento que vivem:

• “No começo ouvia a historia do paciente e contava no posto e depois foi vendo que não dava pra ter tanta ansiedade. O que era para gente um grande

3. Bombril no Brasil é um tipo de palha de aço que difundiu uma propaganda que dizia que tinha mil e uma utilidades. Devido a isso foi criado um eufemismo para todo o indivíduo que se sente um mero instrumento ou objeto com várias utilidades

problema, para eles era um de menor importância. Com o tempo o médico foi explicando sobre ética. A gente chegava no posto, na porta e já ia falando. Hoje muita coisa a gente resolve, não faz tanta pergunta”.

- “Eu me sinto mal de ter que expor a situação das minhas famílias de pacientes porque tem pessoas que saem comentando. Você acaba ouvindo fora, fazendo piada do meu pacientes, coisa que se falou em reunião...Já cheguei na cozinha e ouvi piadinhas de casos meus, que contei em reunião...Será que é correto comentar? Tem coisas que tem que comentar porque você não tem solução para o problema. Precisa de outra visão”.

- “Eu me sinto mal na hora de guardar prontuário. Você vê no prontuário algum assunto particular que a mãe não podia saber e a paciente pediu para não contar. Tem que marcar o papanicolau e a mãe pensa que a paciente é virgem e você não pode falar nada. A coisa é pessoal, mas todo mundo na unidade de saúde está falando”.

- “Ela não queria que o vizinho visse que estava fazendo exame de gravidez. Um queria saber porque o outro está vindo à unidade.”

O ACS não é reconhecido como profissão, há pessoas que os maltratam e pensam que agente é voluntário. Vivem a contradição de serem profissionais e, ao mesmo tempo, não serem considerados como tais:

“Olha aí esse bando de vagabundos parados comendo pastel... você tem que dar satisfação”.

Nestes momentos são vistos como membros da comunidade:

“O povo te controla”. “Estou na rua e o paciente pede explicação. Você já veio almoçar? Você não foi trabalhar hoje? Almoçar a essa hora?”.

A pergunta angustiante que emerge é em relação à sua identidade profissional, por falta de uma delimitação clara de seu ofício:

“O que somos nós? Nos não somos nada, o que importa é prestar o serviço, ninguém tomou atitude nenhuma e o agente tem que trabalhar com medo. O agente tem que dar a cara pra bater pra comunidade e para a equipe. Que profissão é esta?”

Ressaltam então as dificuldades que possuem em construir limites para o envolvimento com a população. Foram orientados a se envolver e participar ativamente dos problemas da comunidade. Mas por pertencerem à comunidade e interagirem com vizinhos, conhecidos, encontram uma série de dificuldades para estabelecer fronteiras entre o que seria um envolvimento profissional e o envolvimento como cidadão. Essa distinção para eles é bastante tênue, uma vez que, o trabalho os coloca em contato com a intimidade das pessoas e famílias de forma contínua. Este convívio cria situações que geram sentimentos os mais diversos, como compaixão, medo, distanciamento, repulsa, impotência, entre outros.

Soma-se a isso, questões que emergem do convívio intenso com o sofrimento das pessoas, advindo tanto de carências sociais e econômicas quanto das várias ordens do sofrer humano. Citam como exemplo o envolvimento que passam a ter com os conflitos familiares dos mais diferentes tipos, solidão dos idosos, mortes, miséria e violência doméstica. Citam também:

“As fofoqueiras de plantão no portão perguntando de outros moradores ou querendo me contar o que viu no bairro”. Vizinho que quer saber o que tem na casa do outro. Como ela está com o marido? Logo, a estratégia de defesa utilizada é a de apagar a memória: “Eu saio da casa dela e minha memória apaga”.

Mas, esta falta de limites claros do trabalho de ACS é um grande desafio, o seu papel social é múltiplo e, muitas vezes, contraditório. Parece que estão sempre atuando em uma perspectiva onde a sua ação pode ao mesmo tempo melhorar ou piorar o serviço para a população. Quanto mais fazem, tem a sensação que criam mais demanda que não pode ser resolvida, pois o sistema de atendimento não dá conta das necessidades da população. Quando conseguem uma consulta em alguma especialidade, ou quando conseguem um exame, abrem as portas para outras demandas de saúde. A visão de generalista, fundamental para o sucesso do programa, é pouco desenvolvida uma vez que os profissionais da saúde, em especial os médicos atuam e são formados majoritariamente sob o ponto de vista da especialização. A população sabe disso e, para que os ACS e o PSF como um todo consiga se legitimar cada vez mais, é preciso que os resultados apareçam. É necessário, de um lado, permitir o acesso a uma atenção médica mais especializada e, de outro, mostrar que a ação dos seus profissionais ajuda a população a resolver seus problemas de doença e promova a saúde através da efetivação dos mais variados tipos de ação educativa, de lazer, de integração social. Nesse meio está justamente o ACS que não é um profissional da saúde; que não é um educador; que não é um animador esportivo; que não é um professor de artes; mas acaba sendo e exercendo todos estes papéis, entre outras ações necessárias.

Uma outra vertente desse trabalho é o de ser testemunha e, por vezes, atuar como mediador social. Eles são testemunhas de quase tudo que se passa numa comunidade. Sabem de coisas que podem ser úteis para o seu trabalho e para as ações das equipes, mas sabem de muita coisa que lhes obriga ao silêncio, mesmo quando isso os coloca em conflito ético e moral. Como ficar em silêncio e, ao mesmo tempo desenvolver uma estratégia para que a injustiça social, a violência que estão testemunhando não aflore e que seja reparada? Desenvolver uma

estratégia nesse sentido é sempre um desafio pois exige múltiplas habilidades e, também a construção de redes de solidariedade com a população e com a equipe. Também exige um constante alerta e uma cobrança pessoal contínua e desgastante. Um dos maiores temores deles é se tornarem cínicos, perderem o envolvimento com a população. Precisam desenvolver mecanismos de defesa para que o seu sofrimento não se torne patológico, e que ao mesmo tempo os ajude a ir mais longe nas suas ações. Acreditam que, isso possa levá-los à frieza, à perda da compaixão e, conseqüentemente do sentido do seu trabalho. Esse círculo vicioso é um problema chave para desvendar as questões psíquicas desse trabalhar, quanto mais fazem mais sofrem, mas se não o fizerem sofrem por perderem a humanidade do seu trabalho.

“Nós estamos ali pra resolver o problema deles, mas somos a válvula de escape, o paciente estoura com a gente. O paciente morre antes ou quando chega no medico já ta amaciado (tomamos a porrada antes)”.

Fica claro também, a partir das dinâmicas das sessões que, há uma constante questão entre o se sentir como desgastado, usado, em conflito consigo mesmo e, ao mesmo tempo, terem um sentimento profundo de utilidade e, mesmo de reconhecimento, mesmo que este seja friável e sujeito a contradições profundas. O trabalhar segundo os ACS que compuseram os grupos e aqueles que participaram dos processos de validação ampliada traz muitas possibilidades para eles enquanto pessoas e, enquanto participantes de um coletivo de trabalho e como pertencentes de uma comunidade. Os mínimos sinais de reconhecimento por parte dos diferentes atores sociais com os quais mantém relações, em especial, as pessoas da comunidade, lhes faz bem e aumenta a sensação de que fazem bem, que as pessoas reconhecem o seu esforço. Não é sem uma ponta de orgulho que referem o respeito que adquirem até de pessoas que atuam na ilegalidade, como os traficantes de droga, pois são vistos como pessoas que estão ajudando, não estão reprimindo, entregando para autoridades policiais. Isso não significa que eles concordem com as ilegalidades, a violência da qual são testemunhas, mas a sua fala mostra que é possível exercer um papel e criar um espaço enquanto atores sociais específico, que tenha um sentido, pois é reconhecido como útil.

Isso também se dá no nível das equipes PSF. Vivenciam muitos conflitos, principalmente com os colegas que eles consideram como viciados por um modelo onde vários deles já perderam a razão do trabalhar, onde já desenvolveram tantas defesas que não acreditam mais no que fazem. Apesar disso, eles consideram que há, nas equipes muito espaço para a cooperação, para a solidariedade e, até para momentos de

cumplicidade, principalmente para manter a qualidade e a integridade do serviço. Nesse caso estão em relação constante com os médicos, enfermeiros e auxiliares, a criação de vínculos é possível e, mesmo fundamental para a sobrevivência das equipes, principalmente no âmbito da saúde mental. Essas relações são conflituosas, mas permitem, na maior parte das vezes, o desenvolvimento do sentido de equipe.

Por outro lado há que se considerar todas as contradições já expressas e de todo sofrimento, que por vezes, beira o impasse, o patológico. Trazerem uma mensagem positiva para a população é uma fonte de satisfação, mas também é um risco, pois se vêem como se estivessem trazendo uma mensagem mentirosa, uma promessa vã que não vai ajudar a população. A mentira é um tema recorrente, fonte de constantes questionamentos. Se considerarmos a mentira num sentido amplo há várias questões que eles relatam, por exemplo, prometer o que não vai acontecer é um grande dilema. Muitas vezes, acreditam que o silêncio deles próprios é uma mentira, poder dizer, ser claro, ser fiel, não se calar, seria um primeiro movimento em sentido contrário. Entretanto se tudo falarem colocam em risco o seu trabalho e a própria possibilidade de realizá-lo, sobretudo a sua integridade física e a de seus familiares. Se não falarem colocam em risco a sua integridade psíquica, assim, permanecem em conflito moral.

Eles são um elemento novo, em evidência, sentem-se como se estivessem constantemente na *berlinda*. Se sentem olhados observados, são agora conhecidos e são alvos das mais variadas demandas da comunidade e, dos colegas da equipe. O seu trabalho é multifacetado, o que os coloca em relação com os mais diversos atores sociais presentes no espaço público. Trata-se de um tipo de “trabalho na rua” onde exercem ações de mediação social que não podem ser anteriormente definidas e restritas, pois as demandas são múltiplas. Não cabe aqui um padrão, um procedimento, uma conduta específica. É necessário desenvolver uma atuação, um novo tipo de profissão, isto é, através da construção de regras de ofício e de modos de atuação singulares e adaptáveis às situações e à capacidade de resiliência dos trabalhadores.

Discussão

Uma das questões fundamentais relativas à vivência dos ACS está ligada à ambigüidade do seu papel, aí se situa o dilema quanto ao reconhecimento do trabalho deles, seria ou não uma profissão. Ao considerar essa questão seria importante evidenciar se podemos falar em regras de

ofício (Dejours, 2003), na possibilidade de avaliação e de julgamento de beleza. Até o presente há poucas evidências com relação à constituição de um ponto de vista comum que permita a esses profissionais compor um campo de práticas, de experiências e, mesmo uma ética que lhes permita uma identificação enquanto grupo e, uma possibilidade de identificação enquanto indivíduos e uma realização de si.

Há, portanto, uma dificuldade para que os ACS possam avaliar o seu próprio trabalho, eles são capazes de avaliar o seu esforço, mas um julgamento entre pares fica prejudicado, pois ainda não há, referências que lhes possibilitem avaliar o seu trabalho com relação ao estado da arte.

É possível para eles, a partir do retorno que obtém da população, avaliarem os resultados da sua atividade com relação à sua utilidade. Entretanto, isso é parcial, pois o julgamento da hierarquia ainda é baseado em um desconhecimento profundo daquilo que fazem e das dificuldades para avaliar os resultados efetivos. Tanto é que as maneiras de avaliação utilizadas pelos responsáveis pelo PSF estão baseadas em pressupostos de produtividade que consideram apenas parcialmente aquilo que de fato é o trabalho deles. Por exemplo, ao serem avaliados a partir da quantidade de visitas feitas no mês, sentem-se injustiçados, pois isso é apenas uma parte do trabalho, que pode ser formalizada, mas que nem de longe reflete aquilo que fazem.

O reconhecimento que encontram por parte da população também é ambíguo, pois, este é aleatório e depende do quanto eles puderam ser úteis para aquelas pessoas. Não há um tipo de ação específica que possa ser considerada adequada, até o momento, que dê um retorno consistente para eles e para os outros atores sociais envolvidos com relação ao seu trabalho. É interessante notar que, ao não haver ainda um corpo de ofício, um gênero profissional, como propõe Clot (1999), fica complicado discutir o aporte de cada um, quando se faz referência ao estilo individual. Nesse caso, parece evidente que a questão do gênero profissional e do estilo individual, adquire contornos mais dinâmicos, isto é, seria algo em construção onde o estilo individual também vai influenciar significativamente na construção do gênero profissional. Esse processo de criação de uma profissão será referendado de maneira mais ou menos significativa por diferentes atores sociais, pessoas da comunidade, outras profissões que atuam no sistema de saúde e no PSF, os poderes públicos (legislativo, executivo e judiciário).

Ressaltamos ainda a importância do processo de construção de regras com vistas ao que propõe Maggi (2006) na discussão sobre

autonomia e discricionariedade. Há situações em que agem com autonomia, constroem regras próprias, depois as submetem à apreciação dos colegas, da hierarquia e da população. Nesses casos, criaram regras de convivência, sujeitas a constantes transformações. Em outras situações, aquilo que podem decidir está definido em possibilidades anteriormente determinadas, tem um papel discricionário, como por exemplo, nos processos de marcação de consultas. Esses processos de construção podem também evidenciar o desenvolvimento de um saber-fazer, de uma inteligência astuciosa (Dejours, 2004) que, se reconhecidos, podem ser fonte de prazer e de realização profissional. Entretanto, há muitas decisões que são questionadas, ou mesmo desqualificadas pelos pares, pela hierarquia e pela população. Isto é fonte de sofrimento, muitas vezes, intenso.

As relações são criadas em cada caso, em cada situação, com cada família e indivíduo, todas são diferentes. O conceito de relação de serviço (Hubault, 2002) é importante aqui para enfatizar o fato que o trabalho desenvolvido é único, é singular e está sujeito a ajustes constantes. Isso reforça o risco presente neste tipo de trabalho, uma vez que há muita dificuldade, conforme dito anteriormente, para se reconhecer a qualidade dessa relação, sujeita a altos e baixos, inscrita no ciclo de vida das pessoas e das famílias, e cuja eficácia pode sempre ser questionada.

O medo de se tornarem cínicos é uma constante. Precisam desenvolver mecanismos de defesa que lhes permita conviver com o sofrimento das pessoas, com a violência e com a injustiça, e que os proteja do risco que vivenciam. No entanto, receiam que estes mesmos mecanismos lhes causem uma certa “anestesia” ou mesmo a perda da compaixão (Molinier, 1997, 2003). Não reconhecer a necessidade do outro, seria para eles, perder o sentido do seu trabalho, uma vez que, a própria existência do ACS está fortemente ligada às necessidades das pessoas. Satisfazer as necessidades da população não seria apenas dar vazão a algo já previsto num rol de ações possíveis que seriam hierarquizadas a partir de um ponto de vista mecanicista onde as necessidades poderiam ser empilhadas em acordo com uma importância teórica. O seu trabalhar é, sobretudo, tecer relações, relações de confiança que permitam construir junto com as pessoas com as quais age um ponto de vista sobre a saúde muito mais amplo, voltado à promoção (Dejours, 1985). Construir uma relação de confiança com as pessoas da população impede também que haja um reconhecimento mais amplo do seu trabalho, uma vez que a confiança requer, muitas vezes, silêncio, ser discreto, ser invisível.

Podemos até o presente afirmar que os estudos desenvolvidos sob a ótica da psicodinâmica do trabalho por nossa equipe junto aos ACS mostram alguns resultados significativos com relação à saúde e o trabalho dessas pessoas. Ao analisar os resultados obtidos é possível inferir que esse tipo de trabalho coloca a saúde mental em risco. Há muitas fontes de sofrimento. Entretanto, trata-se de um trabalho que permite, que possibilita uma série de ações diferenciadas e que é passível de um reconhecimento direto por parte da comunidade. Há margens de manobra significativas, o seu campo de atuação é bastante aberto (fonte de incertezas e contradições profundas). A sua vivência se constrói na ambigüidade, principalmente no que diz respeito ao pertencimento (ao Estado, à comunidade). É também uma vivência construída em campo aberto, fértil um campo de possibilidades, a ser construído, ainda com múltiplos e incertos caminhos.

Seiji Uchida

Professor da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Mestre e Doutor em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da USP
Avenida 9 de Julho, 2029 Bela Vista São Paulo/SP – Brasil
CEP: 01313-902

Selma Lancman

Professora do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSF, mestre em Saúde Comunitária pela UFBA, Doutora em Saúde Mental pela UNICAMP, Pós-Doutora do Trabalho no Conservatoire National des Arts et Metiers, Livre Docente pela FMUSP
Rua Cipotanea, 51. Cidade Universitária São Paulo/SP – Brasil
CEP: 05360-160

Laerte Idal Sznelwar

Professor do Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo
Avenida Professor Almeida Prado, 531. Cidade Universitária
São Paulo/SP - Brasil
CEP: 05360-161

Tatiana de Andrade Jardim

Terapeuta Ocupacional, mestranda em Ciências da Reabilitação pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Cipotanea, 51. Cidade Universitária São Paulo/SP – Brasil
CEP: 05360-160

Referências

- Brasil, Ministério da Saúde, 1997, Programa Comunidade Solidária, Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília (DF).
- CLOT Y., 1999, *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF.
- Daniellou F., 2004, Introdução – Questões epistemológicas acerca da ergonomia. In Daniellou F. (coord.) *A ergonomia em busca de seus princípios. Debates epistemológicos*, São Paulo, Edgard Blücher, 1-18.
- DEJOURS C., 1985, « Construire sa santé », in Cassou B. et col., *Les Risques du travail*, Paris, La Découverte, pp. 18-21.
- DEJOURS C., 1992, Uma novavisão do sofrimento humano nas organizações. In Chanlat J.F. (coord) *O Indivíduo na Organização. Dimensões Esquecidas*. São Paulo, Atlas.
- DEJOURS C., 1999, « Psychologie clinique du travail et tradition compréhensive », in Clot I. (dir) *Les Histoires de la psychologie du travail*, 2^e éd. Toulouse, Octares, pp. 195-219.
- DEJOURS C., 2000, *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard.
- DEJOURS C., 2003, *L'Évaluation du travail à l'épreuve du réel*, Paris, INRA.
- DEJOURS C., 2004, A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In Lancman S. et Szelwar L.I. (orgs.) *Christophe Dejourns: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*, Brasília, Paralelo 15; Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 105-126.
- DEJOURS C., 2004b, Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho. In Lancman S. et Szelwar L.I. (orgs.) *Christophe Dejourns: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*, Brasília, Paralelo 15; Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 277-299.
- DEJOURS C., 2004c, Para uma clínica da mediação entre psicanálise e política: a Psicodinâmica do Trabalho. In Lancman S et Szelwar L.I (orgs) *Christophe Dejourns. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*, Brasília, Paralelo 15; Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 165-196.
- HOUAISS A. (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Objetiva.
- HUBAULT F., 2002, « La relation de service : une convocation nouvelle pour l'ergonomie ? », in Séminaire Paris 1, *La Relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie*, Octares, Toulouse.
- KLEIN M., 1969, Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebe. In: Klein M., Heimann P., Isaacs S., Riviere J. *Os Progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar.
- MAGGI B., 2006, *Do agir organizacional: um ponto de vista sobre o trabalho, o bem estar, a aprendizagem*, São Paulo, Edgard Blücher. (traduction brésilienne de l'originel publié par Octares, France, 2003)
- MOLINIER P., 1997, « Féminité et savoir-faire discrets », in Actes du Colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail, tome II, Paris, CNAM, pp. 335-347.
- MOLINIER P., 2003, *L'Énigme de la femme active: Egoïsme, sexe et compassion*, Paris, Payot.

- MOLINIER P., 2003b, *Feminidad Social y Construcción de la Identidade Sexual. Perspectivas teóricas y clínica en psicodinámica del trabajo. In Subjectividad y Cultura, n.20*, octobre.
- VILLATTE R., TEIGER C. ET CAROLY-FLAGEUL S., 2004, « Le travail de médiation et d'intervention sociale », in Falzon P. (dir.) *Ergonomie*, Paris, PUF, pp. 583-601.

Palavras chave : *Saúde Mental e Trabalho; Psicodinâmica do Trabalho; Programa de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde.*

Mots clés : *Santé mentale et travail, psychodynamique du travail, programme de santé de la famille, agents communautaires de santé.*

Résumé : *Cet article se fonde sur la psychodynamique du travail pour offrir une présentation critique du travail des agents de santé communautaire (Agente Comunitário de Saude – Acs) qui agissent dans le cadre du Programme de santé de la famille (PSF). Ce programme, récemment mis en œuvre au Brésil, cherche à étendre à tout le territoire national les possibilités d'accès au système de santé publique, et surtout à construire un réseau de relations avec les communautés. Ces agents sont intégrés dans des équipes de santé qui rassemblent, au sein d'une structure minimale, des médecins, des infirmiers et des auxiliaires de santé. Ils remplissent dans l'équipe un rôle stratégique, car ils font le lien entre le système de santé et la communauté et vice-versa. De ce fait, ils assument toute une série de tâches et s'exposent à vivre des situations à risque ; en effet, ils sont en contact direct avec une population socialement défavorisée, qui se trouve confrontée à des problèmes de violence et qui ne dispose pas d'un système structuré pouvant répondre à ses besoins. Le « travailler » de ces agents communautaires est encore terra incognita ; il est à la fois source de souffrance et champ de possibles. Cet article présente une action en psychodynamique du travail qui s'est donné comme objectif l'appropriation du sens et la compréhension de la réalité d'un tel « métier ».*

Working as A Community Agent : A Job Where to Expose One-self.

Summary : *This article is based on psychodynamics of work in order to offer a critical presentation of the work of community agents as part of the Family Health Program. This program, recently developed in Brazil, tries to extend to the national territory the access to Public Health System, but above all it tries to build local relationships*

between communities. These agents are integrated into health teams that bring together, in a minimal structure, doctors, nurses and health assistants. They play a strategic part in the team by developing connections between health system and communities. That's why they assume series of tasks and expose themselves to encounter risky situations. They are in contact with people in social disadvantage situations, confronted to problems of violence, and these people also miss a structured system that could provide for their needs. The study of the working of these agents is still as "terra incognita" : at one time it represents a source of suffering and at the same time it brings up opportunities of self accomplishment. This article shows an intervention in psychodynamics of work according to the subjective experience of meaning and understanding the reality of this kind of profession.

Keywords : *Mental health, work, psychodynamics of work, family health program, community agents of health.*

Agente de salud comunitaria : un trabajo en el cual uno se expone.

Resumen : *Este artículo se basa en la psicodinámica del trabajo para ofrecer una presentación crítica del trabajo de los agentes de salud comunitaria (Agente Comunitário de Saude - ACS) que actúan en el marco del Programa de Salud Familiar (PSF). Puesto en marcha recientemente en el Brasil, este programa busca extender a todo el territorio nacional las posibilidades de acceso al sistema de salud pública y, sobre todo, construir una red de relaciones con las comunidades. Estos agentes están integrados en equipos de salud que reúnen, en el seno de una mínima estructura, médicos, enfermeros y auxiliares de salud. Dentro del equipo tiene un papel estratégico ya que construyen el lazo de unión entre el sistema de salud y la comunidad, y viceversa. De este modo asumen toda una serie de tareas y se exponen a vivir situaciones de riesgo ; en efecto, mantienen contacto con una población desfavorecida, que se confronta con problemas de violencia y que no dispone de un sistema estructurado que pueda responder a sus necesidades. El « trabajar » de estos agentes comunitarios aun es terra incognita ; y es, a la vez, fuente de sufrimiento y terreno de posibilidades. Este artículo presenta una acción en psicodinámica del trabajo que tuvo como objetivo la apropiación del sentido y la comprensión de la realidad de tal « oficio ».*

Palabras clave : *Salud mental y trabajo, psicodinámica del trabajo, Programa de Salud de la Familia, Agentes Comunitarios de Salud.*