

SOFRIMENTO MORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE¹

Geisa Brieese*

Valéria Lerch Lunardi**

Eliana Pinho de Azambuja***

Nalú Pereira da Costa Kerber****

RESUMO

O trabalho desenvolvido na Estratégia da Saúde da Família (ESF) pode desencadear nos agentes comunitários de saúde (ACS) o enfrentamento de distintas manifestações de problemas morais que lhes podem provocar sofrimento moral (SM). Com o objetivo de compreender como o trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional na ESF contribui para a vivência de SM pelos ACS, realizou-se um estudo qualitativo descritivo - exploratório. A partir da observação participante e de entrevistas semiestruturadas realizadas no período de junho a setembro de 2010, com onze ACS de Unidades de Saúde da Família do município do Rio Grande (RS), realizou-se análise textual discursiva dos dados, definindo-se três categorias: proximidade com a comunidade; organização do trabalho; modos de viver da comunidade. Muitas dessas situações vivenciadas pelos ACS envolvem questões éticas que decorrem do modo como o trabalho se organiza e da falta de percepção dos conflitos morais decorrentes, os quais envolvem valores, crenças, sentimentos e conhecimentos. A aparente invisibilidade, silêncio e, até, desconhecimento deste sofrimento por parte dos ACS e dos demais trabalhadores da equipe pode estar contribuindo para a continuidade de situações que poderiam e deveriam ser evitadas, de modo a favorecer a atenção à saúde da comunidade.

Palavras-chave: Enfermagem. Ética. Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem o propósito de substituir o modelo tradicional na atenção básica, mediante o estabelecimento de vínculos e laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, constituindo-se em importante instrumento para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾.

A equipe multiprofissional organizada pela ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Esses últimos são selecionados oriundos das próprias comunidades das áreas onde serão desenvolvidas as ações da ESF para que, pela proximidade de seu trabalho com o modo de viver das famílias, possam também estabelecer vínculos com toda a equipe e contribuir para transformar a realidade da comunidade,

melhorando, assim, o acesso aos serviços de saúde e colaborando para a construção da cidadania⁽¹⁾.

Na ESF, o profissional de saúde necessita, além de prestar cuidados assistenciais, adequar-se às normas técnicas e organizacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Município e Coordenação local, conviver com enfermidades e mortes evitáveis; sobrecargas de demandas funcionais, como de supervisão, assistência e gerenciamento, no caso das enfermeiras; lidar com situações de risco à contaminação; e percorrer quilômetros, numa área delimitada, a fim de exercer a função de vigilância à saúde⁽²⁾.

O ACS atende aos moradores de cada casa em questões relacionadas à saúde: identifica problemas, orienta, encaminha e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção, recuperação/reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade. É fundamental na comunicação entre a equipe e a família, pois trabalha diretamente com a

¹Este texto se origina da dissertação de mestrado intitulada: "Estratégia de saúde da família e vivência de sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde", sustentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.. Pesquisa financiada pelo CNPq

^{1*}Enfermeira. Mestre em Enfermagem. E-mail: geisabrieese@yahoo.com.br

^{1**}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande - FURG. E-mail: vlunardi@terra.com.br

^{1***}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul- IFRS - Campus Rio Grande. E-mail: gama@vetorial.net

^{1****}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande - FURG. E-mail: nalu@vetorial.net

população⁽³⁾, realizando visitas domiciliares (VD), estabelecendo relações que favorecem o levantamento das informações sobre a saúde individual e familiar daqueles com quem se relaciona na comunidade, funcionando como agente multiplicador, integrando o discurso científico ao saber popular^(4,5).

Dentre os demais trabalhadores da equipe, o ACS cumpre suas atribuições, mas precisa responder aos anseios da família, usuários e instituição com êxito, apesar da insuficiência de condições necessárias para uma adequada assistência⁽⁶⁾, com uma demanda de responsabilidades que extrapola sua capacidade de intervenção^(2,6).

Portanto, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde para a ESF pode encontrar-se em disparidade com as situações reais vivenciadas em muitas das equipes. Assim, os profissionais que atuam na ESF podem enfrentar diversos dilemas éticos em relação à situação de trabalho existente e às condições sociais nas quais as famílias assistidas se encontram, o que pode lhes ocasionar sofrimento moral (SM) em relação à tomada de decisão quanto ao que fazer, de modo a preservar seus princípios e valores profissionais.

Desse modo, o trabalho desenvolvido na ESF pode desencadear o enfrentamento de diferentes manifestações de problemas morais: a) incerteza moral, quando identifica um problema como uma situação imprópria; b) dilema moral, quando reconhece duas opções a seguir, porém, apenas uma pode ser selecionada; e c) sofrimento moral⁽⁷⁾ (SM), quando identifica sua responsabilidade frente aos conflitos, sabe a ação correta a seguir, sendo, no entanto, impedido de colocá-la em prática por constrangimentos institucionais e/ou dos colegas de trabalho, reconhecendo como inadequada sua participação moral, o que pode afetar sua mente, corpo e relações profissionais⁽⁸⁾.

Nesse sentido, acredita-se que os papéis assumidos pelos ACS na equipe multidisciplinar, assim como sua proximidade com as famílias a que assistem, podem favorecer a vivência de situações que podem lhes provocar SM. Assim, a partir da pergunta de pesquisa: como o trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família contribui para a vivência de sofrimento

moral pelos Agentes Comunitários de Saúde?, estabeleceu-se como objetivo: compreender como o trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família contribui para a vivência de sofrimento moral pelos Agentes Comunitários de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritivo-exploratória, que procurou trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, visando aprofundar a investigação da temática e proporcionar maior familiaridade com o problema⁽⁹⁾.

O estudo foi realizado no município do Rio Grande (RS) em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), com onze agentes comunitários, no período de junho a setembro de 2010. A coleta dos dados foi realizada por meio de duas técnicas: observação participante da atuação de cinco ACS de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em visita domiciliar (VD) a quinze famílias e de entrevistas semiestruturadas, gravadas, com os onze ACS.

As observações enfocaram o modo como o ACS se conduzia em relação às informações dos usuários, manifestações de dúvidas, situações de violência doméstica, uso de drogas, atendimento na UBSF, entre outros. Como as observações referentes às visitas domiciliares a quinze famílias oportunizaram a identificação de muitas situações que se constituíram em dados relevantes tanto para a sua análise quanto para complementar e enriquecer o roteiro previsto para a entrevista, considerou-se que as análises realizadas em apenas uma das UBSF já se mostraram suficientes para o processo de coleta de dados.

Os eventos observados foram registrados em diário e, nas anotações de campo, foram apontadas informações, a síntese e a compreensão dos dados. Elementos identificados na observação participante, reconhecidos como problemas morais (questões de violência doméstica e uso de drogas) foram resgatados e explorados durante a entrevista, além de outras questões possivelmente relacionadas a problemas morais e SM vivenciados no

ambiente de trabalho. A média de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 40 minutos.

Os dados foram submetidos à análise textual discursiva, que apresenta três elementos principais: o processo de unitarização, que implicou em examinar os registros das observações e as transcrições das entrevistas em seus detalhes, fragmentando-as, no sentido de atingir unidades constituintes, com enunciados referentes aos fenômenos estudados; o processo de categorização, que envolveu a construção de relações entre as temáticas, combinando-as e classificando-as para a formação de conjuntos que congregaram elementos próximos, resultando um sistema de categorias; e o metatexto, que representou um esforço de explicitar a compreensão dos elementos identificados como o produto de uma nova combinação dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores e o processo auto-organizado do qual emergiram novas compreensões⁽¹⁰⁾. Assim, construíram-se três categorias: proximidade com a comunidade; organização do trabalho; e modo de viver das pessoas.

A coleta de dados iniciou-se somente após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde - CEPAS (Parecer 30/2010). Os participantes (ACS) foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A identificação dos informantes foi com a inicial maiúscula da categoria profissional dos agentes comunitários (A), seguidos do número (1, 2, 3...) correspondente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os onze ACS apresentaram os seguintes dados sociodemográficos: predominantemente do sexo feminino, na faixa etária entre 22 a 48 anos; a maioria com nível de instrução de ensino médio e em menor número com nível superior e pós-graduação; e o tempo de atuação na equipe compreendeu entre um ano e 11 meses até 5 anos, com uma média de dois anos.

A partir da análise dos dados, constatou-se que o SM dos ACS está relacionado à sua proximidade com a comunidade, à organização do trabalho da UBSF e da ESF; e aos modos de

viver da comunidade, que se constituem nas categorias a seguir abordadas.

Proximidade com a comunidade - as vivências de SM dos ACS estão fortemente relacionadas à sua proximidade com a comunidade, ao decorrente conhecimento de seu processo de saúde-doença, de problemas e situações de vulnerabilidade social, aos encaminhamentos realizados, além de cobranças de resolutividade da própria comunidade:

[...] identificamos o problema, notificamos e, quando chega para a resolução dos problemas, muitas vezes, a equipe não dá o devido valor; dessa maneira, somos nós que somos cobrados pela comunidade. (A9)

Dessa forma, o ACS realiza um trabalho que pode ir além de suas competências e possibilidades de resolução. Como seu trabalho, muitas vezes, não atende às múltiplas demandas da população, esta pode não reconhecer a qualidade das ações do ACS, nem os seus esforços para realizá-las, independentemente dos resultados alcançados, exigindo desse profissional uma atuação mais efetiva e resolutiva. Essa cobrança é fortalecida pelo constante contato que os moradores da comunidade mantêm com o agente ao frequentarem os mesmos espaços sociais e terem acesso à sua casa, considerando-o como vizinho, antes mesmo de ACS⁽¹¹⁾. Atuando como mediador entre a comunidade e a UBS, o ACS sofre pela falta de suficientes respostas à população⁽⁶⁾, o que lhe provoca SM frente às necessidades identificadas na comunidade e a falta de resolutividade percebida.

Ainda, essa falta de resolutividade pode lhe provocar sofrimento adicional, devido ao contato próximo, ininterrupto e ao vínculo que estabelece com a comunidade, o que o faz se sentir responsável pelos seus clientes, assim como testemunhar e partilhar as consequências dessa inoperância no agravamento da saúde e no sofrimento dos familiares⁽¹¹⁾.

Os problemas morais e o decorrente SM enfrentados pelos ACS parecem também associados à sua dificuldade de estabelecer limites aos usuários, pois são frequentemente solicitados para o fornecimento de orientações e esclarecimentos sobre saúde e recursos de saúde do serviço da UBSF, independentemente do

horário e do local da comunidade em que estejam:

[...] a gente é agente comunitário sábado e domingo também, porque, às vezes, eles procuram a gente fora do horário, fora de dia; mas tem gente que mora dentro da microárea que não tem direito a ter domingo, eles perguntam coisas [...]. (A7)

O ACS, devido a sua proximidade com a comunidade, constitui-se no profissional da equipe de saúde na UBSF que é referência para as famílias e o primeiro depositário das insatisfações da comunidade⁽¹²⁾. Simultaneamente morador da área e trabalhador institucional, torna-se fonte de informação sobre o processo de organização dos serviços de saúde, porém, enfrenta dificuldades de impor limites à população adstrita. Comumente, é procurado independentemente do seu horário de trabalho, substituindo seu papel de simples vizinho para assumir o papel de trabalhador da saúde de modo permanente⁽⁶⁾, o que lhe gera incômodo, ansiedade e angústia, apesar do reconhecimento do seu papel social⁽¹³⁾.

Ainda, como parte da comunidade, pode vivenciar muitas das situações que lhe são referidas e relatadas pelos usuários, identificando-se com suas condições de vida e de saúde, o que, por um lado, favorece sua compreensão dos valores e necessidades dessa comunidade⁽⁶⁾, mas, por outro, pode dificultar ainda mais uma necessária imposição de limites a essa permanente demanda apresentada.

Reconhecendo-se como próximo à comunidade e, apesar de identificar suas necessidades, o ACS precisa preservar-se devido à necessidade de se cuidar e de não permitir que o trabalho absorva o tempo de sua vida, o que lhe é assegurado pelo estabelecido na ESF, ou seja, que sua carga horária de trabalho é de quarenta horas semanais, distribuídas em oito horas diárias⁽¹⁴⁾; limites que devem ser impostos pelo próprio ACS, numa relação respeitosa com a comunidade, explicitando, assim, tanto seus deveres quanto seus direitos.

Organização do trabalho - vivências negativas relacionadas à organização do trabalho da UBSF como troca do agendamento de consulta médica, sem prévia consulta da disponibilidade do usuário; demora no atendimento por especialistas; suspensão do atendimento de procedimentos previstos, como

vacinas; não atendimento da solicitação feita pelo ACS de VD a usuários que requerem avaliação médica e/ou de enfermagem podem provocar SM nos ACS:

[...] falta agilidade, lá do agendamento porque, às vezes, vem consultas para nós e, aí, tu avisas, vai atrás. Aí, chega lá o paciente e trocou a consulta, trocou o dia e o horário, trocou tudo, fica nesse impasse: 'Ah! Ela ligou e trocou a minha consulta', acho muito desorganizado, tem especialistas que demora anos [...]. (A3)

Como também constatado nesse estudo, os profissionais de saúde inseridos na ESF ficam expostos à realidade da comunidade adstrita com recursos escassos para atender as complexas demandas, assim como a falhas na rede de atenção à saúde que se refletem no trabalho e na resolutividade das ações^(15,16).

Ainda, os ACS realizam VD mensais, identificando problemas, realizando orientações e encaminhamentos, conforme a rotina estabelecida na equipe. Assim, os usuários buscam a resolução de seus problemas junto à equipe da UBSF, frequentemente por orientações dos próprios ACS, não encontrando, no entanto, o acolhimento desejado e necessário, como quando:

Uma usuária com sangramento intenso compareceu ao posto de saúde, precisando de atendimento e a recepcionista falou que não haveria atendimento, naquele horário, porque tinha capacitação na unidade. (A1)

As pessoas da comunidade buscam primeiramente o ACS, seja para fazer reclamações, obter informações ou a resolução de um problema mais grave, requerendo respostas, numa relação constante de cobranças e exigências nem sempre tranquila. Por este motivo, o que também foi evidenciado nesse trabalho, o SM do ACS está muito baseado na quantidade e na intensidade de estímulos a que é submetido e nos muitos recursos que dele são exigidos a fim de concretizar a Vigilância à Saúde do território sob sua responsabilidade⁽¹⁷⁾.

Assim, o vínculo estabelecido pelo ACS com a comunidade, por meio do convívio, facilita a aderência dessa comunidade à ESF e à abordagem da equipe. Todavia, contraditoriamente, sentimentos de impotência e frustração são evidenciados devido à limitação da participação do ACS na resolução dos

problemas na comunidade por demandarem intervenções fora do seu poder de resolução, com o envolvimento do próprio sistema e de outros setores, com a prática da intersectorialidade e a integração das ações, no sentido da promoção da saúde e prevenção de doenças^(3,16,18).

O SM que os ACS enfrentam no cotidiano de trabalho ocorre, principalmente, pelo conflito de interesses, valores e crenças da equipe e das situações envolvendo a saúde dos usuários com a falta de compromisso e responsabilidade para a obtenção da resolutividade para a qualidade da assistência e de vida da comunidade devido ao insuficiente compromisso de alguns profissionais que atuam na ESF e à organização do trabalho proposto.

Os ACS reconhecem que o modo como o trabalho está organizado pode lhes causar um dilema moral, pois se sentem em dúvida quanto a como enfrentar os problemas dos usuários. Informações sigilosas e confidenciais relacionadas ao uso de drogas, violência intrafamiliar, criminalidade, entre outras, comunicadas ao ACS pelo usuário numa "relação de confiança", podem constituir-se em objeto de dilema e de SM para esse trabalhador diante da necessidade de comunicar tais dados aos demais membros da equipe multiprofissional, especialmente, frente aos demais ACS que pertencem a essa mesma comunidade:

Temos que resguardar a privacidade das famílias que nos confiam seus segredos e doenças, salvo se esse segredo põe em risco sua saúde; devemos procurar ajudá-las da melhor forma possível, procurando sua aprovação para buscarmos orientação e ajuda. (A8)

A organização do trabalho na ESF expõe os trabalhadores a situações de violência, por vezes, invisíveis; à falta de fronteiras entre aspectos profissionais e pessoais; ao convívio intenso com situações de violência doméstica e social; medo do risco de exposição; sensação de integridade moral e física ameaçadas e temor de represália⁽¹⁹⁾, intensificado pelo convívio cotidiano com situações de violência que lhes geram sofrimento, medo e sentimentos de vulnerabilidade, o que pode, por vezes, dificultar as tentativas do ACS de impor limites à comunidade em que vive no que se refere a sua relação profissional.

A dificuldade do ACS de organizar seu tempo de trabalho frente às exigências quanto a sua produtividade mensal também pode lhes provocar SM:

[...] a produtividade podia ser diferente, falta humanização; está bem ultrapassada a produtividade, porque tem coisas que a gente faz, ninguém diz nada e, para a gente, é muito mais importante [...]. Tem uma pessoa com AIDS que não entra em estatística nenhuma. A AIDS não entra na produtividade e a gente visita sempre; quando está doente, quando está carente, quando está depressivo, ela te procura, e eu não preciso visitar ela. Claro, no número, não vai, mas enquanto pessoa e ser humano, eu acho que ela precisa muito mais que outra pessoa; todos precisam, na real, porque todo mundo precisa de uma visita, mas eu acho que a pessoa que tem AIDS teria que entrar na produtividade, porque ela é uma pessoa muito problemática, muito carente... e outras pessoas também, outros carinhos que a gente faz que não entra. (A5)

A organização da ESF estabelece prioridades de atendimento, principalmente, a idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças menores de três anos, sendo que o ACS é o profissional que executa as VD mensais a esses grupos de usuários. Desse modo, sem que sua qualidade seja avaliada, é cobrado pela produtividade entendida como quantidade de atendimentos, de modo a cumprir metas determinadas para assegurar o repasse de verbas para a ampliação e manutenção da ESF. No entanto, o ACS pode identificar prioridades diferenciadas em sua microárea, para a realização de VD, como usuários com diagnóstico de AIDS, com manifestações de depressão, enfrentando dificuldades para gerenciar, de modo autônomo, seu tempo de trabalho, o que também pode lhe desencadear SM.

A invisibilidade, silêncio e, até, desconhecimento desse sofrimento, por parte dos ACS e dos demais trabalhadores da equipe, compreende uma relevante dimensão ética e pode estar contribuindo para a continuidade de situações que poderiam e deveriam ser evitadas a fim de favorecer a atenção à saúde da comunidade. Muitas dessas situações relacionam-se ao modo como o trabalho se organiza e a aparente falta de percepção dos conflitos cotidianos decorrentes, os quais

envolvem valores, crenças, sentimentos e conhecimentos⁽¹⁹⁾.

Modo de viver das pessoas - o modo de viver de alguns usuários da comunidade, o convívio com a violência doméstica, a violência contra o idoso e a criança, o uso de drogas no ambiente doméstico por adolescentes e seus pais parecem práticas, por vezes, reconhecidas como normais, confrontando valores culturais e morais. As dificuldades de enfrentamento dessas situações, os questionamentos provocados, as diferentes tentativas de resolução, assim como as decorrentes ameaças de represália dos agressores aos ACS, podem lhes provocar SM:

[...] usuários de droga, casa sim, casa não, tem uma boca de fumo; está perigosa essa área; a dificuldade é porque a gente nunca sabe quem vai achar na casa, nunca é o dono que está, é agregado, é amigos que usam droga. (A)

[...] usuário de drogas violentou adolescente grávida na rua e a ACS foi ameaçada pelo usuário que não deveria mais passar por aquela rua. (A9)

As condições de vida da população acompanhadas pelos ACS que atuam em UBSF caracterizam-se pela pobreza, falta de alimentos, condições de moradia insalubres, desemprego, inexistência de recursos, sendo fatores a serem considerados no planejamento das ações de saúde no nível local e questões com as quais os agentes se sentem impotentes para lidar⁽¹⁵⁾, especialmente, as relacionadas à violência vivenciada pelos usuários e as possíveis consequências de sua intervenção nessas situações.

Comumente, podem se perceber diante de situações de violência, seja no âmbito doméstico ou não, que lhes provocam dilemas morais quanto a que atitude assumir e como fazê-lo, pois tanto reconhecem a necessidade de sua intervenção, quanto a sua situação de vulnerabilidade, assim como de suas próprias famílias, diante do ou dos agressores⁽¹⁹⁾, o que favorece suas manifestações de SM, como identificado nesse estudo.

Diante das várias situações de violência testemunhadas, já foi constatada uma aparente naturalização dessa violência por parte dos ACS, os quais optam por se omitirem e se mostrarem indiferentes, podendo, inclusive, entender como ética essa atitude. Essa reconfiguração do que é o certo e errado pode ser adotada, pois poderão

prosseguir atuando como ACS, configurando-se em uma proteção ao seu emprego⁽⁶⁾, o que possivelmente se constitui também em importante causa de SM.

Outra fonte de SM relaciona-se, mais especificamente, à situação de usuários que optam por não modificar seu modo de viver e aderir aos cuidados consigo, seja como portadores de doenças crônicas, seja como dependentes de drogas. Os sentimentos manifestados relacionados às situações vivenciadas na atuação profissional dos ACS são bastante negativos:

[...]infelicidade, frustrações [...]. (A1)

Impotente, mal para ajudar, defender a família. (A2)

Os ACS, ao expressarem tais sentimentos, parecem demonstrar, também, um sentimento de responsabilidade quanto à necessária adesão da comunidade a práticas entendidas como saudáveis e desejáveis, aparentemente, extrapolando seu papel e, nestas situações, seus limites na relação profissional com a comunidade. Todavia, tais sentimentos podem estar associados a uma responsabilização quanto a erros e fragilidades identificados na unidade que lhes são cobrados pelos demais membros da equipe, mesmo que não sejam do âmbito de suas atribuições. É destacado, ainda, que, apesar dos ACS serem responsabilizados por incongruências na unidade, não ocupam o espaço de protagonistas e sequer participam de decisões que poderiam contribuir para o aprimoramento do serviço⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que é necessário e urgente descortinar e valorizar os problemas morais do cotidiano do trabalho dos ACS, além da construção de estratégias para amenizar o seu SM, assim como a análise e discussão organizada e sistemática na equipe multiprofissional de situações que envolvam questões éticas e valores, no contexto de trabalho, com a valorização das vivências e do saber dos ACS, visando a sua melhor resolutividade tanto para os usuários, como para os trabalhadores, parece fundamental.

Do mesmo modo, intensificar capacitações, com o uso de propostas pedagógicas transformadoras para a qualificação de toda a equipe, mediante a problematização das vivências e dos diferentes conflitos do cotidiano do trabalho, fortalecendo o conhecimento da dimensão moral presente nas diferentes ações e omissões, assim como nas múltiplas tomadas de decisão, mostra-se uma estratégia a ser valorizada e implementada.

Considerando a relevância do tema SM e do ACS para a atuação da ESF, e que os resultados desse estudo exploratório referem-se a uma realidade específica, sugerem-se novas investigações para ampliação da compreensão dessa temática e suas implicações para o cuidado dos usuários.

MORAL DISTRESS OF HEALTH COMMUNITY AGENTS

ABSTRACT

Working in the Family Health Strategy (FHS) may have health community agents (HCA) experience the confrontation with different expressions of moral problems that might cause moral distress (MD). We have made a qualitative, exploratory-descriptive study to understand how the work of the multi professional team in the FHS contributes to the experience of moral distress by the agents. We did a discursive textual analysis based on participant observations and semi-structured interviews carried out between June and September 2010 with eleven HCAs from Family Health Units. Three categories were defined: the proximity with the community, work organization, and the ways of life of the community. Many of the situations experienced by the agents involve ethical questions that derive from the way the work is organized and the lack of perception of the resulting moral conflicts, which include values, beliefs, feelings and knowledge. The apparent invisibility, silence and even unawareness of this distress by HCAs and other workers in the team may contribute to the continuity of situations that could and should be avoided, in order to favor the attention to the health care of the community.

Keywords: Nursing. Ethics. Family Health Strategy.

SUFRIMIENTO MORAL DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

RESUMEN

El trabajo desarrollado en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) puede desencadenar a los agentes comunitarios de salud (ACS) el enfrentamiento de distintas manifestaciones de problemas morales que pueden provocarles el sufrimiento moral (SM). Se ha realizado un estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio con el objetivo de comprender cómo el trabajo desarrollado por el equipo multiprofesional en la ESF contribuye con la vivencia del SM por los ACS. A partir de la observación participante y de entrevistas semiestructuradas realizadas en el periodo de junio a septiembre de 2010, con once ACS de Unidades de Salud de la Familia de la ciudad de Rio Grande (RS), se realizó un análisis textual discursivo de los datos, definiéndose tres categorías: proximidad a la comunidad; organización del trabajo; modos de vivir de la comunidad. Muchas de estas situaciones vividas por los ACS involucran cuestiones éticas que resultan del modo cómo el trabajo se organiza y de la falta de percepción de los conflictos morales existentes, los cuales envuelven valores, creencias, sentimientos y conocimientos. La aparente invisibilidad, silencio y, aún, el desconocimiento de este sufrimiento por parte de los ACS y de los demás trabajadores del equipo puede estar contribuyendo con la continuidad de situaciones que podrían y deberían ser evitadas, a fin de favorecer la atención a la salud de la comunidad.

Palabras clave: Enfermería. Ética. Salud Familiar. Estrategia.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília, DF; 2006.
2. Lessa, MGG. O agente comunitário de saúde em Fortaleza: vivências profissionais. 2013 [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará – UEC; 2013.
3. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CA. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(7): 2147-56.
4. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. Rev Bras Enferm. 2013; 66(3):358-65.
5. Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os agentes comunitário de saúde e os usuários do programa de saúde da família. Saúde Soc. 2004; 13(2): 70-5.
6. Souza LJR, Freitas MC. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. RBSP: Rev Baiana Saúde Pública. 2011; 35(1): 96-109.
7. Jameton A. Nursing Practice: the ethical issues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
8. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Sofrimento moral e Síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? Rev Latino -Am. Enfermagem. 2014; 22(1):35-42.

9. Minayo MC, Delandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
10. Moraes R, Galiuzzi MC. Análise textual discursiva. Ijuí (RS): Unijuí; 2011.
11. Lancman S, Gonçalves RMA, Guimarães NC. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2013; 8(47):975-88.
12. Silva CB, Santos JE, Souza RC. Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. Saúde Soc. 2012; 21(1):153-60.
13. Schmidt MLS, Neves TFS. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo. Cad Psic Soc Trab. 2010;13(2):225-40.
14. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. 4ª. ed. Brasília (DF); 2007.
15. Ávila MMM. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(1): 349-60.
16. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de burnout entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(2): 274-9.
17. Telles H, Pimenta AMC. Síndrome de burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. Saúde Soc. 2009; 18(3): 467-78.
18. Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(1): 71-9.
19. Souza MG, Mandú ENT. Percepções de enfermeiros sobre a estratégia saúde da família. Ciênc Cuid Saúde. 2010; 9(4): 643-50.
20. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. Saúde Soc. 2012; 21(1):141-52.

Endereço para correspondência: Valéria Lerch Lunardi. Rua Gal Osório s/n, CEP-96200-201, Centro- Rio Grande, RS. E-mail: vlunardi@terra.com.br

Data de recebimento: 30/07/13

Data de aprovação: 16/12/14