



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Luisa Fernandes de Mello Silva

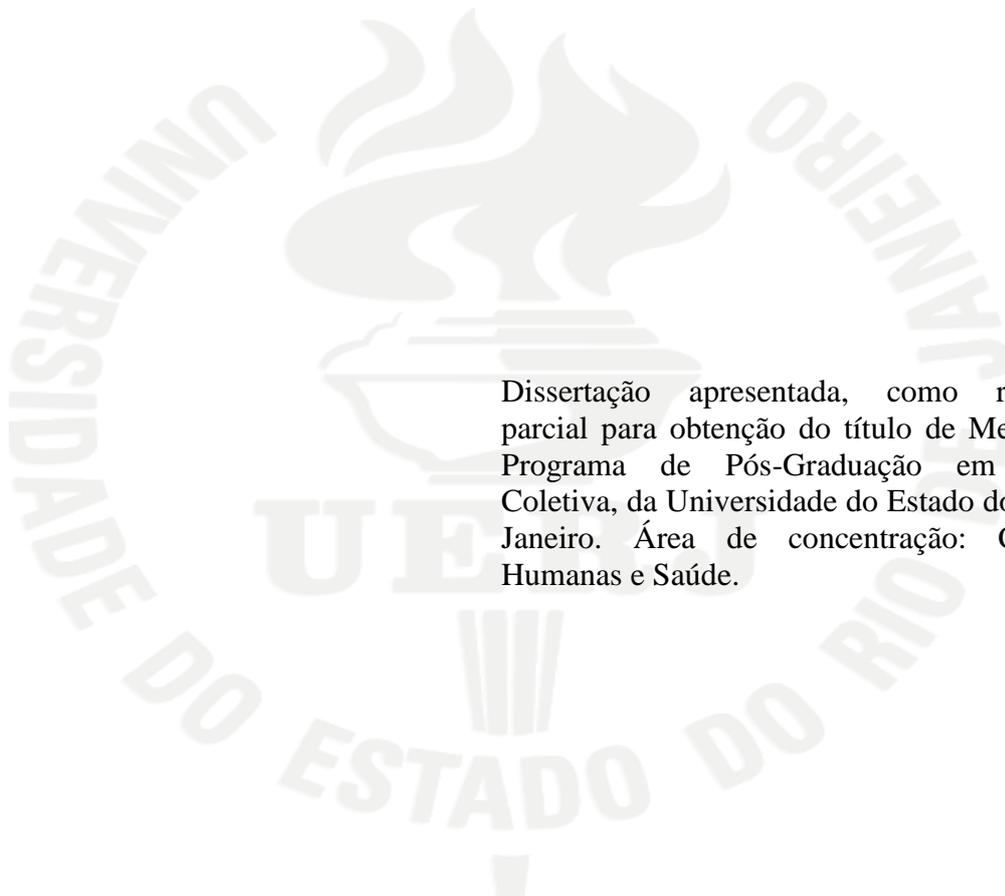
“O ACS é o para-raios”: a saúde mental dos agentes comunitários no contexto de reorganização da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

Luisa Fernandes de Mello Silva

“O ACS é o para-raios”: a saúde mental dos agentes comunitários no contexto de reorganização da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S586 Silva, Luisa Fernandes de Mello

“O ACS é o para-raios”: a saúde mental dos agentes comunitários no contexto de reorganização da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro / Luisa Fernandes de Mello Silva. – 2022.

70 f.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Agentes comunitários de saúde – Teses. 2. Atenção Primária à Saúde - Rio de Janeiro - Teses. 3. Saúde mental – Teses. 4. Estratégia Saúde da Família – Teses. 5. Angústia psicológica– Teses. I. Guerrero, Francisco Ortega. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 614.253.3(815.3)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Luisa Fernandes de Mello Silva

“O ACS é o para-raios”: a saúde mental dos agentes comunitários no contexto de reorganização da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 08 de julho de 2022.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof. Dr. Rossano Cabral Lima
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof^a. Dr^a. Manuela Rodrigues Muller
Faculdade de Medicina – UERJ

Dr^a. Alice Lopes do Amaral Menezes
Psicóloga clínica

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

A Francisco Ortega, meu orientador, pela generosidade em compartilhar seu vasto conhecimento, pelo cuidado e delicadeza com que lidou com minhas dificuldades e pelo incentivo quando pensei em desistir;

Aos professores da banca examinadora, Rossano Cabral, Alice Menezes e Manuela Muller, por aceitarem avaliar minha dissertação, mesmo em condições distantes das ideais, pelos comentários valiosos e pelas críticas construtivas;

Aos colegas do grupo de pesquisa, Igor, Tatiana, Fabiana, Nilcéia, Débora, Ramon, Eduardo, Gabriel, pelas contribuições e pela construção compartilhada durante as orientações em grupo, e, especialmente à Ângela, que me auxiliou e apoiou no processo de seleção para o mestrado, e à Manuela, pelo carinho de sempre e pelas contribuições valiosas à minha pesquisa;

Aos meus pais, Rosângela e Sérgio, e ao meu irmão, André, pelo cuidado, suporte e incentivo de sempre, juntos e misturados;

À Ilma Oneida, por acreditar que eu seria capaz, mesmo quando duvidei;

Às amigas-irmãs de uma vida, Marianna, Monique e Carol, pela escuta, pelo acolhimento e pelo apoio sempre que eu precisei;

A todos os agentes comunitários de saúde com quem trabalhei na ESF, que tanto me ensinaram sobre o SUS e, especialmente, aos agentes que aceitaram participar dessa pesquisa.

Você não sabe o quanto caminhei
Pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas antes de dormir
Eu nem cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio, chorei

A Estrada - Cidade Negra

RESUMO

SILVA, Luisa Fernandes de Mello. *“O ACS é o para-raios”*: a saúde mental dos agentes comunitários no contexto de reorganização da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro. 2022. 70f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O município do Rio de Janeiro passou por um processo de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) entre 2018 e 2020, onde foram suprimidas equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal. As mudanças desconfiguram o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e retiram deste modelo de atenção seu protagonismo como estratégia privilegiada para fortalecer a APS. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são uma das categorias mais afetadas pela reorganização, uma vez que houve grande redução no número de profissionais e, com a flexibilização dos parâmetros de cobertura populacional, viram seu processo de trabalho extremamente afetado e precarizado. A literatura aponta que existe um componente importante de sofrimento emocional nesses sujeitos, que também demandam cuidados nessa área. A violência estrutural e o sofrimento social aos quais estão submetidos faz destes profissionais um grupo mais vulnerável ao sofrimento emocional. Em virtude do cenário de incertezas que enfrentaram, acredita-se que o processo de reorganização da APS teve impacto sobre a saúde mental dos Agentes Comunitários. Deste modo, o objetivo do presente estudo é investigar como o contexto de reorganização da APS no município do Rio de Janeiro afetou a saúde mental destes profissionais. Para tanto, foram realizadas entrevistas individuais com 9 ACS atuantes em uma clínica da família localizada na zona norte do Rio de Janeiro. De modo geral, os profissionais entrevistados demonstraram sofrimento com as incertezas vivenciadas no período em questão e com as condições precarizadas de trabalho que se seguiram a ele. A situação de precarização que a APS vinha enfrentando foi agravada pela pandemia de COVID-19, com aumento da sobrecarga dos profissionais. A forma como estes profissionais expressaram o sofrimento nas entrevistas pode ser relacionada com o conceito de idiomas de sofrimento. É possível estabelecer relações entre o sofrimento vivenciado pelos agentes comunitários e o processo de reorganização da APS, uma vez que este processo os deixou em uma situação de maior vulnerabilidade. No entanto, não é possível enquadrar este fenômeno em uma categoria diagnóstica, pois o sofrimento destes profissionais aponta para questões sociais e econômicas. Fazer isso seria patologizar a experiência vivida por eles e desconsiderar o sofrimento social e a violência estrutural aos quais estão submetidos.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde. Atenção Primária. Estratégia Saúde da Família. Saúde mental. Sofrimento social.

ABSTRACT

SILVA, Luisa Fernandes de Mello. *“The HCA is the lightning rod”*: the mental health of community agents in the context of the reorganization of Primary Health Care in Rio de Janeiro. 2022. 70f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The city of Rio de Janeiro underwent a process of reorganization of Primary Health Care (PHC) between 2018 and 2020, where Family Health teams and Oral Health teams were suppressed. The changes disfigure the model of the Family Health Strategy (ESF) and remove from this care model its role as a privileged strategy to strengthen PHC. Community Health Agents (CHA) are one of the categories most affected by the reorganization, since there was a large reduction in the number of professionals and, with the flexibility of population coverage parameters, their work process was extremely affected and precarious. The literature points out that there is an important component of emotional distress in these subjects, who also require care in this area. Structural violence and the social suffering to which they are subjected make these professionals a more vulnerable group to emotional suffering. Due to the scenario of uncertainties they faced, it is believed that the PHC reorganization process had an impact on the mental health of Community Agents. Thus, the aim of the present study is to investigate how the context of PHC reorganization in the city of Rio de Janeiro affected the mental health of these professionals. Therefore, individual interviews were carried out with 9 ACS working in a family clinic located in the north of Rio de Janeiro. In general, the professionals interviewed showed suffering with the uncertainties experienced in the period in question and with the precarious working conditions that followed it. The precarious situation that the PHC had been facing was aggravated by the COVID-19 pandemic, with an increase in the overload of professionals. The way these professionals expressed suffering in the interviews can be related to the concept of suffering idioms. It is possible to establish relationships between the suffering experienced by community agents and the PHC reorganization process, since this process left them in a situation of greater vulnerability. However, it is not possible to place this phenomenon in a diagnostic category, as the suffering of these professionals points to social and economic issues. To do so would pathologize their lived experience and disregard the social suffering and structural violence to which they are subjected.

Keywords: Community health agent. Family Health Strategy. Mental health. Primary Health Care. Social suffering.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AP	Área Programática
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
eqAB	Equipe de Atenção Básica
eqSB	Equipe de Saúde Bucal
eqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICSAB	Internações por condições sensíveis à Atenção Básica
MRJ	Município do Rio de Janeiro
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SMS-Rio	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
WHO	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 SAÚDE DA FAMÍLIA: DO PROGRAMA À ESTRATÉGIA.....	14
1.1 Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS).....	18
1.2 As revisões da PNAB e o contexto político.....	21
O cenário da Atenção Primária no Rio de Janeiro: reorganização ou	
1.3 desmonte?.....	23
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	27
2.1 A saúde mental dos agentes comunitários.....	28
2.2 Relações entre violência estrutural e saúde mental.....	30
3 METODOLOGIA.....	35
3.1 Critérios de exclusão.....	36
3.2 Campo da pesquisa.....	36
3.3 Limitações e fragilidades da pesquisa.....	38
3.4 Aspectos éticos.....	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
4.1 O “peso” do vínculo.....	42
4.2 Expressões do sofrimento emocional.....	47
4.3 Impacto das condições de trabalho na saúde.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	69
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	70

INTRODUÇÃO

A motivação para esta pesquisa surgiu a partir de meu trabalho enquanto psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) em uma clínica da Área Programática (AP) 3.3. Trabalhei durante 5 anos na mesma clínica - de 2015 a 2020 - e consegui desenvolver um trabalho muito próximo dos agentes comunitários de saúde (ACS). Passamos juntos pelo processo de precarização do trabalho, atrasos de salário, greves, redução no número de profissionais e equipes, e demissões - inclusive a minha, em janeiro de 2020.

Ao longo desse período, foi possível perceber e acompanhar as mais diversas manifestações de sofrimento emocional, tanto de usuários quanto de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Principalmente no decorrer de 2019 pude notar uma intensificação nas manifestações de sofrimento (estresse, angústia, tristeza) por parte dos profissionais, em especial no caso dos ACS, tanto por solicitações formais de atendimentos, quanto por comentários informais.

Quando decidi abordar o tema da reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) na dissertação, no final de 2019, estava profundamente atravessada por esse processo que vinha desgastando todos os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) ao longo da gestão de Marcelo Crivella.

No entanto, me chamou atenção como esse contexto afetava de forma diferente os ACS, pois, além de terem sido os primeiros a serem “cortados”, o que gerou uma sobrecarga para os profissionais que ficaram, foram também os que mais tiveram a dinâmica do trabalho modificada, já que não era possível estar tão presentes no território como antes, uma vez que houve aumento do trabalho burocrático e administrativo.

Nas conversas informais com meus colegas de trabalho, era possível notar o mal-estar causado por todas essas mudanças, a angústia gerada pelas incertezas - quantos seriam demitidos? quem seria demitido? – e o desgaste provocado pelos meses de atrasos de salário, greves e mobilizações.

Deste modo, não tenho pretensão de apresentar neste trabalho uma discussão imparcial, pois isto não seria possível. Hoje não atuo mais como psicóloga na ESF, mas o tema escolhido para a pesquisa me mobilizou imensamente e o lugar de onde falo ainda é de uma psicóloga do NASF, defensora do SUS e da APS forte.

O município do Rio de Janeiro (MRJ) passou por um processo de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), iniciado em 2018 pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio) e concluído em 2020, com a justificativa de otimização de recursos. Nesse processo, equipes de Saúde da Família (eqSF) e equipes de Saúde Bucal (eqSB) foram suprimidas, profissionais foram demitidos, e a prefeitura decidiu romper o contrato com algumas Organizações Sociais que administravam unidades de saúde, o que instalou um cenário de incertezas e condições ruins de trabalho (falta de insumos e de medicamentos, atrasos de salário etc).

Essa proposta de reorganização se deu no bojo de um contexto mais amplo de mudanças ocorridas em nível federal, que envolve a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, e colocam em xeque a relevância e o protagonismo da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto estratégia privilegiada para fortalecer a Atenção Primária¹ no Brasil. Essa reorganização é apontada por vários críticos como uma tentativa de desmonte das políticas de saúde pública que vinham sendo implementadas até então (FAUSTO et al., 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

A APS é o primeiro ponto de acesso e a principal porta de entrada do SUS. Dentre suas funções, está a de coordenar o cuidado entre os vários pontos da rede de saúde, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada de atenção integral em saúde. A Saúde da Família representa sua estratégia de expansão, qualificação e consolidação. Sua organização de ações e serviços tem potencial para impactar nos determinantes sociais da saúde. A integração entre APS e saúde mental também é importante para o enfrentamento de agravos relacionados às diversas formas de sofrimento mental pois, pela sua proximidade com a população, pode facilitar o acesso ao tratamento adequado (PATEL et al., 2013; WHO, 2008).

Características centrais da APS, como a continuidade do cuidado e o vínculo entre profissional e paciente, podem contribuir para melhorar a qualidade da atenção em saúde mental oferecida à população. Por intermédio desses fatores, é possível alcançar uma melhor compreensão dos problemas do indivíduo e maior adesão ao tratamento. Um personagem fundamental para a efetividade desse processo é o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O

¹ Optou-se por utilizar o termo Atenção Primária à Saúde, e não Atenção Básica, por ser um termo que se alinha à literatura internacional e às experiências de outros sistemas de saúde universais. A escolha do termo atenção básica pelo Movimento Sanitário Brasileiro, utilizado na PNAB, surgiu como uma crítica ao reducionismo presente no termo atenção primária, que traria uma concepção de saúde baseada em uma cesta básica de serviços voltada para a população pobre. No entanto, considera-se que “atenção básica” também pode se relacionar com a ideia de serviços básicos de saúde, no sentido de serviços médicos restritos, e que, do mesmo modo, ambos os termos podem alinhar-se a uma concepção de sistema público universal de qualidade (GIOVANELLA, 2018). Para uma discussão mais aprofundada a respeito dessa questão, ver Mello, Fontanella e Demarzo (2009); Cecílio e Reis (2018).

trabalho realizado no território por esses profissionais é um elemento determinante, não só para garantir acesso à Saúde, mas para a construção de vínculo entre o paciente e sua equipe de referência e para o acompanhamento mais próximo das condições de saúde da população.

O agente comunitário promove a capilaridade do sistema de saúde quando está presente no território, promovendo o acesso da população às unidades básicas. Além disso, por meio das visitas domiciliares e ações de educação em saúde, realizam promoção da saúde, munindo os usuários de informações que lhes permitem – na medida do possível – fazerem escolhas mais saudáveis. Essa presença constante no território também é fundamental para a construção do vínculo entre os profissionais e a população, permitindo o cuidado continuado e longitudinal.

É reconhecida a importância destes profissionais para a ESF, mas eles vêm sofrendo com constante desvalorização e vêm tendo sua relevância questionada, o que foi agravado pela revisão da PNAB (BRASIL, 2017). Acredita-se que por serem também parte da comunidade onde trabalham, é preciso ter um olhar diferenciado para os ACS, uma vez que eles não são apenas profissionais de saúde, mas antes são moradores de territórios muitas vezes vulneráveis, marcados pela violência e pela injustiça social. A violência estrutural e o sofrimento social aos quais estão submetidos fazem destes profissionais um grupo mais vulnerável ao sofrimento emocional.

No processo de reorganização da APS no município do Rio de Janeiro (MRJ), os ACS foram a categoria que perdeu o maior número de postos de trabalho. Com a redução no número de equipes e aumento da população adscrita, esses profissionais sofreram com o aumento das demandas por parte da população e distorção de suas atribuições, que cada vez mais adquirem características burocráticas, além das dificuldades inerentes à natureza de sua função.

Toda esta situação foi agravada pela pandemia de coronavírus (COVID-19), que vem trazendo intensos desafios para os sistemas de saúde mundiais (CASH; PATEL, 2020). O estado do Rio de Janeiro e, principalmente, a capital concentrou boa parte dos casos e dos óbitos por COVID-19 do país. Foi necessário lidar com escassez de recursos, número insuficiente de profissionais, falta de EPIs e de kits de testagem, denúncias de superfaturamento de hospitais de campanha e respiradores que foram comprados, mas não foram entregues.

Acredita-se que a “reorganização” da APS, realizada pela gestão municipal do período 2015-2019, teve impactos não só no acesso ao sistema de saúde e no acompanhamento de condições de saúde da população, como agravou ainda mais o cenário de pandemia que

vivemos, o que se refletiu no alto número de hospitalizações e óbitos que contabilizamos. O déficit de profissionais, que já era apontado pelos críticos da “reorganização”, mostrou-se mais grave no contexto da pandemia, uma vez que os profissionais da APS foram deslocados para hospitais de campanha, desfalcando ainda mais as equipes da ESF (O GLOBO, 2020).

Em um contexto de pandemia, sabe-se que os trabalhadores da saúde são muito afetados, porém de diferentes formas. A classe econômica, além das condições de saúde e de exposição física, está relacionada à maior suscetibilidade de contaminação (FEHN et al., 2020). Deste modo, os agentes comunitários são duplamente afetados por essa situação, uma vez que são profissionais de saúde e, muitas vezes, moradores de áreas marcadas pela vulnerabilidade social.

Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de Saúde da Família (EqSF) são um recurso estratégico para o enfrentamento dos problemas de saúde mais prevalentes e de agravos vinculados às diversas formas de sofrimento mental. O documento *Integrating Mental Health into Primary Care* (WHO, 2008) destaca que o cuidado em saúde mental prestado na APS é o primeiro nível de cuidado do sistema de saúde. Nesse sentido, os serviços essenciais realizados nesse nível de atenção devem incluir desde a promoção e prevenção da saúde mental, até a identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns e de pacientes psiquiátricos estáveis e o encaminhamento para outros níveis de atenção.

A continuidade do cuidado e o relacionamento contínuo entre profissional e paciente são elementos centrais para a efetividade da APS e permitem um aumento na qualidade dos serviços de saúde mental na atenção primária. Considera-se que com a construção de vínculo entre usuário e profissional, é possível alcançar uma melhor compreensão dos problemas do paciente e melhor adesão ao tratamento (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Destaca-se que para a efetividade desse processo é necessário reafirmar a importância do Agente Comunitário e do seu trabalho no território. Pela característica híbrida de sua função, os ACS assumem o papel de mediadores entre expressões culturais e estilos de vida locais, por um lado, e entre o discurso biomédico e o processo de trabalho das equipes, por outro. “Esse papel faz do ACS um ator social que mobiliza as contradições, ao mesmo tempo em que estabelece um diálogo profundo entre essas duas visões de mundo” (ORTEGA; WENCESLAU, 2020).

Por serem membros da comunidade, os ACS possuem uma identificação com as condições de vida e saúde da população que lhes permite compreender as necessidades da comunidade. Devido a esta proximidade, as fronteiras entre eles e a população se tornam mais

porosas, criando expectativas e julgamentos específicos, que podem ser positivos ou não (NUNES et al, 2002). Como vivem situações semelhantes às dos usuários do serviço de saúde, os ACS também estão sujeitos a situações de risco e ao medo da violência, à pobreza e vulnerabilidade social.

Diante do exposto, o presente estudo trabalha com a hipótese de que o processo de reorganização implementado na APS do município do Rio de Janeiro (MRJ) gerou impactos negativos na saúde mental dos ACS. Apesar de haver alguns trabalhos que buscam investigar o sofrimento emocional destes profissionais, considera-se que o diferencial desta pesquisa será o foco no contexto específico que o MRJ passou entre 2018 e início de 2020, e como ele afetou esses indivíduos em sua saúde mental. Acredita-se que dar voz aos ACS para que falem sobre seu sofrimento é também valorizá-los.

Deste modo, o objetivo geral deste trabalho é investigar como o processo de reorganização da APS no município do Rio de Janeiro pode ter afetado a saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. Como objetivos específicos, buscou-se:

- a) Compreender qual sentido os ACS dão ao seu sofrimento e se o associam com uma questão de saúde mental;
- b) Indagar se entendem seu local de trabalho também como uma referência de cuidado em saúde mental para eles mesmos;
- c) Analisar como os ACS percebem os impactos do processo de reestruturação da APS em sua saúde mental.

Buscou-se através destes objetivos específicos investigar de que forma os agentes comunitários experienciam o sofrimento emocional, se associam este sofrimento a algo patológico ou não; que recursos utilizam para lidar com ele e se entendem a clínica da família como um espaço de cuidado para eles mesmos, uma vez que também são moradores do território; e, em última instância, se esses profissionais acreditam que houve uma intensificação no sofrimento emocional devido ao contexto de reorganização vivenciado na ESF.

No primeiro capítulo da dissertação, será apresentada a trajetória do Programa de Saúde da Família (PSF) até se tornar Estratégia Saúde da Família (ESF), passando pelo surgimento dos agentes comunitários de saúde (ACS). Considera-se importante relembrar o início para reafirmar os princípios que fundamentam a ESF e que vem sendo deixados de lado nos últimos anos. Ainda neste capítulo, apresento a relação entre as mais recentes revisões da PNAB e o contexto político, assim como uma análise do processo de reorganização da APS no município do Rio de Janeiro.

No segundo capítulo, trago uma breve revisão da literatura sobre a saúde mental dos agentes comunitários e o sofrimento emocional que eles vivenciam no cotidiano de trabalho, que é agravado pela crescente precarização da Saúde. De modo geral, a literatura aponta que o sofrimento emocional é comum entre esses profissionais, tanto pela natureza do seu trabalho, quanto por questões sociais. Nesse capítulo também serão abordadas as relações entre saúde mental e determinantes sociais, com destaque para como as condições de violência estrutural levam ao sofrimento social.

No terceiro capítulo da dissertação é apresentada a metodologia da pesquisa, que inclui desde a descrição do campo, até análise das entrevistas e discussão. O método escolhido para investigar os objetivos propostos foi a entrevista semiestruturada. Foram realizadas entrevistas com ACS de uma clínica da família da zona norte do Rio de Janeiro. A partir da análise do material, foram identificados sete temas que surgiram com mais frequência na narrativa dos profissionais. Dos sete temas que emergiram nas entrevistas, três serão discutidos no referido capítulo. Optou-se por discutir apenas três dos temas identificados por serem mais pertinentes aos objetivos da pesquisa, porém pretende-se desdobrar os outros temas em trabalhos futuros.

No último capítulo serão apresentados os resultados e a discussão sobre os achados. Serão discutidas as variadas formas de expressão do sofrimento apresentadas por estes profissionais durante as entrevistas a partir do conceito de *idioms of distress*, e como essas expressões são construídas e reproduzidas social e culturalmente. Também será discutido o conceito de idiomas de resiliência para ilustrar os recursos que os agentes comunitários têm lançado mão para fazer frente às adversidades e ao sofrimento social ao qual são submetidos.

1. SAÚDE DA FAMÍLIA: DO PROGRAMA À ESTRATÉGIA

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, configurando-se em um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária. A estratégia utilizada pelo Programa visou a reversão do modelo assistencial vigente e trouxe como ponto central o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e corresponsabilização entre os profissionais de saúde e a população,

(BRASIL, 1997). Deste modo, traz mudanças no objeto de atenção, forma de atuação e organização do serviço e na prática assistencial que é apoiada em novas bases e critérios.

A família passa a ser o objeto de atenção, assim como o ambiente onde ela vive. Não apenas a delimitação geográfica do território, mas as relações que se estabelecem ali, trazendo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios para um olhar técnico e político diferenciado, que rompa os limites da unidade de saúde e se expanda para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, 1997).

“A história da profissão de ACS se confunde com a própria história de criação do SUS e o redirecionamento da política de saúde no Brasil na década de 1980, sob influência da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. As primeiras experiências isoladas utilizando a categoria “agente de saúde” no Brasil datam da década de 1980” (VIANNA, 2013).

A concepção do PSF foi orientada por diretrizes baseadas nos princípios do SUS. Algumas das mais importantes diretrizes são: caráter substitutivo, complementariedade e hierarquização, e adscrição da clientela. A unidade de saúde da família (SF) representa o primeiro contato da população com a rede de saúde do município e deve ser capaz de oferecer atenção continuada no nível primário, além de atividades de prevenção e promoção da saúde. Quando a necessidade de tratamento extrapola a capacidade de atuação deste nível de atenção, é responsabilidade da unidade de SF assegurar a referência e contrarreferência para outros níveis de atenção do sistema de saúde (BRASIL, 1997).

A adscrição da clientela é um ponto que constitui importante diferencial do modelo tradicional de atenção básica. Com a criação do PSF tem-se a definição de um território de abrangência sobre o qual a unidade de SF tem responsabilidade sanitária. Inicialmente, havia a recomendação de 600 a 1000 famílias sob a responsabilidade de cada equipe de Saúde da Família, totalizando no máximo 4.500 pessoas cadastradas por equipe. Esse critério poderia ser flexibilizado a partir de especificidades locais, como grande vulnerabilidade social, densidade populacional ou acessibilidade ao serviço.

Cada equipe de Saúde da Família (eqSF) deveria ser composta por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS), número definido a partir das necessidades e características do território. O número de equipes de cada unidade seria definido a partir de características como quantitativo populacional a ser assistido, enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença e integralidade da atenção (BRASIL, 1997).

É ressaltada a importância da responsabilização dos profissionais das equipes pela sua população adscrita, uma vez que essa é uma inovação fundamental do PSF, o que criou a necessidade de os profissionais conhecerem a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas características sociais, demográficas e epidemiológicas, e os problemas mais prevalentes de saúde e situações de risco aos quais a população está exposta, possibilitando o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença.

A coerência do PSF com os princípios do SUS foi afirmada desde os documentos originais do programa, que ressaltam sua contribuição para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, buscando outra dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com maiores responsabilidades e vínculos entre o serviço de saúde e a população (GOULART, 2010).

A implantação do PSF se deu na vigência da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1993, mas sua expansão ganhou impulso especialmente após a NOB/96. Com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da Atenção Primária à Saúde (APS), em substituição às modalidades tradicionais, e foi passada aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da Atenção Primária (LEVCOVITZ et al., 2001).

A NOB/96 estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa, possibilitando transferências regulares e automáticas de recursos federais para financiamento deste (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Tais incentivos foram implantados atribuindo determinado valor financeiro por equipe, proporcionalmente à cobertura populacional alcançada, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos, o que gerou uma expansão nas equipes de PSF por todo o país (GOULART, 2010).

A NOB/96 foi publicada em novembro de 1996 e sua implementação efetiva só teve início em 1998. No entanto, entre 1997 e 1998, o MS publicou uma série de portarias com o objetivo de estabelecer as alterações, as medidas e os parâmetros necessários à sua operacionalização, alterando o conteúdo original da NOB. Deste modo, a NOB 96 nunca foi integralmente implementada em seu modelo inicial (LEVCOVITZ, 2001).

Entre 1998 e 2000, outras portarias foram implementadas e estabeleceram novas regras em relação ao processo de descentralização e ao financiamento. As principais mudanças dizem respeito ao Piso da Atenção Básica (PAB), que foi modificado e teve a abrangência de sua cobertura ampliada. Ele foi dividido em uma modalidade fixa e uma variável, sendo a fixa correspondente a um valor per capita transferido aos municípios

habilitados por ano, e a parte variável à transferência condicionada ao cumprimento de requisitos específicos estabelecidos em portarias do MS (LEVCOVITZ, 2001). Essas mudanças relativas ao mecanismo de transferência de recursos possibilitou a ampliação da transferência de recursos federais.

A agenda política de fortalecimento da APS se consolidou gradativamente pela criação de diferentes programas e iniciativas e, em 2006, foi publicada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que estabeleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo prioritário de atenção na APS e o define como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do SUS. A concepção de APS² proposta pela primeira PNAB é coerente com o conceito ampliado de saúde presente no texto constitucional de 1988 que norteou a construção do SUS (FAUSTO et al., 2018).

Deste modo, a Atenção Primária é orientada pelos “princípios³ da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006, p. 11). A PNAB 2006 prevê a oferta e a organização de serviços na perspectiva do acesso à atenção integral à saúde e considera a Saúde da Família (ESF) como a estratégia privilegiada de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária no Brasil.

“A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (BRASIL, 2006, p. 10).

Assim, é conferido à A ESF papel central na reorganização da Atenção Primária no país. Os princípios gerais da ESF apresentados pela Política são: ter caráter substitutivo em relação à rede de APS tradicional; atuar nos territórios; desenvolver atividades de acordo com

² “A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p 11). É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, realizadas pela equipe de saúde da família, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando as especificidades existentes no território em que vivem essas populações.

³ Estes princípios constituem os fundamentos primordiais da APS. A atenção primária deve possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de saúde que constituem porta de entrada da rede de atenção à saúde; efetivar a integralidade em seus vários sentidos, incluindo desde as práticas dos profissionais de saúde, que devem considerar o indivíduo em seus aspectos biopsicossociais, até a organização do processo de trabalho e coordenação do cuidado na rede de saúde, de modo que seja observado o conjunto das necessidades do indivíduo de uma forma mais abrangente; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, o que se torna possível a partir da continuidade e longitudinalidade do cuidado; estimular a participação popular e o controle social por meio da educação em saúde e da oferta de espaços de discussão e construção compartilhada das ações em saúde.

programação e planejamento realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais; e ser um espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2006).

1.1 Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implementado pelo Ministério da Saúde em 1991, inicialmente no Nordeste e depois em todo o país. Seu objetivo, inicialmente, era melhorar a condição de saúde das gestantes e crianças, e reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil. Deste modo, não estava voltado para as necessidades da população como um todo (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007; VIANNA, 2013).

O PACS surgiu a partir de experiências realizadas no Distrito Federal e no Ceará, nas décadas de 70 e 80. Inicialmente, os auxiliares de saúde atuaram entre 1974 e 1978, em Planaltina-DF. Eram pessoas que moravam no município e receberam informações de saúde, passando a atuar junto às famílias, com foco principal nas mães e nas crianças, que começaram a frequentar com mais regularidade os serviços de pré-natal e puericultura. Esse trabalho teve como consequência a queda no fluxo de crianças à emergência e mortalidade infantil (LAVOR, 2010).

Posteriormente, sua atuação foi ampliada para o apoio à organização da atenção primária nos municípios. Com a entrada da cólera no país, o programa passou a dar mais ênfase aos procedimentos relacionados ao controle e prevenção da doença. O sucesso do PACS foi expresso na melhoria de alguns indicadores de saúde da população, principalmente a mortalidade infantil, cobertura vacinal e aleitamento materno exclusivo (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

O trabalho dos auxiliares de saúde foi adaptado para as condições do sertão e realizado em Jucá-CE, entre 1979 e 1986, à princípio de maneira emergencial. Nesse período, o nome auxiliar de saúde foi substituído por agente de saúde. As agentes contratadas eram exclusivamente mulheres que viviam nas áreas mais vulneráveis do município. O trabalho realizado por essas profissionais teve impactos na queda da mortalidade infantil e a partir de 1987 o programa se tornou permanente.

O sucesso alcançado pelos municípios que adotaram o PACS abriu caminho para a criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde. Deste modo, o PACS foi incorporado ao PSF. Os ACS passam a fazer parte da equipe de saúde da família, uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Tanto o PACS quanto o PSF trazem em sua concepção a importância da participação comunitária e do saber popular, sendo o ACS o elo entre o discurso popular e o biomédico. Lavor (2010) destaca que o trabalho do ACS é possível pela sua convivência com as famílias que acompanha, com as quais compartilha a mesma cultura e as mesmas dificuldades. Daí vem a criatividade que facilita a mobilização das famílias para a promoção da saúde.

Morosini, Corbo e Guimarães (2007) ressaltam que, em ambos os programas, o ACS é o trabalhador sobre o qual recaem funções estratégicas para a viabilizar o alcance das metas da atenção preconizada: ser a ponte entre o serviço e a comunidade, estabelecendo aproximações e desenvolvendo vínculos com a população das comunidades atendidas.

Em 1997, com a publicação da portaria nº 1.886, que aprova as normas e diretrizes do PACS e PSF, foram definidas as atribuições dos ACS de modo que sua atuação estivesse centrada na prevenção de doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e ações educativas nos domicílios e na comunidade, de acordo com as prioridades estabelecidas em função das necessidades de saúde identificadas no território ao qual o ACS estava vinculado (BRASIL, 1997a).

A portaria vedava ao ACS o desenvolvimento de atividades típicas do serviço interno da unidade de saúde, no intuito de fortalecer a sua inserção nas ações educativas realizadas no território e atividades comunitárias. Essas diretrizes foram atualizadas na portaria nº 648, de 2006, que preservou a centralidade das atividades de prevenção e promoção da saúde na concepção do trabalho do ACS, permitindo ao agente o desenvolvimento de ações de saúde nas unidades desde que vinculadas às atribuições definidas na portaria (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A literatura aponta que a efetividade do trabalho dos agentes comunitários como promotores de saúde enfrenta desafios no próprio cotidiano das unidades de saúde, demandando um trabalho integrado de toda a equipe de saúde (MACIAZEKI-GOMES, 2016). Alencar et al (2020) ressaltam que a prática dos ACS é fortemente marcada por ações de prevenção de doenças e distribuição de insumos e medicamentos, coleta de informações sociodemográficas e de situação de saúde da população.

Perreault et al (2016) observaram que as atividades desenvolvidas são mais voltadas para o rastreamento de doenças, para a prevenção de riscos e agravos através de controle do calendário vacinal, das condições de higiene e saneamento das moradias, e para orientações sobre pré-natal e aleitamento materno e uso adequado de medicamentos, do que propriamente para a promoção de saúde. Desta forma, há pouco espaço para as ações de promoção da saúde. Quando as ações ocorrem, possuem características mais impositivas, com pouca valorização da cultura local e do contexto social.

Apesar do trabalho complexo que os ACS desenvolvem, caracterizado, à princípio, pela dimensão educativa, a sua formação caracteriza-se pela precariedade, uma vez que os únicos pré-requisitos exigidos para exercer a função eram: ter, no mínimo, 18 anos, ser morador do território onde irá atuar, saber ler e escrever, e ter disponibilidade de tempo integral. A formação profissional restringia-se em geral à capacitação em serviço, realizada pelo enfermeiro-supervisor, no caso do PACS, ou pela equipe do PSF, ocorrendo de forma distinta em cada município que adotou a ESF (BRASIL, 1997; MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A despeito da destacada importância dos agentes comunitários para a atenção primária, eles só foram reconhecidos como categoria profissional em 2002 pela Lei nº 10.507, a partir da qual passa a ser exigido o nível fundamental de escolaridade. Essa lei foi revista pela lei nº 11.350, de 2006, que, em 2018, foi substituída pela lei nº 13.595. Esta dispõe sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional e os cursos de formação técnica e continuada dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2018). A partir daí passou a ser exigido nível médio de escolaridade para os agentes comunitários.

Apesar disso, ainda possuem baixa escolaridade frente aos outros profissionais da equipe e, muitas vezes, começam a atuar na ESF sem conhecimentos básicos sobre saúde pública, como foi possível observar durante as entrevistas. A falta de investimento em formação específica fortalece a desvalorização destes profissionais. Isso os fragiliza ainda mais, na medida em que precisam lidar com situações extremamente complexas em sua prática sem um aparato teórico que lhes dê suporte.

1.2 As revisões da PNAB e o contexto político

Em sua revisão, em 2011, a PNAB manteve o protagonismo da ESF como estratégia privilegiada para consolidar uma APS forte e “capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 3). Várias ações foram realizadas indicando a centralidade dada à PNAB pelo governo federal, como aumento no financiamento repassado aos municípios, aplicação de recursos para ampliação e qualificação das estruturas das unidades, dentre outras.

No mesmo ano, a Portaria nº 3.088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) trouxe como diretrizes, dentre outras coisas, a garantia do acesso, ênfase em serviços de base territorial e comunitária, e a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais visando a integralidade do cuidado. Assim, foi atribuído papel fundamental à Atenção Primária à Saúde (APS), que passou a ser porta de entrada inclusive das demandas de saúde mental e elemento articulador desta Rede, com a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais.

Em 2017 foi realizada nova revisão da PNAB, que foi produzida mantendo sua discussão em espaços restritos, sem participação popular efetiva. Morosini, Fonseca e Lima (2018) destacam que essa revisão se deu no bojo de uma conjuntura política marcada pelo espírito antidemocrático e autoritário e orientada para a mercantilização dos direitos sociais e supressão destes. É importante contextualizar o cenário em que essa revisão foi realizada, pois os anos de 2014 e 2015 foram marcados pelo início de grave crise política e econômica no país, com impacto sobre o SUS.

Em 2016 foi promulgada a Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do “Teto dos gastos”, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos, prevendo reajustes apenas com base na inflação, e tem impacto no financiamento de diversas políticas, inclusive do SUS. Houve também mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da AB) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento (MELO et al., 2018).

Melo et al (2018) destacam que, nesse período, o então ministro da saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos privados populares de saúde, assim como a desregulação do setor de saúde suplementar. Em meio a esse cenário, e diante de muitos protestos, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, em 2017, a construção da nova PNAB.

Tendo em vista o contexto mencionado, a nova PNAB trouxe mudanças e descontinuidades em aspectos importantes, desestabilizando o compromisso da Política com diretrizes fundantes do SUS e da APS, como universalidade e integralidade. Apresentaremos brevemente alguns destes pontos que consideramos mais relevantes para a discussão em pauta.

Uma das mudanças diz respeito à maior autonomia cedida aos gestores municipais no que tange ao escopo de serviços ofertados na APS. Estes passam a ser divididos entre padrões “essenciais” e “ampliados”. Os primeiros seriam ações e procedimentos básicos, que devem ser garantidos pelas equipes em todo país; já os padrões “ampliados” seriam ações e procedimentos estratégicos para alcançar padrões elevados de acesso e qualidade, no entanto sua adoção é apenas recomendada (BRASIL, 2017).

Apesar dessa distinção que é introduzida entre os tipos de serviços, a PNAB 2017 (BRASIL) não deixa claro quais ações e procedimentos corresponderiam a cada padrão de serviços, deixando sua interpretação a cargo dos gestores locais. Acredita-se que essa ambiguidade pode ocasionar uma configuração de APS que se limite aos cuidados mínimos, gerando incerteza sobre a capacidade desse padrão básico de atender todas as necessidades de saúde que deveriam ser contempladas neste nível de atenção (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A PNAB 2017 (BRASIL) também traz como mudança relevante a possibilidade de relativização da cobertura populacional, permitindo arranjos de adscrição com parâmetros populacionais diferentes do sugerido – entre 2.000 e 3.500 pessoas por equipe de Saúde da Família (eqSF) –, de acordo com as especificidades regionais. Além disso, permite a adoção de um modelo de atenção diferente da Estratégia Saúde da Família (ESF), representado pela equipe de Atenção Básica (eqAB), que não possui a obrigatoriedade de ter Agente Comunitário de Saúde (ACS) em sua composição, e permite profissionais com cargas horárias mínimas de 10 horas.

A flexibilização do número de agentes Comunitários nas eqSF é um ponto bastante problemático apresentado pela PNAB 2017 (BRASIL). Deixa de ser obrigatória a cobertura de 100% do território da eqSF por estes profissionais e passa a ser possível que apenas áreas

de risco e vulnerabilidade social sejam totalmente cobertas. Como a Política não traz parâmetros objetivos para definir quais seriam essas áreas, sua definição fica a critério do gestor local. O número mínimo de ACS por equipe, que na PNAB anterior era de 4, não é definido pela nova versão, logo é possível que se tenha apenas 1 ACS por equipe de Saúde da Família. Tal arranjo se distancia muito do que era preconizado pela ESF e possivelmente terá impactos na construção de vínculo entre profissionais e usuários, assim como inviabilizará as atividades realizadas no território.

Diante dessas mudanças na PNAB, pode-se considerar que a presença dos Agentes Comunitários na ESF está em risco, pois considerando o cenário de crise financeira, a redução no número desses profissionais seria uma forma dos gestores municipais cortarem custos (FAUSTO et al., 2018). Existe também a possibilidade de haver um aprofundamento nas desigualdades de acesso à saúde, pois fica comprometida a continuidade de uma série de processos instituídos na ESF, como o cadastramento de usuários, atividades de prevenção e promoção da saúde, e o monitoramento das condições de saúde da população em visitas domiciliares. Todas as ações que exigem a presença constante de um trabalhador da saúde no território serão afetadas (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Essas alterações constituem sérias ameaças à efetivação de uma APS universal e pautada pela integralidade, apontando para o risco de aprofundamento de desigualdades de acesso na atenção primária e, conseqüentemente, no SUS. Considerando o contexto político e econômico do país, a revisão da PNAB pode ser percebida como uma das medidas que buscam a desconstrução do SUS e o fortalecimento do setor privado como alternativa para o atendimento das necessidades de saúde da população (FAUSTO et al, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

1.3 O cenário da Atenção Primária no Rio de Janeiro: reorganização ou desmonte?

O município do Rio de Janeiro, onde historicamente os investimentos em saúde foram voltados para o modelo hospitalar, teve implantação tardia da Estratégia Saúde da Família (ESF) em comparação com outras capitais. Até 2009, a Atenção Primária no município se concentrava nos Centros Municipais de Saúde, que possuem modelo tradicional de atenção,

baseado no atendimento feito por médicos de especialidades básicas, sem mecanismos consistentes de acesso, acompanhamento e adscrição (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

A gestão do prefeito Eduardo Paes (2009-2016) deu prioridade à expansão da ESF, com a criação das Clínicas da Família, por meio da parceria firmada com as Organizações Sociais de Saúde (OSS). A gestão investiu em práticas como monitoramento de indicadores e avaliação e remuneração por desempenho, visando a melhoria da qualidade e busca por eficiência (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Entre 2008 e 2016 houve um aumento expressivo no número de equipes de Saúde da Família (eqSF) no município, de 128 para 956 equipes.

Há também evidências de melhora no acesso à atenção primária e em indicadores de saúde relacionados a essa expansão, como por exemplo a redução de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Esse indicador inclui 20 grupos de problemas de saúde que, se tratados adequadamente na atenção primária, evitariam internações (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Dentre os problemas incluídos estão, desde doenças comuns na infância como sarampo e rubéola, até tuberculose, sífilis, febre amarela e hepatite⁴.

Em 2018, sob a gestão de Marcelo Crivella, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) lançou um documento que apresentou um estudo realizado para a reorganização dos serviços da APS no município, visando “otimização de recursos”. A SMS-Rio (2018) argumentou que a expansão da rede de APS foi feita de forma desordenada entre os anos 2009 e 2016, gerando a necessidade de uma redistribuição das equipes, de modo a alcançar a adequação financeira ao orçamento disponível. A proposta apresentou nova tipologia de equipes e alto número de usuários por equipe, com base na PNAB 2017.

O referido estudo foi baseado na filosofia *Lean*, que busca “eliminar desperdícios”, por meio da melhoria de fluxos e envolvimento de pessoas qualificadas, resultando em aumento na qualidade e redução nos custos (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Nesse sentido, a proposta é fortemente marcada pela noção de produtividade, a qual compõe critérios para definir cortes de equipes e justificar sua permanência ou mudança em sua tipologia.

Com base no estudo realizado pela SMS-Rio, chegou-se ao total de 184 equipes de Saúde da Família (eqSF), de um universo de 1263 equipes, que deveriam ser desabilitadas em todo o município do Rio de Janeiro, com a justificativa de “baixo impacto assistencial e

⁴ Fonte: Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.

potencial aumento da eficiência dos serviços, quando levada em conta a relação custo-benefício destas equipes” (RIO DE JANEIRO, 2018, p. 3), de modo que as equipes remanescentes seriam reorganizadas. Também houve corte importante nas equipes de Saúde Bucal, com redução na cobertura de 30,6% para 27,1%, em 2017 e 2018, respectivamente (O'DWYER, 2019), após a extinção de 55 equipes. Essa reorganização resultou em aproximadamente 1.400 profissionais demitidos, sendo a maioria de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Houve uma redução expressiva no número de ACS no município entre os anos de 2016 e 2018, como demonstram O'Dwyer et al. (2019). Os autores apontam uma queda de 2,4% entre 2016 e 2017, correspondendo a redução de 6.803 ACS para 6.642 nesse período. Em 2018 a quantidade destes profissionais foi reduzida para 5.935, representando uma diferença importante de 10,4%, entre os anos de 2017 e 2018. Essa redução no número de ACS tem relação com um alinhamento com a PNAB 2017 (BRASIL) que prevê menos profissionais desta categoria por equipe, possibilitando aos gestores municipais diminuir postos de trabalho para cortar custos (O'DWYER et al., 2019).

Esse alinhamento também pode ser notado pelas novas configurações de equipes propostas pelo documento. Ele apresenta novas configurações de eqSF e equipe de Atenção Básica (eqAB) baseadas na flexibilização introduzida pela PNAB (BRASIL, 2017). São 4 modelos apresentados, sendo três deles considerados como “Equipe de Saúde da Família” e um como “Equipe de Atenção Básica”. As equipes tipo 1 e tipo 2 são modelos de eqSF tradicionais, com o máximo de 3.500 pessoas na população adscrita e, no mínimo, um ACS para cada 750 pessoas cadastradas. O que diferencia os dois tipos é que a equipe tipo 2 admite residentes na equipe e a equipe tipo 1, não (RIO DE JANEIRO, 2018).

Os outros dois tipos de equipe apresentados permitem uma população adscrita acima de 3.500 pessoas e apenas um ACS. A equipe tipo 3, que é apresentada pelo documento como um modelo de eqSF, permite uma população acima de 3500 habitantes, “variando com base em dados de utilização do serviço e perfil epidemiológico”, além de possibilitar que haja “ao menos um agente comunitário de saúde, com número dependente da necessidade de busca ativa e mobilidade da equipe na área adscrita” (RIO DE JANEIRO, 2018, p. 5). Acredita-se que, ao permitir o aumento da população adscrita e a flexibilização no número dos ACS, este modelo inviabiliza o processo de trabalho destes profissionais, distorcendo suas atribuições do modo como foram concebidas originalmente

A equipe do tipo 4 é a eqAB (“modelo não-ESF”), que se refere ao modelo anterior à implantação da ESF e permite uma população adscrita de até 18.000 pessoas. Esse modelo de

equipe admite apenas um ACS que teria como função realizar cadastramento passivo, quando o usuário vai até o serviço de saúde, e acompanhar a agenda dos profissionais da equipe. O documento destaca que a agenda da equipe deve ser “adaptada ao padrão de utilização dos serviços pela população”, ou seja, em áreas menos vulneráveis, não haveria a necessidade de fazer visitas domiciliares, pois os usuários teriam condições de se deslocar até a unidade para os atendimentos, dessa forma, a agenda dos profissionais pode ser dedicada apenas para consultas na unidade, por exemplo. A área de cobertura deste tipo de equipe deve corresponder a “regiões com índice de desenvolvimento social (IDS) alto, facilidade de deslocamento da equipe e população que acessa o serviço de saúde quando necessita, o fazendo com baixa frequência” (RIO DE JANEIRO, 2018, p. 6).

O referido documento sofreu muitas críticas, que apontam, dentre outras questões, que a redução das equipes não encontra sustentação técnica adequada e tampouco são apresentados os critérios e a base técnica que definirá a reorganização e a lotação das equipes nos territórios (TEIXEIRA; MARTINS, 2018; CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018). No entanto, apesar das críticas ao estudo, a gestão municipal optou por reduzir as receitas para a saúde, acompanhando a tendência federal. O que foi chamado de “reorganização da Atenção Primária”, traduziu-se por supressão de equipes de Saúde da Família, saúde bucal e NASF.

A “reorganização” da APS no Rio de Janeiro, que já havia sido iniciada em 2018, foi formalizada a partir do ano de 2019, com demissão de profissionais e redução no número de eqSF. Essas mudanças causaram uma queda importante na cobertura populacional da ESF, de 62% em 2017 para 55% em 2019 (BRASIL, 2020). Apesar da queda na cobertura, foi possível perceber a sobrecarga das equipes, uma vez que o número de profissionais foi reduzido e houve um aumento da população adscrita por eqSF. Essa escolha implicou em redução do desempenho do sistema de saúde, interrompendo a centralidade da agenda de consolidação da atenção primária e priorizando a atenção hospitalar (O’DWYER et al, 2019).

Todo este contexto, que já vinha fragilizando os profissionais de saúde, foi agravado pela pandemia de COVID-19. A precarização da APS causou desassistência e prejudicou o acompanhamento dos usuários da APS. A atenção aos usuários com COVID-19, que poderia ter sido mais próxima com o auxílio da APS, de modo a evitar o agravamento dos quadros a um ponto crítico, ficou prejudicada pela situação que as equipes enfrentavam. Considerando que as populações pobres são mais suscetíveis a ter doenças crônicas, isso os coloca em maior risco de mortalidade associada a COVID-19. A dificuldade do acesso, que já existia, acentuou a vulnerabilidade desta população nesse momento de crise (AHMED et al., 2020).

2. REVISÃO DA LITERATURA

Definir saúde mental não é uma tarefa simples. Deste modo, há muitas definições possíveis para “saúde mental”. O campo da saúde mental é bastante heterogêneo e composto por várias disciplinas, como: psicologia, psiquiatria, neurologia, filosofia, antropologia, sociologia, dentre outras. Segundo Amarante (2007), saúde mental não é apenas psicopatologia, por isso, o campo da saúde mental não pode ser reduzido ao estudo e tratamento dos transtornos mentais. Para tentar dar conta da complexidade da temática, vários saberes se entrecruzam contribuindo para a construção de novas formas de pensar a saúde mental.

Para Leal e Delgado (2007) a característica central do campo da saúde mental após a Reforma Psiquiátrica⁵ representa também um desafio: considerar o sujeito enquanto expressão da relação humano-social. O cuidado deixa de estar voltado apenas para a doença e passa a estar voltado também para o sujeito que sofre, e para o modo peculiar de sofrer que constrói a partir de sua relação com o meio social onde vive.

A World Health Organization (WHO, 2002) considera que a saúde mental é um estado de bem-estar mental que permite que as pessoas lidem com o estresse da vida, percebam suas habilidades, aprendam e trabalhem bem e contribuam para sua comunidade. Nesse sentido, pode-se considerar que o conceito de “saúde mental” não corresponde apenas à ausência de doenças, tampouco pode ser apartado do bem-estar físico e social.

Ainda segundo a WHO (2002), a saúde mental corresponde a um continuum bastante complexo que é experienciado de formas diversas de uma pessoa para outra, com diferentes graus de dificuldade e angústia, o que gera resultados sociais e clínicos potencialmente muito diferentes. Deste modo, determinantes sociais e estruturais podem contribuir para proteger ou debilitar a saúde mental, alterando a posição do indivíduo neste continuum de saúde mental. Estes fatores de risco ou fatores de proteção estão presentes em diferentes níveis na sociedade.

Neste capítulo, será apresentada uma breve revisão da literatura sobre a saúde mental e o sofrimento emocional que os agentes comunitários experienciam no cotidiano do trabalho, assim como sobre as relações entre questões sociais estruturais e saúde mental.

⁵ Para mais detalhes sobre a Reforma Psiquiátrica, ver TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. 9, n. 1, p. 25-59, Jan./Abr. 2002.

2.1 A saúde mental dos agentes comunitários

A literatura aponta que os ACS estão expostos ao sofrimento emocional pela natureza do seu trabalho, uma vez que estão sujeitos a condições insalubres, de vulnerabilidade social e violência urbana (SANTOS; HOPPE; KRUG, 2018). A frustração e o sentimento de impotência diante de situações de vulnerabilidade, o sentimento de invisibilidade e desvalorização, bem como a fluidez entre aspectos pessoais e profissionais também são fatores apontados como fontes de exaustão e sofrimento (FLUMIAN; FIORONI, 2018; ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012; SOUZA; FREITAS, 2011).

Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) apontam que com a expansão da ESF e massificação da profissão, tem predominado a visão de que o ACS é um profissional passivo, um mero transmissor de informações e administrador de demandas, o que constitui uma distorção de suas atribuições. Pelo contrário, lembram que o trabalho desses profissionais deve se configurar em uma postura ativa e mediadora, garantindo à população o acesso aos serviços de saúde e a operacionalização destes. De acordo com os autores, é exatamente essa distorção que é fonte de sofrimento, uma vez que o trabalho deste profissional está reduzido a questões burocráticas e administrativas, privando-o de suas reais atribuições e de seu papel na APS.

A precarização da profissão também é algo apontado por Flumian e Fioroni (2018) como um fator importante para o sofrimento destes profissionais. As autoras apontam que quanto mais tempo estes profissionais dedicam a funções administrativas, estabelecendo relações superficiais e burocráticas com os usuários, mais o trabalho se torna fonte de desmotivação e fadiga. Ressaltam a importância de se criar espaços mais dinâmicos para discussão e construção, valorizando a experiência prática e os diversos conhecimentos desses profissionais. Deste modo, percebem a dimensão relacional como uma fragilidade, na medida em que as funções administrativas e burocráticas desgastam a relação com os usuários, mas também como uma potencialidade do trabalho dos ACS.

Santos, Hoppe e Krug (2018) observaram que a dimensão relacional foi citada pelos ACS como o fator que gera maior desgaste e influencia negativamente no trabalho. A proximidade com a comunidade e o vínculo são evidenciados como fonte de sofrimento, uma vez que o contato diário com a população faz com que o ACS esteja sob constante supervisão

e avaliação, implicando em maior demanda de tarefas e perda de privacidade. Essa questão vai de encontro à observação feita por Nunes et al (2002) de que, pelo fato de o trabalho destes profissionais se basear em um modelo relacional, há uma ênfase colocada pelos usuários da ESF em conteúdos ligados à vida pessoal dos agentes, chegando a exercerem um certo controle social sobre suas vidas privadas.

O vínculo não é construído apenas pelo fato de o ACS morar ou não na comunidade e, muitas vezes, pode até ser dificultado pela convivência. É o trabalho diário deste profissional, na aproximação e constante busca de manter sua credibilidade no território, que permite a construção do vínculo. Trata-se de um processo gradual e desenvolvido no cotidiano, que pode criar tensões inclusive na vida pessoal do ACS (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Nunes et al (2002) destacam o caráter polifônico e híbrido do agente comunitário, uma vez que este profissional ocupa uma posição estratégica de mediação entre os saberes populares de saúde e os saberes médico-científicos. Essa posição também é atravessada por conflitos de poder com outros membros da equipe, uma vez que o ACS passa a disputar com eles seu lugar de prestígio na comunidade. Aí reside, para os autores, a principal dificuldade da posição do ACS, mas também sua maior potência:

“enquanto a comunidade o inscreve em uma demanda de tipo predominantemente pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica. Os ACS, por sua vez, somam a expectativa de uma competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura, e que entram em choque com aquela primeira, os quais algumas vezes nem eles próprios se sentem capazes de modificar em si mesmos” (NUNES et al, 2002, p. 1646).

Essa expectativa por parte da equipe, da comunidade e do próprio ACS gera tristeza, angústia e frustração nestes profissionais. Muitas vezes assumem a “missão” de atender todas as demandas da população, tentando encobrir falhas do sistema de saúde, porém se veem imbricados em um trabalho que vai além de sua competência e possibilidade de resolução. (MARTINES; CHAVES, 2006; JARDIM; LANCMAN, 2009).

Os conflitos de poder entre os ACS e outros membros da equipe refletem a distribuição desigual do poder na sociedade. Ela está no cerne da violência estrutural e cria oportunidades de vida desproporcionais por causa da doença ou da pobreza (PARKER, 2013). Essas relações de poder também se manifestam na relação entre o ACS e os usuários, uma vez que por ter um acesso “facilitado” aos outros profissionais de saúde, ele adquire um status diferenciado na comunidade, um certo poder ante a população do território.

Apesar das dificuldades do manejo em relação aos limites da convivência, a característica relacional é justamente o ponto inovador da ESF que objetiva humanizar o cuidado na APS, diminuindo a distância entre o serviço de saúde e a comunidade. Por isso,

não é possível pensar em Saúde da Família sem agentes comunitários. O mesmo fator que causa sofrimento a estes profissionais também traz satisfação, quando encontram redes de apoio com as quais podem compartilhar dúvidas e angústias e que os auxiliam a encontrar soluções e diminuir a solidão diante das dificuldades (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Em um estudo realizado em Uberlândia, observou-se que 75% dos ACS apresentavam grau de ansiedade moderada e 17,24% apresentaram ansiedade grave (RESENDE et al, 2009). A literatura aponta uma prevalência em torno de 24,1% da Síndrome de Burnout e de 43,3% de transtornos mentais comuns (TMC) entre esses profissionais. Para efeitos de comparação, entre os profissionais de enfermagem, a prevalência de Síndrome de Burnout é de 16,2%, e a prevalência de TMC na população brasileira varia entre 22,7% e 35% (SILVA; MENEZES, 2008).

É sabido que existe uma associação importante entre inequidades sociais e o risco de desenvolver transtornos mentais comuns. Este tipo de transtorno mental representa uma das maiores causas de morbidades acompanhadas na atenção primária (PATEL; KLEINMAN, 2003). FORTES, et al. (2011), destaca que este tipo de sofrimento emocional é cultural e muito comum na América Latina, inclusive no Brasil.

Neste sentido, é possível afirmar que os ACS são uma população bastante vulnerável ao sofrimento emocional. O papel de mediadores que ocupam é atravessado por conflitos de várias ordens e é marcado por uma dualidade também no que diz respeito a seu próprio cuidado, pois, na medida em que precisam apoiar pessoas com sofrimento mental, fazem parte de uma população que demanda esse tipo de cuidado (ORTEGA; WENCESLAU, 2019).

2.2. Relações entre violência estrutural e saúde mental

Segundo Farmer et al. (2006), a violência estrutural é definida pela limitação imposta por estruturas sociais a indivíduos e grupos sociais, impedindo-os de alcançarem seu pleno potencial. Ela é incorporada por estruturas sociais e normalizada por instituições estáveis, de forma que se torna tão comum que não é perceptível. A violência estrutural, ao lado da violência institucional, contribui para a desmotivação com o trabalho e a piora nas condições de saúde dos ACS (SOUZA; FREITAS, 2011).

O termo violência estrutural tem sido usado para destacar disparidades e identificar padrões estruturados de sofrimento e doença em todos os grupos populacionais. O conceito está intimamente relacionado com injustiça social e é um determinante na distribuição e nas implicações das doenças. Farmer (2004) observa que a distribuição das doenças infecciosas é dada historicamente e orientada economicamente e, por isso, atinge os pobres desproporcionalmente.

É bastante conhecida a associação entre pobreza e problemas de saúde. A expectativa de vida e as taxas de mortalidade são historicamente desproporcionais entre populações ricas e pobres, e os mais pobres são mais suscetíveis a desenvolver doenças crônicas (AHMED et al., 2020). Sabe-se que as inequidades em saúde são histórica e socialmente produzidas. Pode-se dizer que a saúde e a doença são construções sociais, no sentido de que são moldadas por relações estruturais de poder na sociedade.

Existe uma relação consistente entre pobreza, desigualdade, racismo e violações de direitos humanos com resultados de saúde, incluindo a experiência da doença e o sofrimento dela decorrentes (PEDERSEN et al., 2010). Essas desigualdades extremas em saúde constituem uma forma de violência estrutural. Segundo Nguyen e Peschard (2003), “a violência estrutural é visível nos gradientes acentuados da desigualdade social que, ao produzir pobreza indecente em uma era de riqueza crescente, expõe os pobres a doenças fatais” (p. 457).

Essa associação entre desigualdade social e doenças também é verdadeira no que diz respeito a transtornos mentais, como depressão, ansiedade e estresse (MANSEAU, 2014). Kleinman (2010) destaca que nas áreas urbanas onde há maior pobreza e violência também há maior desencadeamento de doenças e transtornos mentais. Embora as questões sociais e de saúde possam ser separadas em alguns contextos, quando se trata de regiões mais pobres, as áreas da saúde, economia e política são inseparáveis.

Há grandes evidências de países industrializados demonstrando associação entre pobreza e risco para transtornos mentais comuns. A relevância dos transtornos mentais e comportamentais na saúde pública é demonstrada pelo fato de que eles estão entre as maiores causas de morbidade na atenção primária e produzem considerável incapacidade (PATEL; KLEINMAN, 2003). Trani e Bakhshi (2017) observam que estes transtornos representam uma contribuição para o aumento da carga global de doenças.

As definições de pobreza revelam que este é um fenômeno social multidimensional. De uma perspectiva epidemiológica, pobreza significa status econômico baixo (medido por classe social ou renda), desemprego e baixos níveis educacionais (PATEL; KLEINMAN,

2003). No entanto, segundo os autores, esta definição não é suficiente para explicar a complexa relação entre pobreza e transtornos mentais, havendo a necessidade de se considerar fatores psicológicos e sociais no estudo desta temática.

Nguyen e Peschard (2003) observaram que a pobreza não poderia ser o único fator social responsável por problemas de saúde, pois a desigualdade social contribui para problemas de saúde independentemente do nível de renda. Isso indica que, no mesmo nível absoluto de renda, um indivíduo em uma sociedade mais igualitária será mais saudável do que em uma sociedade menos igualitária.

Uma concepção mais ampliada de pobreza é apresentada por Trani e Bakhshi (2017) ao afirmarem que “pobreza não é meramente definida como falta de renda, mas também caracterizada pela privação de educação, saúde, alimentação, moradia, emprego, status social, cidadania, segurança e bem-estar psicológico, entre outros” (p. 404). Afirmam ainda que alguns aspectos da pobreza (educação, insegurança alimentar, classe social, status socioeconômico e estresse financeiro) parecem estar mais fortemente relacionados a transtornos mentais comuns do que outros.

Os autores observaram que a lacuna entre pessoas com transtornos mentais e aquelas que não demonstram sinais de transtornos não tem relação com privação material, mas com outras questões, como estado de saúde, educação, emprego, participação social, bem-estar psicológico e subjetivo, assim como segurança física (TRANI; BAKHSHI, 2017).

Em uma pesquisa realizada em Olinda, Pernambuco, Ludermir e Melo Filho (2002) verificaram que há uma associação considerável entre TMC, escolaridade, condições de moradia, inserção no processo produtivo e renda. Os autores afirmam que a educação tem um efeito direto na saúde mental, pois “aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia aspirações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis” (p. 219).

Patel e Kleinman (2010) corroboram essa observação quanto à associação entre transtornos mentais comuns e baixo nível educacional. Como o grau de escolaridade qualifica os indivíduos para certas ocupações, pode influenciar condições socioeconômicas futuras e facilitar sua inserção na estrutura ocupacional (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Fatores como “insegurança, desesperança, saúde física debilitada, rápida mudança social e oportunidades limitadas como resultado de menor nível educacional, podem mediar o risco de sofrer transtornos mentais comuns” (PATEL; KLEINMAN, 2010, p. 612).

A instabilidade do vínculo de trabalho, os baixos salários e ausência de benefícios também estão associados ao desenvolvimento de ansiedade e depressão. A falta de dinheiro

pode levar ao estresse e à insegurança, mecanismos que estão relacionados ao desenvolvimento de transtornos mentais (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Apesar de haver evidências de uma relação entre transtornos mentais comuns e privação econômica, muitas pessoas vivendo na pobreza não desenvolvem transtornos mentais. Portanto, apesar de haver uma associação, essa relação causal não pode ser considerada conclusiva (PATEL; KLEINMAN, 2010). Do mesmo modo, Trani e Bakhshi (2017), embora identifiquem forte associação entre transtornos mentais e pobreza multidimensional em três países asiáticos, concordam que a evidência da ligação entre pobreza e transtornos mentais é escassa e poucos estudos investigaram a direção da relação entre ambos nos países em desenvolvimento.

Pussetti e Brazzabeni (2011) destacam que o sofrimento não pode ser observado e explicado desconsiderando as dinâmicas sociais e os interesses políticos e econômicos que o constroem, reconhecem e nomeiam. “As interpretações do sofrimento apelam a uma consciência da história do discurso que as elabora, cujo contexto é sempre o das relações de poder locais” (p. 468). Deste modo, o impacto adverso das desigualdades sociais na saúde exacerba essas mesmas desigualdades, resultando em uma espiral da qual é difícil sair (NGUYEN; PESCHARD, 2003).

Da violência estrutural, essa violência que é cometida pela própria estrutura social e não por um indivíduo ou grupo, resulta o sofrimento social. Ele se refere aos efeitos nocivos das relações desiguais de poder que caracterizam a organização social (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011). Deste modo, de acordo com Kleinman, Das, e Lock, (1996), o sofrimento social decorre daquilo que os poderes político, econômico e institucional fazem às pessoas e de como essas formas de poder podem influenciar – e limitar – as respostas das pessoas aos problemas sociais. Esse tipo de sofrimento prejudica as conexões coletivas e intersubjetivas da experiência e compromete gravemente também a subjetividade.

No que tange ao sofrimento, não é possível separar dicotomicamente níveis individuais de níveis sociais de análise. Assim como não é possível separar saúde de problemas sociais. Essas dicotomias constituem barreiras para compreender como as formas de sofrimento humano podem ser, ao mesmo tempo, coletivas e individuais. O sofrimento social e o reconhecimento da dor como processo cultural pode ser dado ou negado. A desconsideração do sofrimento social está na base do processo cultural de violência política (KLEINMAN; DAS; LOCK, 1996).

Farmer (1996) afirma que o sofrimento social é estruturado por processos historicamente dados e por forças que conspiram para restringir a capacidade de agência dos

indivíduos, ou seja, limitam suas possibilidades de escolhas. Para muitos, as escolhas de vida são estruturadas pelo racismo, sexismo, violência política e pobreza. Porém, nem todo sofrimento é igual; os pobres são as principais vítimas da violência estrutural e, na mesma medida, possuem mais chance de terem seu sofrimento silenciado.

O conceito de diferença cultural pode ser usado na análise do sofrimento social como uma tentativa de relativizar os abusos perpetrados aos indivíduos por meio de práticas consideradas “naturais” ou “culturais”. Farmer (1996) considera que essa é uma forma de essencialismo usada para explicar ataques à dignidade e o sofrimento em geral. Porém, trata-se de um modo de obscurecer a violência que provoca danos de gravidade muito diferente. Classificar algumas experiências sociais como “naturais”, sem reconhecê-las em seu potencial danoso, pode ofuscar as consequências da atuação dessas forças na vida social.

Segundo Quesada, Hart e Borgois (2011), o conceito de violência estrutural aponta, de forma geral, para forças que chamam atenção para a opressão de classe e injustiça social. Os autores consideram mais adequado o uso do termo vulnerabilidade em substituição ao termo violência. Afirmam que, por se tratar de um termo mais neutro, pode ser útil para estender para além dos aspectos econômicos e políticos as fontes do sofrimento. Dessa forma, o termo vulnerabilidade abrangeria também aspectos culturais e idiossincráticos como fontes do sofrimento social.

De acordo com essa concepção, a vulnerabilidade de um indivíduo é produzida por sua localização em uma determinada hierarquia na ordem social e sua relação com as redes de poder e seus efeitos. “Os indivíduos são estruturalmente vulneráveis quando estão sujeitos à violência estrutural no seu conceito mais amplo. Isso inclui a interface de seus atributos pessoais, como aparência, afeto, status cognitivo – com valores culturais e estruturas institucionais” (QUESADA; HART; BORGIOIS, 2011, p. 2).

Nesse contexto, os problemas de saúde – e saúde mental – de determinados indivíduos ou grupos podem ser resultado de formas de violência sustentadas por forças políticas e econômicas e racionalidades culturais, que são administradas por modos historicamente específicos de governabilidade, em um contexto social e político marcado pela indiferença aos vulneráveis (NGUYEN E PESCHARD, 2003). Como consequência, a vulnerabilidade estrutural, de acordo com Quesada, Hart e Borgois (2011), gera vidas mais curtas e sujeitas a uma carga desproporcional de sofrimento.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva exploratória, onde se buscou gerar dados que permitam uma maior compreensão da complexidade da realidade estudada. Inicialmente, foi realizada uma revisão narrativa da literatura para apresentar de forma geral os principais pontos que tem sido discutidos a respeito do tema. Em seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas⁶ com 9 ACS que atuam em uma clínica da família localizada na zona norte do Rio de Janeiro. As entrevistas foram realizadas no dia 1º de setembro de 2020.

Acredita-se que a entrevista semiestruturada possibilita desenvolver a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação, por meio de suas crenças, valores e atitudes. Parte-se do pressuposto de que o mundo social não é dado, é construído ativamente pelas pessoas em suas vidas (GASKELL, 2003).

As entrevistas foram realizadas individualmente e de forma presencial, todas no mesmo dia. Foram conduzidas somente pela pesquisadora responsável e tiveram seu áudio gravado para fins de transcrição. As entrevistas tiveram duração aproximada de 20 minutos a 1 (uma) hora.

Após essas etapas, o material foi analisado pelo referencial da Análise de Conteúdo. A análise de conteúdo se constitui enquanto um “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2011, p. 44). Sua especificidade estabelece-se na articulação entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados.

Após a realização das entrevistas, os dados coletados foram codificados e classificados em categorias, para posterior análise e interpretação. A partir deste conjunto de técnicas pretende-se inferir conhecimentos relativos ao emissor da mensagem e ao meio onde está situado. Busca-se, deste modo, compreender o sentido da comunicação, mas também outros sentidos de natureza sociológica (BARDIN, 2011).

⁶ O roteiro de entrevista encontra-se no Apêndice A (p. 69).

3.1 Critérios de exclusão

Foi definido como critério de exclusão o fato de o ACS trabalhar há menos de 2 anos na ESF, visto que o processo de reorganização proposto pela SMS-Rio teve início no ano de 2018. Porém, todos os ACS entrevistados trabalhavam há mais 3 anos na clínica, portanto nenhuma entrevista foi excluída.

3.2 Campo da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma clínica localizada no bairro de Acari, na Área Programática (AP) 3.3, que é composta pelas regiões administrativas de Madureira, Irajá, Anchieta e Pavuna. A rede de saúde do município é dividida em 10 áreas programáticas, que são subdivididas de acordo com a região da cidade. Deste modo, temos: na região central a AP 1.0; na zona Sul e região da Tijuca as APs 2.1 e 2.2, respectivamente; na zona Norte as APs 3.1, 3.2 e 3.3; e na zona Oeste as APs 4.0 (região de Jacarepaguá, Barra e Recreio) e 5.1, 5.2 e 5.3 (Realengo e Bangu, Campo Grande e Santa Cruz, respectivamente).

As APs 3.1, 3.2 e 3.3 possuem 80 bairros e, juntas, são as áreas mais populosas da cidade, correspondendo a aproximadamente 37,9% da população (RIO DE JANEIRO, 2013). Metade das pessoas que vivem em favelas está nessa região, que possui os menores IDH do município (0,721 na Pavuna e 0,674 na Maré) (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2014).

A clínica da família onde a pesquisa foi realizada fica no bairro de Acari. É um bairro de classe baixa e média baixa que faz limite com os bairros da Pavuna, Costa Barros, Coelho Neto, Parque Colúmbia e Irajá. O bairro é servido por uma estação do metrô e pelas avenidas Brasil e Pastor Martin Luther King. O complexo de Acari é composto por um conjunto habitacional (Conjunto Amarelinho) e 4 comunidades: Parque Proletário, Vila Rica de Irajá, Coroadó e Vila Esperança. O bairro é atendido por duas clínicas da família e pelo Hospital Municipal Ronaldo Gazolla.

Segundo o relatório de gestão da unidade, as principais características do público atendido pela clínica são: baixa escolaridade, alta exposição a condutas de risco, uso abusivo de álcool e outras drogas, transtornos mentais e relações familiares rompidas. A população do território seria composta majoritariamente por homens negros, sendo compostas também pela presença de egressos do sistema prisional e profissionais do sexo.

A clínica em questão foi escolhida por já ter tido contato prévio com a gerente que estava à frente da unidade, o que facilitaria minha entrada para realizar as entrevistas, principalmente em um momento de pandemia de COVID-19. Outro fator que pesou na escolha foi o fato de a clínica ter fácil acesso por metrô, o que facilitaria minha locomoção.

A clínica possuía 6 equipes de Saúde da Família (eSF) à época da pesquisa, 2 equipes de saúde bucal, 1 equipe de Consultório na Rua (CnaR) e uma equipe do NASF, que era compartilhado com outras 4 unidades⁷. No período em que as entrevistas foram realizadas, a clínica contava com 22 ACS, dois a menos do que o mínimo previsto pela PNAB, que seria de 4 ACS por eSF.

Esperava-se uma amostra em torno de 15 participantes (do total de 22), porém, 10 ACS estavam afastados das atividades laborais no período em que foram realizadas as entrevistas, em virtude da pandemia. A categoria conseguiu junto ao sindicato o direito de licença remunerada para os profissionais portadores de doenças crônicas, uma vez que se trata de um grupo de risco para o desenvolvimento de sintomas graves em caso de contaminação por COVID-19. Assim, apenas 9 profissionais foram entrevistados, pois somente estes estavam disponíveis no dia em que foi realizada a visita à unidade.

No período em que foram realizadas as entrevistas, o momento mais crítico da reestruturação da APS já havia passado. Os ACS haviam sido recontratados pela RioSaúde⁸, após o rompimento do contrato com a OS Viva Rio pela Prefeitura. As demissões foram realizadas entre o final de 2019 e início de 2020, portanto, em setembro de 2020 a situação destes profissionais já se encontrava mais estabilizada, embora ainda muito difícil, em virtude da pandemia de COVID e do número reduzido de profissionais atuando.

O acesso aos profissionais foi realizado por intermédio da gerente da unidade de saúde. Em virtude da pandemia, não foi possível abordar os ACS pessoalmente para convidá-los a participar da pesquisa, como seria desejável. A pesquisa foi apresentada, assim como seus objetivos, apenas no momento da entrevista, quando foi facultada a eles a possibilidade de participarem da pesquisa ou não. Inicialmente, havia solicitado à gerente que as entrevistas

⁷ Fonte: Relatório de gestão da unidade (28 de dezembro de 2020).

⁸ Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro

fossem marcadas com cada agente em intervalos de aproximadamente 30 minutos, porém a maioria dos agentes chegou ao mesmo tempo e, deste modo, foram entrevistados por “ordem de chegada”.

No dia em que estavam marcadas as entrevistas, dirigi-me à clínica da família, porém minha chegada ao campo não se deu sem incômodos. Em virtude da pandemia, estava em isolamento social há alguns meses e pouco saía de casa. O meio de locomoção usado para ir à clínica foi o metrô, o que me gerou um desconforto grande, pois tive medo de me contaminar em virtude da aglomeração. Apesar de estar há quase 6 meses sem utilizar o metrô, ou outro transporte coletivo, tive a impressão de que pouco havia mudado na dinâmica do transporte, com exceção do uso – muitas vezes incorreto – de máscaras pelos passageiros. O “novo normal” me pareceu bastante familiar e, ao mesmo tempo, incômodo.

Ir à uma unidade de saúde para realizar as entrevistas, onde o risco de contaminação é ainda maior, foi bastante desafiador. Além da insegurança por nunca ter realizado entrevistas sozinha, o medo de passar o dia dentro de uma clínica da família no auge da pandemia era grande. No entanto, julguei que seria a única possibilidade para realizar as entrevistas, uma vez que a gerente da unidade havia informado que nem todos os agentes tinham fácil acesso à internet, por isso realizar as entrevistas virtualmente impediria a participação de alguns deles.

Ao chegar à clínica, por volta das 9:00 horas, dirigi-me à sala da administração para falar com a gerente, porém ela ainda não havia chegado. Fui recebida por um auxiliar administrativo que me levou à sala onde seriam realizadas as entrevistas, ao lado da administração. Em frente à sala havia uma longarina onde estavam sentados alguns ACS – em torno de 6 – que já aguardavam para as entrevistas.

A sala estava com o ar condicionado quebrado e não tinha janelas, o que me fez pensar que seria desconfortável ficar com a porta fechada durante as entrevistas, além de não ser o ideal considerando o cenário da pandemia. Porém, após começar a primeira entrevista, percebi que seria inviável permanecer de porta aberta, tanto pelas interrupções que aconteceriam, quanto pela privacidade dos entrevistados. Deste modo, todas as entrevistas foram realizadas com a porta fechada.

3.3 Limitações e fragilidades da pesquisa

Um ponto que deve ser destacado em relação à realização das entrevistas é o fato de que o contato com os sujeitos da pesquisa foi realizado através da gerente da unidade. Havia sido combinado de agendar as entrevistas com intervalos de 40 minutos, porém todos os ACS chegaram ao mesmo tempo, no início da manhã, o que fez com que alguns deles tivessem mais “pressa” para concluir a entrevista, para que os colegas pudessem ser entrevistados logo.

Outro fator que considero importante destacar é a escolha do local para a realização das entrevistas. Acredito que fazer as entrevistas no local de trabalho dos ACS, embora tenha facilitado o acesso deles por um lado, por outro, pode ter causado algum desconforto para tratar de algumas questões e retirado um pouco da espontaneidade das entrevistas. Em alguns casos, ficou a impressão de que os profissionais estavam ali porque havia sido um pedido da gerente da unidade. Isso fala também de como as relações de poder estão colocadas e podem atravessar a pesquisa.

Inclusive, durante a quarta entrevista, a gerente da unidade entrou na sala para me cumprimentar e avisar que estaria na sala ao lado, caso precisasse de algo. Isso me fez pensar que o fato de termos uma certa proximidade poderia constranger os agentes entrevistados ao falar mais abertamente sobre algumas questões, principalmente a agente que estava sendo entrevistada naquele momento e foi interrompida.

Outro ponto problemático relacionado ao local das entrevistas diz respeito ao contato que os agentes tiveram uns com os outros após serem entrevistados. É possível que tenham conversado entre si sobre as perguntas do roteiro, por curiosidade ou pela preocupação em dar “respostas certas”, o que pode ter interferido de algum modo nas entrevistas.

Entrevistar todos os agentes em um dia foi bastante cansativo e me gerou uma certa angústia, pois, ao mesmo tempo em que não gostaria de deixá-los esperando, não queria “apressar” as entrevistas e tentei explorar ao máximo cada uma delas. Por outro lado, não desejava voltar à clínica mais uma vez para realizar as entrevistas, pelo medo de me expor ao COVID-19, e fiquei receosa de que alguns deles desistissem de participar da pesquisa pelo tempo prolongado de espera.

Considero que esses são os atravessamentos que, de certo modo, podem ter limitado ou fragilizado a pesquisa. Acredito que em outra oportunidade certamente levaria em consideração esses pontos no que diz respeito ao contato com os sujeitos da pesquisa e à realização das entrevistas.

3.4 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Social (IMS) e, após aprovação neste, foi submetido também ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, onde foi aprovado pelo parecer consubstanciado de número 4.103.521. Os indivíduos que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Os dados obtidos com esta pesquisa são confidenciais e não serão divulgados em nível individual. Os resultados se tornarão públicos nos meios acadêmicos e científicos de forma consolidada e sem qualquer identificação individual ou das instituições participantes, de modo a minimizar o risco de exposição e visando assegurar o sigilo da participação dos entrevistados. O material utilizado para a coleta, transcrição e análise das entrevistas ficará sob guarda da pesquisadora, em sigilo.

Toda pesquisa possui riscos, porém tentou-se minimizar possíveis riscos. As perguntas da entrevistas foram formuladas de forma cuidadosa, de modo a evitar desconforto ou constrangimento por parte do entrevistado. Ainda assim, os participantes foram informados que, caso se sentissem incomodados com alguma pergunta, poderiam não a responder.

Um dos benefícios da pesquisa é promover uma reflexão nos profissionais entrevistados a respeito do próprio processo de trabalho e dos impactos do mesmo em sua saúde mental. Acredita-se que a pesquisa pode contribuir para que esses profissionais reconheçam e valorizem seu sofrimento, de modo que possam buscar o suporte adequado quando necessário. Considerando a relevância desses profissionais para a ESF, é fundamental que tenham acesso à atenção em saúde mental para que possam oferecer uma assistência de qualidade à população.

É importante ressaltar que foram cumpridas todas as regulamentações das autoridades sanitárias municipais, no que tange a atividades a serem realizadas em unidades de saúde, no período da atual e de pós pandemia de COVID-19.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos entrevistados

Foram entrevistados 9 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo sete mulheres e dois homens. Os participantes da pesquisa tinham idades ente 27 e 47 anos no período em que as entrevistas foram realizadas. Quanto à raça, 5 participantes se autodeclararam como negros, 3 como brancos e 1 como pardo. Quanto à formação, 6 entrevistados estavam cursando graduação, 1 tem nível técnico, 1 é graduado em Administração e 1 tem nível médio.

Todos os ACS trabalham há pelo menos 3 anos na Clínica da Família, portanto nenhum participante foi excluído da amostra. Os entrevistados que possuem mais tempo na ESF estão atuando há 10 anos, desde que a clínica da família onde atuam iniciou suas atividades.

Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, optou-se por usar a nomenclatura ACS seguido por um número, de 1 a 9, quando forem apresentados os recortes das entrevistas. Os números foram atribuídos de acordo com a ordem em que as entrevistas foram realizadas e sempre fazem referência ao mesmo ACS.

Análise temática

Após a análise temática, foram identificados sete temas que apareceram com mais frequência na fala dos entrevistados, quais sejam: A “escolha” da profissão, o “peso” do vínculo, expressões do sofrimento emocional, impacto das condições de trabalho na saúde, perda da qualidade na assistência, descaracterização da ESF e pandemia.

Dos sete temas que emergiram durante as entrevistas, optou-se por discutir três temas que dialogam melhor com os objetivos da pesquisa, quais sejam: O “peso” do vínculo, expressões do sofrimento emocional e impacto das condições de trabalho na saúde. Por entender que se trata de um material bastante rico, que pode produzir conhecimento a respeito

destes profissionais e do contexto vivenciado por eles na atenção primária, pretende-se desdobrar os demais temas em trabalhos futuros.

4.1 O “peso” do vínculo

Durante as entrevistas, os ACS apontaram a convivência com os usuários como uma das maiores dificuldades inerentes à função que exercem. Apesar do vínculo entre profissional e usuário ser fundamental para a atuação na APS, os entrevistados relatam que esse vínculo também causa sofrimento emocional, na medida em que esbarram com as limitações da sua atuação e se deparam com a vulnerabilidade dos usuários.

Por viverem situações semelhantes às dos usuários do serviço de saúde, os ACS possuem uma identificação com as condições de vida e saúde da população. Essa aproximação identitária de classe social lhes permite compreender as condições e os valores socioculturais da comunidade, assim como as suas necessidades. Embora o “torna-se ACS” represente uma espécie de ascensão social, estes profissionais continuam residindo no mesmo território que a população que atendem. Deste modo, também estão sujeitos a situações de risco e ao medo da violência, à pobreza e vulnerabilidade social (SOUZA; FREITAS, 2011).

Na narrativa dos profissionais, eles sinalizaram a dificuldade que advém do vínculo com os usuários quando se deparam com a vulnerabilidade social existente e com as limitações da sua atuação enquanto profissional de saúde. Para se referir a essa dificuldade, e ao mal-estar provocado por ela, são utilizados termos como: incômodo, exaustão, sobrecarga e impotência, como é possível perceber nos recortes de entrevistas apresentados abaixo:

“Hoje eu tento controlar um pouco disso, de saber que a gente... nem tudo está ao nosso... nem tudo cabe a mim, né, nem tudo eu vou conseguir resolver sozinha. Então, hoje é um pouco mais tranquilo, mas acontece situações sim, da gente ver que a pessoa tá precisando realmente de ajuda, um suporte mais e eu não poder ofertar isso, aí me incomoda um pouco sim.” (ACS1)

“É... eu acho que não era do jeito que eu... eu realmente acreditei que eu pudesse fazer mais pelo próximo. Agora eu saio daqui totalmente sobrecarregada, totalmente exausta, e as pessoas ainda me xingam um pouco, porque acabam ouvindo ‘não’, não tem jeito.” (ACS3)

“E aí, assim, a função de agente de saúde, num primeiro momento é uma função bem árdua, tá, porque todo o serviço... porque na verdade a gente lida diretamente com as dores alheias, né.” (ACS5)

“Ah, no começo era um pouco pior, porque eu não ‘tava’ acostumada, né. E às vezes eu sentia muita impotência de querer ajudar mais do que eu podia fazer, né. Mas aí depois, com tempo, a gente vai meio que se adaptando, infelizmente, a gente vai se adaptando o que a gente pode e o que a gente não pode fazer.” (ACS8)

As tensões que decorrem da relação entre profissionais e usuários também são apontadas como fonte de sofrimento pelos ACS. Eles relatam incômodo principalmente quando os usuários têm dificuldade de compreender que o ACS não exerce sua função em todos os momentos e espaços. Alguns buscam minimizar esse incômodo e acreditam que ele não provoque consequências maiores, referindo-se a ele como algo apenas “estressante”, como a ACS abaixo:

“Afetar, não afeta não. Mas é chato, eu não gosto. Agora, que venha a me trazer alguma consequência de ficar... não, só é estressante.” (ACS9)

Nunes et al (2002), quando discutem o modelo relacional em que se baseia o vínculo entre agente comunitário e usuário, afirmam que há uma valorização excessiva dos aspectos afetivos da relação desenvolvida entre eles. Isso permite que os usuários coloquem ênfase em conteúdos ligados à vida pessoal dos agentes, o que pode resultar em um controle social exercido por eles sobre as vidas privadas dos ACS.

Alguns pontos importantes relativos à relação entre profissionais e usuários merecem ser destacados, como o reconhecimento de um ACS de que os usuários da clínica constituem um “outro público”, que tem uma cultura diferente da sua, apesar de serem moradores do mesmo território. Mesmo se tratando de um território marcado pela vulnerabilidade social, é bastante heterogêneo e compreende pessoas com diferentes níveis de acesso à educação e cultura. É possível perceber, pelo recorte apresentado abaixo, que o ACS identifica os usuários como “outro tipo de pessoa”.

Deste modo, essa diferença entre as culturas também aparece como algo que tensiona a relação entre usuários e estes profissionais:

“(...). E você lidar com pessoas, e com pessoas de comunidade, é super complicado, né. É outro tipo de pessoa, outro tipo de público, uma cultura diferente. E você tem que saber lidar.” (ACS6)

O agente comunitário é conhecido por seu papel de mediação entre dois tipos de saberes ou discursos: o discurso popular e o discurso biomédico-científico. É exatamente essa competência cultural que os torna indispensáveis para a ESF, uma vez que têm relação muito próxima com a cultura, valores e crenças dos usuários. Ortega e Wenceslau (2019) ressaltam que esse papel de mediação do ACS faz com que ele seja um ator social que, ao mesmo tempo em que mobiliza contradições, estabelece um diálogo profundo entre essas duas visões de mundo.

Por meio das visitas domiciliares e atividades de educação em saúde, os agentes recorrem ao seu conhecimento sobre os idiomas culturais, costumes e crenças da comunidade para facilitar a compreensão e dar sentido às orientações e tratamentos oferecidos pelas equipes de saúde da família. Muitas vezes, essa orientação demanda um tipo de tradução entre o saber biomédico e o saber popular (ORTEGA E WENCESLAU, 2019).

Nunes et al (2002) destacam o movimento bi-direcional dos agentes comunitários, pois, por um lado, informam os usuários sobre os modos de fazer estabelecidos pelo serviço de saúde e, por outro, fornecem aos profissionais elementos-chave para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e necessidades da população. Essa tarefa implica no fortalecimento de vínculo com a família com duas finalidades: deixar o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar e fortalecer a capacidade da população de enfrentamento dos problemas de saúde.

Este processo de mediação-tradução é permeado por tensões, pois, apesar de ser um representante do discurso popular, por ser morador da comunidade onde atua, o ACS também representa o discurso biomédico como o trabalhador da saúde que é. Vianna (2013) pontua que muitas vezes esse profissional é capturado pelo discurso biomédico hegemônico, que desvaloriza os saberes populares, principalmente quando o agente comunitário busca a valorização dos outros profissionais da equipe.

No recorte apresentado acima, o ACS 6 se refere aos usuários como “outro tipo de público”, demonstrando que não se identifica com a população que atende, pois são pessoas que possuem “outra cultura”. O agente em questão é o único dos entrevistados que possui nível superior. Acredita-se que o nível de escolaridade bastante diferente da maioria da população que ele atende pode dificultar essa identificação com os usuários e com a cultura do público atendido pela clínica.

É possível que, na medida em que esses profissionais vão se profissionalizando e se apropriando do discurso biomédico, acabem perdendo a característica de tradutores, pois

passam a desconsiderar a cultura local e o saber popular ao passo que deixam de se identificar com essa população, o que representaria uma perda da sua característica primordial, que é justamente a capacidade de mediar ambos os discursos.

Por outro lado, é possível olhar para essa questão de outro modo. A função de tradução foi pesquisada por Chase (2021) por meio do acompanhamento de conselheiros do Nepal que oferecem suporte emocional à população. A autora entende a tradução não apenas como um processo que busca transmitir significado passivamente a pessoas em diferentes mundos sociolinguísticos, mas que também visa obter seu apoio e cooperação. Nesse sentido, a cooperação é mais importante que o consenso. Isso quer dizer que a tradução e a mediação podem ocorrer apesar das diferenças de contexto social entre os interlocutores. É possível que haja tradução, ainda que não exista consenso.

Assim como os conselheiros, os ACS não são meros transportadores passivos de significados, mas podem transformar criativamente os significados que traduzem. Deste modo, talvez a profissionalização dos ACS não resulte em uma perda da capacidade de tradução-mediação, porém é imperativo que se desenvolva um olhar diferente para esse processo. Acredita-se que ele precisa incluir, essencialmente, a necessidade de reconhecer esses atores em suas diferenças para, então, se pensar que tradução é possível a partir disso.

Outro ponto que vale destacar a partir das entrevistas diz respeito à mudança no papel social do agente comunitário quando assume essa função. Ele passa a ter um “lugar” de trabalhador da Saúde, atribuído pelos moradores do território, que, muitas vezes, parece ter um peso maior do que o “lugar” de morador da comunidade, de modo que isso afeta a vida pessoal destes profissionais.

Nunes et al (2002) perceberam que os agentes passam a ter um prestígio social diferenciado quando assumem essa função. Pelo fato de terem acesso a outros profissionais e informações, isso cria nos moradores uma maior confiança quanto à possibilidade de resolução dos seus problemas. Ressaltam que “a entrada no mundo familiar traz consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos” (p. 1644).

Segundo alguns entrevistados, os usuários/vizinhos têm dificuldade de enxergar os ACS enquanto moradores da comunidade e começam a percebê-los apenas como trabalhadores da Saúde, algo que gera incômodo em alguns deles, como é possível notar nos exemplos abaixo:

“É desafiador (ri). Às vezes é difícil, porque, ao mesmo tempo que eles veem a gente como parte deles, às vezes parece que eles veem a gente mais como

funcionária da clínica do que como vizinho, ou pessoas próximas. Às vezes a única coisa que eles conseguem falar pra gente é que deseja consulta, ou despejar todos os problemas em cima da gente. Mas... é isso.” (ACS8)

“Agora pra mim tá bem tranquilo, mas eu trabalhei numa equipe que era muito próxima à minha casa, aí depois do meu expediente, sábado, domingo, era o tempo todo querendo saber informações da clínica e tal... é muito complicado. Hoje eu não vivencio isso, porque a minha área é bem distante, (...), é muito ruim, porque a população não sabe distinguir quando estou trabalhando e quando não estou. Eu sou sempre a agente de saúde, eu não sou a R., sabe? Aí é ruim.” (ACS9)

Apesar do mal-estar causado pela dificuldade de os usuários perceberem o limite da atuação do ACS, os próprios profissionais conseguem elencar estratégias para lidar com essa convivência que pode ser invasiva. Ficar responsável por uma microárea diferente de onde mora foi a principal estratégia apontada por eles, assim como manter uma certa resiliência diante dessas situações.

“Mas assim, hoje em dia eu já consigo lidar um pouco mais com isso, eu já conversei mais com as pessoas “olha, eu não tô no meu momento de trabalho” e tal. Às vezes elas entendem, às vezes não, mas depois tudo se acerta, elas acabam compreendendo.” (ACS1)

“(...) eu não esquento mais a cabeça. Também aprendi a lidar com muita gente boa. Com muita gente que me trata muito bem. E eu tento levar pra mim essas coisas boas e esquecer as críticas.” (ACS7)

“A minha área é distante, ela fica fora do território, fora da comunidade. (...). Não acontece deles baterem na minha porta, igual acontece com as meninas, (...). Então eu consigo lidar muito bem.” (ACS3)

Ao assumir a função de ACS, essas pessoas passam a ocupar dois papéis sociais simultaneamente: o papel de morador da comunidade, usuário do serviço de saúde, e o papel de trabalhador da Saúde, detentor de um conhecimento que os outros moradores do território não possuem. Pelo fato de o ACS ser um membro da comunidade, isso torna a fronteira entre ele e os outros moradores mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos e definindo posições e papéis particulares (NUNES et al., 2002).

Foi possível perceber uma ambivalência dos ACS em relação à proximidade com os usuários. Na medida em que se lamentam por não conseguirem realizar as visitas domiciliares e as atividades externas, em virtude da sobrecarga pela redução de profissionais e pela pandemia, a relação com os usuários é indicada por eles como algo “estressante”,

“complicado” e “desafiador”. Ou seja, apesar de reconhecerem que essa relação é fonte de algum sofrimento, entendem que é algo intrínseco à sua função e buscam recursos para lidar com essa dificuldade.

4.2 Expressões do sofrimento emocional

Os profissionais entrevistados expressaram sofrimento emocional de formas diversas. O termo “sofrimento”, utilizado nas perguntas do roteiro de entrevista, foi escolhido por ser considerado de uso comum e não fazer referência a uma categoria nosológica específica. Durante as entrevistas, foi possível perceber que os profissionais associaram o termo “sofrimento” a sentimentos como tristeza, angústia, mágoa e questões como problemas pessoais, incômodo, sobrecarga, esgotamento, depressão, ansiedade e dores no corpo.

No momento em que as entrevistas foram realizadas, muitos informaram que não estavam vivenciando nenhum tipo de sofrimento emocional, no entanto, alguns destes referiram sofrer de ansiedade ou estresse. Isto pode indicar uma maior familiaridade com os termos “ansiedade” e “estresse”. Sumnerfield (1999) chama atenção para o fato de que alguns termos como trauma e estresse se tornaram de uso comum pelo público em geral e são, muitas vezes, usados metaforicamente.

Uma das características da cultura ocidental, principalmente a partir da década de 1950, é a forma como a medicina e a psicologia substituíram a religião como fonte de explicações para as adversidades da vida e do vocabulário da angústia. Essas novas formas de compreensão se tornaram parte de crenças compartilhadas pela cultura ocidental contemporânea e, assim, passam a ser experimentadas como naturais (SUMNERFIELD, 1999).

Acredita-se que, pelo fato de os agentes comunitários conviverem de forma muito próxima com médicos e enfermeiros, houve uma certa apropriação desses termos biomédicos de uso mais comum para se referirem ao sofrimento emocional. Do mesmo modo em que os termos indicam a presença de algum mal-estar, não parecem estar associados a algo patológico. Na maioria dos casos, os entrevistados associam essas questões a algo natural

decorrente do processo de trabalho, ou a uma característica pessoal ou traço de personalidade, como pode ser percebido nos exemplos abaixo:

“Acho que minha questão é mais ansiedade. Não sei se o trabalho aqui piorou minha ansiedade. Porque eu sou muito ansiosa, tipo muito ansiosa mesmo. Quando eu tenho algum tipo de projeto eu não durmo, não como direito, porque eu sou muito ansiosa e muito controladora. (...). Eu acho que é meio que um distúrbio, porque não é normal (ri). E trabalhar aqui piorou a ansiedade.” (ACS3)

“Eu acho... eu me considero uma pessoa muito ansiosa, sabe. E às vezes eu acho que perco um pouco o controle, mas acho que... tô bem.” (ACS8)

Quando a ACS 3 menciona que pode ter um distúrbio, ao mesmo tempo em que reconhece que possui uma ansiedade que “não é normal”, parece usar o termo um pouco esvaziado de sentido, pois há uma tentativa de minimizar o sofrimento. Ao dizer “acho que minha questão é mais ansiedade” para explicar que não apresenta nenhum tipo de sofrimento no momento, demonstra uma certa contradição por não reconhecer a ansiedade como uma forma de sofrimento.

É possível traçar um paralelo entre essas formas variadas de expressar o sofrimento e o conceito de *idioms of distress* (idiomas de sofrimento⁹). Trata-se de formas culturalmente construídas de expressar e lidar com o sofrimento emocional, podendo estar relacionadas a estados psicopatológicos ou não (NICTER, 2010). Segundo Kidron e Kirmayer (2018), essas formas de expressar o sofrimento podem incluir desde preocupações leves e conflitos interpessoais até sintomas incapacitantes.

Nichter (2010) pesquisou particularmente as dimensões culturais da experiência de adoecimento. O autor considera que os idiomas de sofrimento seriam formas eficazes e não estigmatizadas de comunicar o sofrimento. As expressões de sofrimento “comunicam estados experienciais que se encontram em uma trajetória que vai do meio estressante ao sofrimento profundo” (p. 405). Deste modo, podem indicar tanto tendências pessoais a expressões específicas de sofrimento, mudanças em contextos locais, insatisfação social, insegurança e violência estrutural, pois o campo onde essas expressões ocorrem é dinâmico e sujeito a muitos fatores (NICTER, 2010).

As pesquisas sobre idiomas do sofrimento, em geral, investigam as formas de expressão do sofrimento de grupos específicos que vivenciam situações de violência,

⁹ Tradução própria.

vulnerabilidade e traumas. Neste sentido, estas formas de expressão também podem representar um tipo de protesto simbólico, em contextos sociopolíticos onde isso ameaça tanto os que sofrem violência estrutural, quanto os que estão em posições de poder (NICTER, 2010).

Kirmayer e Young (1998), ao investigar idiomas de sofrimento referentes à somatização, percebem através da análise do contexto social onde se dão as narrativas de sofrimento, como os sintomas podem ser usados para suavizar condições dentro das restrições das estruturas existentes ou, até mesmo, para desafiar essas estruturas. Pois, apesar das emoções estarem associadas a processos fisiológicos e psicológicos, também são construções sociais.

Deste modo, as expressões de sofrimento refletem não só o presente, mas também as experiências vividas previamente e o contexto social. Apesar da grande diversidade de idiomas de sofrimento, eles possuem alguns pontos em comum: “comunicam uma ampla gama de preocupações pessoais e sociais, que podem, ou não, estar relacionadas a sofrimento individual ou transtorno mental” (PEDERSEN et al., 2010, p. 281).

No caso dos ACS entrevistados, os termos “ansiedade” e “estresse” foram usados com mais frequência para expressar esse sofrimento emocional decorrente das condições de trabalho. Algumas questões são inerentes à natureza do trabalho, como a relação próxima com os usuários, mas outras derivam da falta de investimento e precarização da APS no município do Rio de Janeiro no período estudado, como veremos no próximo tópico.

Apesar de identificarem o sofrimento emocional, os ACS entrevistados também apontam uma dificuldade em procurar atendimento psicológico, mesmo em momentos em que o sofrimento se tornou mais intenso. De modo geral, tendem a minimizar o quadro ou considerar a situação como algo passageiro. Alguns também sinalizaram que dão prioridade para os usuários, por conta da disponibilidade limitada da psicóloga da clínica. Nenhum deles afirmou sentir algum incômodo pelo fato de a psicóloga trabalhar no mesmo local que eles.

Essa dificuldade em buscar ajuda de um profissional da área de saúde mental pode ter relação com alguns fatores, tais como: percepção de que o estresse decorrente do trabalho é algo natural, portanto, não seria necessário buscar um suporte especializado; uma certa resiliência desses profissionais para suportar adversidades e encontrar recursos próprios para lidar com elas; e a mudança no lugar social do ACS, que passa a ser percebido pelos usuários como um trabalhador da Saúde e não mais um morador do território.

Neste último caso, é possível que o profissional não se autorize a procurar o atendimento da psicóloga, uma vez que o usuário “precisa mais do que ele”, como pode ser percebido em um dos recortes de entrevista que segue abaixo:

“Não... Acho que eu sou bem saudável mentalmente, um pouco, às vezes. Eu sou... é, não cheguei a procurar, mas já pensei em procurar diversas vezes.” (ACS3)

“Então por isso que eu tava até querendo marcar também psicólogo pra mim. (...) então... eu já procurei ajuda, mas eu acho que preciso procurar um profissional ainda. (...). Eu acho que... acabo fazendo uma coisa e outra e... passa, sabe, despercebido assim.” (ACS7)

“Tinha, mas a gente voltava... até tinha uns ACS que conseguiram marcar consulta, conversar com ela [psicóloga do NASF]. Eu nunca procurei porque os cadastrados sempre tinha aquela ânsia, aí eu sempre deixei a vaga pra eles... aí fui deixando.” (ACS3)

Apesar de não ser uma possibilidade, ou uma necessidade, para a maioria dos entrevistados, no período em que a clínica contou com equipe NASF, alguns ACS conseguiram buscar atendimento psicológico com a profissional que atuava lá.

“E aí eu comecei a fazer terapia com a psicóloga daqui, e eu fiz durante um bom tempo, durante toda a estada dela aqui na clínica eu fiz tratamento com ela. E eu senti que eu tava conseguindo melhorar essas questões” (ACS1).

“Ah, eu achei bem tranquilo, porque a consulta com ela ficava... tava dentro do consultório e ficava lá, não saía, então, pela ética, não via problema. Eu achei até mais fácil pela questão de acesso, né, foi até melhor.” (ACS9)

“Tinha uma psicóloga aqui no começo, aí eu comecei a fazer com ela, mas ela saiu. Acho que ela foi demitida, acho que ela nem pediu pra sair. Na época que teve... que saiu a Viva Rio pra entrar a Rio Saúde, ela foi demitida, mas eu já fiz com ela.” (ACS2)

A partir do relato dos profissionais, foi possível perceber que é mais comum buscarem suporte emocional com profissionais da mesma equipe (médicos, enfermeiros, ou outros ACS), com os quais possuem algum vínculo. Isso ocorre tanto pela indisponibilidade de um profissional de saúde mental, quanto pelo entendimento de que o sofrimento pelo qual passavam não era tão intenso a ponto de justificar um atendimento clínico.

Porém, acredita-se que esse recurso também é utilizado pela ausência de outros espaços formais de cuidado voltados para esses profissionais, o que seria desejável, já que o sofrimento que apresentam decorre das condições de trabalho. A individualização do

sofrimento nesse caso, por meio da procura por atendimento psicológico, pode representar uma estratégia de cuidado que limita o questionamento das estruturas que produzem o sofrimento.

Kim et al. (2019) destacam que os idiomas de sofrimento revelam normas, valores e práticas culturalmente localizados que informam não apenas experiências com angústia, mas também métodos e padrões de procura de cuidados e cura. Nesse sentido, conversar com outras pessoas sobre experiências estressantes é um modo de procurar cuidado e constitui uma importante forma de apoio social que parece estar ligada ao processo de aceitação. É possível que, por perceberem o sofrimento como algo decorrente do trabalho – e não uma questão patológica –, os ACS sintam-se mais confortáveis em compartilhar os problemas com colegas de trabalho, que vivenciam situações parecidas.

“Então essa irmandade, essa cumplicidade de agente de saúde, fez com que não tivesse a necessidade de um profissional técnico que me escutasse.”
(ACS5)

“Atualmente, dentro da clínica, tenho algumas pessoas que troco na verdade algumas informações, (...), mas assim, diretamente com psicólogo não.”
(ACS6)

“Ah, não, eu sempre conversei muito com a enfermeira da minha equipe. A gente criou um laço muito legal de amizade e o antigo médico também, a gente tinha esses momentos assim nas reuniões de equipe, de meio que desabafo, né, depois da reunião a gente tinha esse costume de fazer meio que um grupinho de conversa mesmo. E aí a gente chegava a conversar e era bem legal, há muito tempo que isso não acontece, mas era muito legal.” (ACS8)

Kirmayer e Young (1998) pontuam que as diferenças entre grupos podem refletir estilos culturais de expressar o sofrimento. Estes são influenciados não apenas por práticas e crenças culturais, mas também pela familiaridade com os sistemas de saúde e caminhos para buscar o cuidado. Existem formas variadas de expressar o sofrimento. Segundo Nichter (1981), “modos de expressão são culturalmente constituídos no sentido de que desencadeiam tipos particulares de interação e estão associados a valores, normas, temas e preocupações com a saúde” (p. 379).

Os idiomas de sofrimento não constituem expressões que existem isoladamente, mas estão vinculadas a tipos de interações culturais que fazem sentido no contexto social (NICTER, 2010). Deste modo, para os ACS entrevistados, os termos que fazem referência ao sofrimento emocional são, de modo geral, “ansiedade” e “estresse”. No entanto, para estes

profissionais estes termos não estão vinculados a categorias nosológicas, mas decorrem de processos inerentes à função que exercem.

Alguns autores apontam para o cuidado que se deve ter ao categorizar os idiomas do sofrimento, pois, ao fazer isto corre-se o risco de patologizar a experiência vivida. Ao utilizar “idiomas de sofrimento como potenciais indicadores de patologia, corre-se o risco de traduzir modos não clínicos de comunicação e reclamação em patologia clínica” (KIDRON; KIRMAYER, 2018, p. 213). Ressaltam ainda que buscar a patogênese por meio dessas expressões de sofrimento, focando no indivíduo e em tratamentos individualizados, pode desviar a atenção do sofrimento socioeconômico que afeta essas pessoas e despolitizar a violência estrutural a que são submetidas.

Summerfield (1999) considera que a medicalização do sofrimento implica em uma falta de identificação entre o indivíduo e o mundo social, e uma tendência a transformar o social em biológico. Pedersen et al. (2010) destacam que os idiomas de sofrimento são expressões “polissêmicas e multivocais” relacionadas às histórias de vida individuais, por um lado, e ao contexto social mais amplo, por outro (p. 294). Neste sentido, podem fornecer uma melhor compreensão de como as pessoas atribuem significado às adversidades e experiências estressantes e, assim, possibilitam distinguir reações normais de patológicas.

Para a população que foi objeto de estudo de Kidron e Kirmayer (2018), os idiomas de sofrimento apontaram para uma trajetória adaptativa do sofrimento associada a eventos vividos previamente. Deste modo, podem significar “resolução e autocura, em vez de sofrimento contínuo” (p. 229). Nichter (1998) também identifica uma função adaptativa em vários idiomas de sofrimento e conclui que determinados modos de expressar o sofrimento podem ser “uma tentativa de resolver uma situação patológica de uma forma culturalmente significativa” (p. 402).

Em contraponto, Lewis-Fernandez et al. (2010), ao pesquisar idiomas de sofrimento ligados ao “*ataque de nervios*”, constataram que há uma ligação entre a presença de idiomas e a severidade e persistência de traumas. Embora não tenha sido possível fazer uma associação entre os idiomas investigados e transtornos mentais, os autores concluíram que os idiomas de sofrimento acrescentam informações, apontando para fontes adicionais de morbidade e até mesmo mecanismos psicológicos que fundamentam e ajudam a moldar a apresentação clínica.

No caso abaixo, a entrevistada se refere a um outro aspecto do sofrimento emocional, que diz respeito à somatização. Ela reconhece que apresenta um sofrimento, que se manifesta através de dores no corpo, porém tenta lançar mão de alguns recursos (distrações) para lidar com ele:

“Eu, por exemplo, às vezes, eu chego em casa com muita dor de cabeça, com... sentindo dores no corpo, e eu procuro, da minha maneira, assim, tentar me distrair, sabe? (...). Não é porque eu faço essas coisas que eu também não sofro, porque eu sofro. Eu sinto dores, eu fico com dor de cabeça, mas eu tento não focar só no sofrimento.” (ACS7)

Sintomas somáticos são altamente correlacionados com sofrimento emocional. A somatização é comum em todos os grupos culturais e sociedades e, principalmente, no cenário da atenção primária. Os processos sociais e culturais que contribuem para modos somáticos de expressar o sofrimento podem ser entendidos como modos de discurso ou linguagens de sofrimento (KIRMAYER; YOUNG, 1998).

Nichter (1981), ao investigar alguns sintomas somáticos culturalmente importantes na Índia, ressalta que estes sintomas manifestam uma variedade de problemas psicossociais. Além disso, estão associados a complexos significados culturais e pessoais que são multidimensionais. Isso quer dizer que a narrativa de alguém sobre seus sintomas, ou mesmo a forma de apresentar esses sintomas, pode incluir uma dimensão subjacente que liga seu sofrimento físico não só a emoções não expressas, mas a problemas sociais.

Kirmayer e Young (1998) destacam que a noção de idiomas de sofrimento pode ser enganosa, na medida em que tais “idiomas” são considerados “altamente estruturados e maneiras inteiramente convencionais de expressar sofrimento” (p. 424). Na verdade, os significados expressos por esses idiomas são fragmentados e, muitas vezes, contraditórios.

Deste modo, os idiomas de sofrimento, isoladamente, não podem ser indicativos de uma patologia ou apontar para diagnósticos específicos. Eles fazem parte da dinâmica emocional, ajudam a elaborar o significado da experiência e alteram a trajetória do sofrimento. Kidron e Kirmayer (2018) alertam para o risco de integrar expressões culturais em modelos de saúde e intervenções, pois isto pode resultar em categorias de diagnóstico e tratamento que confundem o sofrimento normal com uma patologia.

4.3 Impacto das condições de trabalho na saúde

Os entrevistados apontaram alguns fatores que interferem negativamente tanto na saúde física quanto na saúde mental. Indicam problemas estruturais e de falta de recursos como potencialmente adoecedores. Percebem como a precarização da APS tem afetado tanto a saúde física, quanto psicológica.

“O trabalho influencia na saúde, principalmente na saúde psicológica, porque na verdade, assim, o agente de saúde ele é o para-raios, cara. Tá, e o trabalho mais estressante do agente de saúde é ficar no acolhimento. (...). Estar naquele acolhimento, um calor desgraçado, ainda não bateu verão não, mas quando bater verão ali, um calor insuportável. (...). Às vezes você se irrita com o colega, às vezes fica muito sensível, muito sensível mesmo. E isso implica muito, entendeu? (...). E aí esse tipo de trabalho realmente é o trabalho, eu falo pra você, é o trabalho mais estressante do agente de saúde.” (ACS5)

“Faltaria um pouco mais de estrutura. Por exemplo, dentro da unidade, levamos alguns meses com ar-condicionado quebrado, sem ar-condicionado no nosso guichê pra tá atendendo a população, sem água, e aí isso tudo vai dificultando, né, o início do trabalho, o andamento até o final, e aí é algo também que precisaria ser revisto. Tanto pra gente ficar bem, quanto pros usuários.” (ACS6)

“Esse período de pandemia, então, piorou tudo, porque a gente tá trabalhando numa escala muito reduzida, muito pouca gente. Eu entrava aqui e pegava três acolhimentos por semana, ia pra área, resolvia algumas burocracias... Agora eu fico aqui de 7h às 17h no acolhimento, olhando pras pessoas.” (ACS3)

“Tipo assim, parece que a cada ano só piora. Entendeu? Cada ano só piora. Acho que já tem uns 3 anos que só tem piorado. Não tem melhorado em nada. Em nada, em nada. Tem uns 3 anos que só tá caindo, caindo, tipo... totalmente. (...). E não tá nem fazendo o que as pessoas precisam, porque a cada dia que passa tá pior do que... é falta de medicamento, é falta de gaze, falta de material, falta de água, falta de sabão, falta de papel pra imprimir as receitas. Então cada dia tá pior.” (ACS4)

A sobrecarga gerada pelas mudanças recentes ocasionadas pela reorganização da APS, assim como as mudanças provocadas pela pandemia de COVID-19, também são apontadas como fatores que fragilizam a saúde mental destes profissionais. Os principais termos utilizados por eles para expressar o sofrimento causado por essa situação foram “sobrecarga” e “pressão”.

“Então, a gente na verdade ficou um pouco mais sobrecarregado. Eu me senti mais sobrecarregada e o trabalho também se tornou mais, né, a gente teve que... a gente não pôde deixar de acolher os cadastrados, então a gente aumentou o número de cadastrados pra cada equipe, pra cada ACS, então realmente assim, teve um... eu não sei o termo correto, mas realmente a gente ficou um pouco mais atolado nessa questão de ter mais coisas pra gente fazer, e mais gente pra gente acompanhar. Realmente foi essa questão de sobrecarga mesmo” (ACS1).

“Afetou, porque tínhamos 5 numa equipe e diminuiu pra 4, e uma equipe ainda acabou. Então, numa equipe que tinham 2.000 cadastrados aumentou pra 4 mil e pouquinho. E um ACS... eu tinha 660, se não me engano, cadastrados quando eu entrei. Agora eu tenho 1200, tipo, quase dobrou. Então afeta, porque cadastrados... que eu mudei um pouquinho de território também, então cadastrados que eu conhecia quase todo mundo, eu não vou chegar a conhecer todo mundo nunca, porque 1.200 pessoas é muita gente. Fora o pessoal de endereço que se muda, volta, se muda, volta. Aí não dá, foge um pouquinho da nossa alçada, né, fica muita coisa pra gente.” (ACS3)

“Às vezes tem muita coisa pra fazer e antes quando você acompanhava... tipo, antes eu tinha 50 diabéticos e 100 hipertensos, agora o número praticamente duplicou, porque o meu território tem muito idoso, então tem muito hipertenso e muito diabético. E às vezes... a gente acompanha mais essas pessoas, né, então às vezes não dá pra dar tanta conta e tem que correr muito e a gente fica um pouco... pressionado, sabe? Tudo ao mesmo tempo. Aí eu acho que afeta dessa forma.” (ACS8)

A preocupação com os aspectos financeiros e econômicos, relacionados à incerteza de manter ou não o emprego, foi algo que apareceu constantemente na fala dos ACS entrevistados. As mudanças ocasionadas pela mudança de contrato realizada no início de 2020 geraram insegurança, medo e angústia nos profissionais.

“Uma vez que veio chegando a informação de que a gente seria demitido, de que existia a possibilidade da gente ser demitido e nessa demissão não receber o salário, e tal... E assim, num dado momento realmente você sente a necessidade de você se expressar, se expor pra alguém que possa de uma certa forma te orientar, te ajudar a de repente no meio daquele caos todo a você pensar positivo (...).” (ACS6)

“Mas esses sofrimentos a gente já passou por isso, principalmente nessas transições de... agora, né, no final do ano passado, que isso aí foi o maior dos estresses pra todos nós, né. A indecisão da continuidade do serviço e a indecisão de ganhar o pão nosso de cada dia. E também o sofrimento porque não tá fazendo um serviço como deveria fazer, ou pelo menos a base do serviço pra quem realmente precisa. Isso pode ter certeza que foi o grande ápice de todos nós. Quem não era hipertenso, virou hipertenso. Olha eu aí (ri). Estresse, né.” (ACS5)

“Não, naquele momento que a gente tava, acho que foi finalzinho de novembro, pra início de fevereiro, realmente, eu senti muito, porque a gente tava aí no movimento de greve, é... e assim, a gente não esperava, né, que fosse mudar de empresa assim antes do contrato terminar, então a gente ficou um pouco assim naquela incerteza, né, de será que o trabalho vai continuar, será que não vai.” (ACS1)

“Eu, como te falei, por eu precisar de trabalhar, eu fico com medo constante de que reduza mais um pouco, de que o corte chegue até mim...” (ACS7)

Essas falas apontam para a violência estrutural e o sofrimento social ao qual esses profissionais estão submetidos. Apesar de terem um lugar de aparente privilégio frente à população, pelo acesso facilitado a informações e profissionais de saúde, enfrentam as mesmas condições de vulnerabilidade que os moradores da comunidade, além da desvalorização e precarização do seu trabalho.

Os participantes da pesquisa também demonstraram preocupação com a qualidade e a efetividade da atenção oferecida na APS após o processo de reorganização realizado pela SMS-Rio, culminando na demissão de profissionais e redução do número de equipes. Essa perda de recursos é percebida como danosa tanto para os profissionais que atuam na ESF, como para a população que acessa o serviço, como pode ser observado nos recortes apresentados abaixo:

“E isso vai causando um sofrimento sim, porque hoje eu tenho um plano de saúde, mas já teve época de eu não ter, e precisei muito da saúde pública, e ainda preciso, que algumas coisas ainda faço aqui. (...) Então, é um serviço essencial, cara, e tá... não sei se tá acabando, mas a gente vai sentindo que vai diminuindo. Afeta bastante sim” (ACS2).

“Então, essas políticas na verdade que foram construídas, são políticas... (...) são políticas realmente geradoras de morte, são políticas realmente desumanas, entendeu? Porque quanto mais qualidade de vida você puder dar

pro cidadão, melhor, e essa qualidade de vida ela foi tirada através da saúde. Quando você reduz equipe, você reduz, você sobrecarrega quem tá, então se tava ruim trabalhar com 300, imagina só trabalhar com 600? Hoje, se botar assim na pauta, assim, em termos de território, eu tô fazendo área de três agentes de saúde. Assim, na prática, de três agentes de saúde. (...) Então isso impacta diretamente no nosso trabalho, e até mesmo na nossa saúde psicológica, a falta de estrutura que a gente tem.” (ACS5)

As falas dos agentes comunitários apresentadas acima demonstram que eles parecem ter consciência de como a precarização do serviço de saúde representa uma violência, pois prejudica a saúde dos profissionais e a saúde da população, na medida em que aumenta dificuldade de acesso dos usuários. O sofrimento gerado por essa situação não decorre de uma dificuldade individual do ACS, mas de uma estrutura social que é organizada para produzir doença, através das inequidades e das relações desiguais de poder.

De modo geral, os profissionais também demonstram uma certa resiliência com o contexto vivenciado, buscando se adaptar às mudanças que aconteceram. O suporte social de colegas e familiares demonstrou ser um recurso privilegiado utilizado por eles para lidar com as adversidades. Essa adaptação/aceitação não parece advir apenas da característica pessoal de cada um, mas da necessidade de continuar trabalhando, mesmo em condições adversas.

“Eu aceitei os fatos. Eu entendi que não tinha realmente como mudar. Foi uma questão de, ou era isso ou talvez a gente acabasse perdendo todo o serviço, né, a gente realmente, é... teve que mudar. Então, assim, eu tento dar o meu melhor, sempre, e tentar acompanhar o máximo de pessoas e ajudar o máximo de pessoas pra estar executando meu serviço.” (ACS1).

“(...). Eu preciso ir pra rua, mas a condição hoje de pandemia, a condição de trabalho, não te deixa ir pra rua, então é aceitar, pra não doer mais do que não aceitar, e buscar um dia atrás do outro, viver um dia hoje, viver outro amanhã, porque senão... a galera surta, de verdade, não é brincadeira. A galera surta e a gente também que tá junto, a gente surta também.” (ACS5)

“É aquela questão, independente do momento, a gente precisa sobreviver de uma forma digna e tal, e a gente tem que procurar se adaptar, e no meio da turbulência, de uma certa forma, a gente tem que dar o resultado final do nosso trabalho, daquilo que a gente tá sendo proposto pra fazer, a receber. E a gente tem que se adaptar da melhor forma possível.” (ACS6)

Pussetti e Brazzabeni (2011) lembram como a violência estrutural restringe a capacidade de escolha de determinados indivíduos ou grupos sociais. A configuração social limita a capacidade e a liberdade de escolha dessas pessoas. Dessa limitação da capacidade de ação dos sujeitos, decorre o sofrimento social.

Deste modo, o que parece ser uma característica de resiliência identificada na fala dos agentes entrevistados, pode representar, na verdade, a única escolha possível no contexto vivenciado por eles. Como destacam Kim et al. (2019), “as fontes de resiliência foram aprendidas, transmitidas de geração em geração como prática cultural e sobrevivência incorporada” (p. 739).

O conceito de resiliência, inicialmente, despertou o interesse de psicólogos e psiquiatras, que focaram em pesquisar características individuais que moldam a habilidade de lidar com adversidades apesar de viverem em situações sociais vulneráveis. Kim et al. (2019) argumentam que as mesmas situações adversas “interpessoais, sociais, políticas, econômicas e espirituais” que provocam os idiomas de sofrimento também podem evocar uma gama complementar de respostas que, muitas vezes foram negligenciadas, na tentativa de compreender o sofrimento social (p. 721).

Os autores propõem uma ampliação da estrutura de idiomas de sofrimento para “explorar as formas culturalmente significativas de experimentar e expressar a resiliência em um determinado contexto cultural” (KIM et al., 2019, p. 722). Deste modo, buscam compreender as dinâmicas socioculturais que moldam e promovem saúde e bem-estar e as expressões que refletem essas experiências.

Segundo Kim et al (2019), os idiomas de resiliência podem ser definidos como “meios socialmente significativos e culturalmente ressonantes de experimentar e expressar adaptação positiva e bem-estar em meio a adversidade” (p. 724). Essa adaptação é alcançada com base em experiências pessoais, culturais, sociais, recursos políticos e econômicos.

Os idiomas de resiliência destacam os processos culturalmente relevantes que os indivíduos usam para lidar com as complexidades que enfrentam em suas vidas. Significativamente, as análises culturais de resiliência retificam como reações aparentemente negativas à adversidade podem, de fato, ser processos de resiliência em jogo (MENDENHAL; KIM, 2021).

Assim como os idiomas de sofrimento, segundo Mendenhal e Kim (2021), a resiliência também é um fenômeno de vários domínios e pode se manifestar por meio de uma ampla variedade de expressões culturais por meio da linguagem e do comportamento. O ponto em comum que percorre diferentes conceituações e operacionalizações da resiliência é o

processo de adaptação positiva a um único problema ou a condições adversas persistentes. No entanto, a formação de processos de construção de significado que estruturam a resiliência é específica dos sistemas culturais de onde emergem expressões de resiliência. Deste modo, o que promove resiliência para um indivíduo ou grupo não pode ser aplicado diretamente a outro.

Mendenhal e Kim (2021), em sua pesquisa sobre a resiliência em pessoas com câncer, ressaltam que os idiomas de resiliência também podem enriquecer a prática clínica transcultural e os esforços de promoção de saúde por meio da identificação de recursos culturalmente relevantes que estruturam e reforçam a cura e a recuperação, mas podem não ser perceptíveis ao observador clínico. Nesse sentido, eles podem organizar certas perspectivas de práticas de saúde ou doença que são compreendidas individual e culturalmente para promover a cura e bem-estar, mas são contraditórias aos modelos biomédicos de doença (p. 163).

O idioma da aceitação, apresentado por Kim et al. (2019) como um dos idiomas de resiliência, permite que as pessoas desviem a atenção dos seus problemas sociais ou médicos para se concentrarem em outras questões. Os autores constataram que essa capacidade de aceitação está associada a situações desafiadoras e traumáticas. O suporte social tem papel importante na habilidade de “segurar” o estresse e “deixar ir” as preocupações.

A aceitação é um processo de resiliência que é necessariamente moldado pelos fatores coletivos e relacionais que produzem resiliência, apesar do sofrimento social intenso. A experiência de aceitar o próprio “destino”, geralmente em relação a um diagnóstico de doença, lesão ou estresse social, facilitou a maneira de lidar com essas adversidade, segundo observado por Mendenhal e Kim (2021).

O idioma da aceitação transmite um processo cognitivo enraizado nas ideias do coletivo sobre colocar a comunidade social e religiosa acima do eu. A existência e o impacto do apoio social de membros da família, amigos e membros da igreja facilita a capacidade das pessoas de lidar com as preocupações e, eventualmente, aceitar a sua circunstância. Em resumo, como as pessoas pensam sobre sofrimento e resiliência, e o que diferencia ambos os conceitos de um lugar para o outro, é culturalmente construído e socialmente reproduzido (MENDENHAL; KIM, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reorganização da Atenção Primária à Saúde, realizada no município do Rio de Janeiro no período dentre 2018 e 2020, deu-se no bojo de mudanças mais amplas que ocorreram a nível nacional com a alteração da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017. Essas mudanças foram possibilitadas por um contexto político de corte de investimentos na saúde pública, dentre outros setores.

No município do Rio, a flexibilização possibilitada pela PNAB 2017 traduziu-se como demissão de profissionais e redução no número de equipes de Saúde da Família (eqSF) e equipes de Saúde Bucal (eqSB). Apesar da justificativa de “otimização de recursos” e dos critérios “técnicos” utilizados pela Secretaria de Municipal Saúde na construção do processo de reorganização, ele foi duramente criticado por estudiosos da área e apontado como uma tentativa de desmonte da atenção primária no município.

Todo esse processo teve impactos na assistência e fragilizou os profissionais. Os agentes comunitários de saúde (ACS), que constituem uma categoria fundamental para a efetividade da atenção prestada na Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo seu poder de capilarizar o sistema de saúde, são a categoria mais numerosa, mas também a mais vulnerável. Sua posição híbrida, enquanto moradores da comunidade e trabalhadores da saúde, ao mesmo tempo em que constitui um diferencial para a construção de vínculo com os usuários, representa sua vulnerabilidade, pois estão submetidos aos mesmos problemas sociais e econômicos que boa parte dos usuários que atendem.

Diante do exposto, o objetivo dessa pesquisa foi investigar como o processo de reorganização da APS impactou na saúde mental dos agentes comunitários. Como objetivos específicos, buscou-se compreender qual sentido os ACS dão ao seu sofrimento e se o associam com uma questão de saúde mental, se entendem o local de trabalho também como uma referência de cuidado, e como percebem os impactos do processo de reestruturação da APS em sua saúde mental. A hipótese inicial é a de que os ACS perceberiam os impactos em sua saúde mental e fariam a associação do sofrimento emocional com o processo em questão.

Para a pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 9 agentes comunitários atuantes em uma clínica da família na zona norte do Rio de Janeiro. As entrevistas foram realizadas presencialmente, na própria clínica da família. Todas as entrevistas foram realizadas no mesmo dia, em sequência.

É interessante destacar um ponto sobre o perfil dos agentes entrevistados no que diz respeito ao nível de escolaridade. Dos ACS entrevistados, a maioria estava cursando ensino superior à época das entrevistas e um deles possui graduação completa, o que representa um diferencial em relação à categoria. Apesar de ser exigido nível médio de escolaridade para os agentes comunitários desde 2018, os trabalhos encontrados na revisão da literatura apontam para a baixa escolaridade desses profissionais. No entanto, é provável que esteja havendo uma mudança no perfil sociodemográfico desta categoria. Nesse sentido, faz-se necessário buscar pesquisas mais recentes que tenham investigado esse aspecto para corroborar essa hipótese.

A partir da análise do material, foram identificados sete temas que emergiram das entrevistas, porém, apenas três deles foram elencados para análise e discussão, por serem mais pertinentes aos objetivos da pesquisa, quais sejam: O “peso” do vínculo, expressões do sofrimento emocional e impacto das condições de trabalho na saúde.

Um dos pontos destacados pelos entrevistados como fonte de sofrimento foi a convivência com os usuários. Apesar do vínculo entre eles e os profissionais ser primordial quando falamos de ESF, essa relação não ocorre sem tensões e dificuldades. A posição híbrida que os ACS ocupam e o papel de mediação entre o discurso biomédico e o discurso popular são vistos por eles como “estressante”, “incômodo”, gerador de “sobrecarga” e de um sentimento de “impotência”. Isso acontece tanto devido à dificuldade de muitos usuários em perceberem os limites da atuação do agente comunitário, quanto à dificuldade do próprio ACS em lidar com as limitações do seu trabalho frente às situações de vulnerabilidade social.

O papel de mediadores/tradutores que é destacado pela literatura como uma das funções primordiais do agente comunitário aparece nas entrevistas como um processo permeado por tensões e desencontros como, por exemplo, na fala do ACS que se refere à população como “outro tipo de público”, que possui “uma cultura diferente”. É possível que esse distanciamento esteja ocorrendo como resultado da crescente profissionalização desses profissionais. Considera-se pertinente, então, fazer o questionamento sobre que tipo de tradução/mediação seria possível nesse caso, quando o ACS não se identifica com a população que atende e não se considera representante dessa cultura.

Durante as entrevistas, os agentes expressaram o sofrimento de diversas formas, apesar de usarem pouco o termo “sofrimento”. Tomou-se a liberdade de fazer essa afirmação com base no diálogo com a literatura, a partir do conceito de “*idioms of distress*”. Os termos “ansiedade” e “estresse” foram mais utilizados, dentre outros, para expressar as dificuldades inerentes à sua função. O conceito de idiomas de sofrimento foi utilizado para ilustrar como as diversas formas de expressar o sofrimento são construídas social e culturalmente e, por

isso, variam de um grupo para outro, a depender do contexto em que estão inseridos e das experiências que vivenciam.

Apesar de reconhecerem que o processo vivenciado na APS gerou um sofrimento intenso, tanto pela incerteza de manter ou não o emprego, quanto pela piora na qualidade da assistência aos usuários, os agentes entrevistados demonstraram ter recursos para lidar com ele. Seja através do suporte social, por meio de conversas com colegas de trabalho, seja buscando atendimento com a psicóloga do NASF. De modo geral, os ACS demonstraram uma grande resiliência para enfrentar essas dificuldades e consideram que, a despeito de todo o estresse vivenciado, conseguiram preservar sua saúde mental.

Esse ponto vai de encontro à discussão proposta por vários autores que estudam os idiomas de sofrimento e argumentam que essas formas de expressar o sofrimento não podem ser tomadas isoladamente como indicativo de patologia, pois, ao fazer isso, corre-se o risco de patologizar experiências de vida e desviar a atenção do sofrimento social e econômico e da violência estrutural aos quais essas pessoas estão submetidas (NICTER, 1998, 2010; KIDRON E KIRMAYER, 2018; KIM et al., 2019).

Deste modo, conclui-se que o processo de reorganização da APS realizado entre 2018 e 2020 teve impactos negativos na saúde mental dos agentes comunitários, porém acredita-se que não é possível enquadrar o sofrimento expressado por esses profissionais em uma categoria diagnóstica. Primeiro, porque considera-se que este sofrimento aponta para questões sociais e econômicas; segundo, porque os ACS demonstraram ter recursos para lidar com ele, apesar da situação de fragilidade em que se encontravam.

Como potencialidades da pesquisa, acredita-se que a articulação entre sofrimento social e saúde mental é bastante relevante, assim como a discussão sobre os idiomas de sofrimento, já que ela possibilita a inclusão das práticas socioculturais no contexto da atenção primária. Sugere-se que outras pesquisas investiguem o tema mais a fundo, pois as expressões de sofrimento manifestas por estes profissionais podem trazer conhecimentos importantes a respeito de como estão vivenciando a rotina de trabalho e podem auxiliar a construir formas de incluir a dimensão sociocultural no SUS.

REFERÊNCIAS

- AHMED, F. et al. Why inequality could spread COVID-19. *Lancet*, v. 5, n. 5, E240, Maio 01, 2020. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2)>.
- ALENCAR, O. M. *et al.* Saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde no contexto da promoção da saúde: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*, n. 59, julho de 2020.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997*. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília: MS, 1997a.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *Histórico de cobertura Saúde da Família*. Disponível em <<http://aps.saude.gov.br/>>. Acesso em: 09 de Fev. 2020.
- CASH, R.; PATEL, V. Has COVID-19 subverted global health? *Lancet*, v. 395, n. 10238, p. 1687-1688, Maio 2020. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31089-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31089-8)> Acesso em 6 Jun. 2020.
- CECÍLIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio De Janeiro, v. 34, n. 8, agosto de 2018. Disponível em: <doi: 10.1590/0102-311X00056917>
- CHASE, L. E. Psychosocialisation in Nepal - Notes on translation from the frontlines of Global Mental Health. *Medicine Anthropology Theory*, v. 8, n. 1, p.1–29, 2021.
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. *Análise da Proposta de Reestruturação da Atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde*. Relatório parcial – 1ª versão. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/45172>> Acesso em: 13 Nov de 2019.
- FAUSTO, M C R et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, pp. 12-14, Set. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s101>> Acesso em: 14 Nov. 2019.
- FARMER, P. An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, v. 45, n. 3, pp 305-325, Jun, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1086/382250>> Acesso em: 7 Fev 2020.

- FARMER, P. On suffering and structural violence: a view from below. *Daedalus*, v. 125, n1, Social Suffering, p. 261-283, 1996.
- FARMER, P. et al. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med*, v. 3, n. 10, pp 1686-1691, Out. 2006. Disponível em: <<http://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>> Acesso em: 7 Fev 2020.
- FEHN, A. et al. *Vulnerabilidade e déficit de profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19*. Nota técnica n.10. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Maio de 2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/pesquisas/vulnerabilidade-e-deficit-de-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-covid-19/>
- FLUMIAN, R B; FIORONI L N. Approaches to the issues and overcoming of community health workers's labor. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, v. 11, n.2, p. 179-198. Jan. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i2.2026>> Acesso em: 12 Nov 2019.
- FORTES, S. et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 150-156, June 2011
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M; GASKELL, G (ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, agosto de 2018. Disponível em: < doi: 10.1590/0102-311X00029818>
- GOULART, F. Atenção Primária à Saúde: conteúdos e trajetórias. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília, DF: MS, 2010.
- INSTITUTO PEREIRA PASSOS (IPP). *IDH-M: Uma análise do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal para a cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 2014. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6165511/4162028/analise_idhm_rio_v4_compur.pdf. Acesso em: 12 de Mar de 2020.
- JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos de morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, jan./mar. 2009. Acesso em 8 Maio 2020.
- KIDRON, C.; KIRMAYER, L. Global Mental Health and Idioms of Distress: The Paradox of Culture-Sensitive Pathologization of Distress in Cambodia. *Cult Med Psychiatry*, v. 43, p. 211-235, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11013-018-9612-9>>
- KIM, A. W. et al. Idioms of resilience among cancer patients in urban South Africa: An anthropological heuristic for the study of culture and resilience. *Transcultural Psychiatry*, v. 56, n. 4, p. 720-747, 2019.
- KIRMAYER, L.; YOUNG, A. Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnic Perspectives. *Psychosomatic Medicine*, v. 60, p. 420-430, 1998.

- KLEINMAN, A. Four social theories for global health. *The Lancet*, v. 375, n. 9725, p. 1518-1519, Maio 2010. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60646-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60646-0)> Acesso em 07 Fev. 2020.
- KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. Introduction. *Daedalus*, v. 125, n. 1, Social Suffering, p. 11-20, 1996.
- LAVOR, A. C. O. O agente comunitário: um novo profissional de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula; GOMES, Aluisio; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.
- LEVCOVITZ, E. et al., 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n., p. 269-291, 2001.
- LEWIS-FERNANDEZ, R. et al. Association of Trauma-Related Disorders and Dissociation with Four Idioms of Distress Among Latino Psychiatric Outpatients. *Cult Med Psychiatry*, v. 34, p. 219-243, 2010. Disponível em: <DOI 10.1007/s11013-010-9177-8>
- LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D. A. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. *Rev Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. 213-21, 2002.
- MACIAZEKI-GOMES, R. C. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc. saúde colet.*, v. 21, n. 5, Maio 2016. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>>
- MANSEAU, M. (2014). Economic Inequality and Poverty as Social Determinants of Mental Health. *Psychiatric Annals*. v. 44, n. 1. p. 32-38, Jan 2014.
- MARTINES, W.; CHAVES, E. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, Set. 2007. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300012>> Acesso em 8 Maio 2020.
- MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, v. 42, n. 1, Rio de Janeiro, set 2018.
- MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, Dez. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204593&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Jun 2020.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>>

- MENDENHAL, E.; KIM, A. W. Rethinking Idioms of Distress and Resilience in Anthropology and Global Mental Health. In: DYER, A. R.; KOHRT, B. A.; CANDILIS, P. J. (ed.). *Global Mental Health Ethics*. Springer, 2021.
- MOROSINI, M. V.; CORBO, A.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, Jul 2007. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462007000200005>>
- MOROSINI, M. V.; FONSECA, A F; LIMA, L D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>>. Acesso em 13 Nov. 2019.
- NGUYEN, V.-K.; PESCHARD, K. Anthropology, Inequality, and Disease: A Review. *Annual Review of Anthropology*, v. 32, p. 447-474, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.32.061002.093412>>
- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, Dez, 2002. Acesso em 16 Nov. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=en&nrm=iso>
- NICHTER, M. Idioms of distress: alternatives in the expression. of psychosocial distress: a case study from south India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 5, p.379-408, 1981.
- NICHTER, M. Idioms of Distress Revisited. *Cult Med Psychiatry*, v.34, p. 401-416, 2010. Disponível em: <[DOI 10.1007/s11013-010-9179-6](https://doi.org/10.1007/s11013-010-9179-6)>
- O'DWYER, G et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 12, p. 4555-4568, Dez. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204555&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de Fev. 2020.
- OGLOBO. Mais 79 médicos saem de unidades municipais para o hospital de campanha do Riocentro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/07/prefeitura-transfere-mais-medicos-de-unidades-municipais-para-hospital-de-campanha-do-riocentro.ghtml>
- ORTEGA, F; WENCESLAU, L D. Challenges for implementing a global mental health agenda in Brazil: The “silencing” of culture. *Transcultural Psychiatry*, Mar. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1363461518824433>>. Acesso em: 14 Nov. 2019.
- PARKER, R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: Monteiro, S. e Vilela, W. (orgs). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- PATEL, V. Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. *PLoS Med*, v. 10, n. 5, Maio 2013.
- PATEL, V; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulleting of the World Health Organization*, v.81, n. 8, 2003.

PEDERSON, D. *et al.* Llaki and N`akary: Idioms of Distress and Suffering Among the Highland Quechua in the Peruvian Andes. *Cult Med Psychiatry*, v. 34, p. 279-300, 2010. Disponível em: <<https://DOI.10.1007/s11013-010-9173-z>>

PERREAULT, M. *et al.* PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: reflexões críticas à luz da promoção de saúde. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 5, n. 1, p. 159-179, Jan/Jun, 2016.

PINTO, L. F. GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p.1903-1913, 2018.

PUSSETTI, C.; BRAZZABENI, M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. *Etnográfica*, vol. 15, n. 3, p. 467-478, 2011. Disponível em: <<https://DOI:10.4000/etnografica.1036>>

QUESADA, J.; HART, L. K.; BOURGOIS, P. Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. *Med Anthropol*, v. 30, n. 4, p.339-362, 2011. Disponível em: <<https://doi:10.1080/01459740.2011.576725>>

RESENDE, M. *et al.* Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2115-2122, Abr. 2011. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400011>>. Acesso em 8 Maio 2020.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. *Reorganização dos Serviços de Atenção Primária*. Rio de Janeiro: SMS, 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>>. Acesso em: 13 Nov de 2019.

ROSA, A J; BONFANTI, A L; CARVALHO, C de S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141-152, Mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>>. Acesso em: 14 Nov. 2019.

SANTOS, A C; HOPPE, A S; KRUG, S B F. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280403, 2018. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280403>> Acesso em: 13 Nov. 2019.

SILVA, A T C; MENEZES, P R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, Out. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500019>>. Acesso em: 15 Nov. 2019.

SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. C. S. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, n. 1, p. 96-109, Mar. 2011. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n1/a2100.pdf>> Acesso em: 18 Nov. 2019.

SUMMERFIELD, D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science & Medicine*, v, 48, p. 1449-1462, 1999.

TEIXEIRA, M; MARTINS, I. *A crise que esmaga a saúde do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>>. Acesso em 13 Nov. 2019.

TRANI, J.-F.; BAKHSHI, P. *A multidimensional approach to poverty: implications for global mental health*. In: R.G. White et al. (eds.). *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*, 2017.

VIANNA, E. C. *Entre poucas prescrições e subversões: o jeitinho de fazer saúde do agente comunitário de Manguinhos*. Tese (Doutorado). ENSP, Rio de Janeiro, 2013.

WENCESLAU, L D; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, Dec. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>>. Acesso em: 12 Nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. OMS, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: WHO, 2008.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Informações pessoais e trajetória

1. Dados sociodemográficos (nome, idade, raça, escolaridade, identidade de gênero etc.)
2. Há quanto tempo trabalha na ESF?
3. O que o(a) levou a trabalhar como ACS?

Percepções sobre sofrimento emocional

4. O que você entende por sofrimento emocional?
5. Quais situações de sofrimento emocional você acha que precisariam de atendimento?
6. Você já sentiu necessidade de conversar com um médico ou psicólogo sobre sentimentos ruins ou algum mal-estar? Se sim, como foi isso?
7. Desde que começou a trabalhar como ACS, sentiu vontade de procurar suporte emocional? Se sim, por qual motivo? Como foi o processo de buscar ajuda?
8. Você acha que apresenta algum sofrimento emocional no momento? Em caso positivo, a que atribui isso?

A posição intermediária do ACS e os efeitos em sua saúde/ saúde mental

9. Como acha que o trabalho influencia em sua saúde?
10. Como percebe que fatores externos ao trabalho influenciam em sua saúde?
11. Como você se sente fazendo parte da comunidade e sendo profissional de saúde?
12. Você percebe efeitos da convivência com os usuários na sua saúde mental? Quais?
13. Como você lida com as demandas dos pacientes?

Percepções sobre o contexto atual e seus impactos

14. Como percebe as recentes mudanças realizadas na organização da ESF e seus efeitos?
15. Como a situação da pandemia de COVID-19 está impactando você e sua família?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Nossa terapia é a visita domiciliar”: a saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde no contexto de reorganização da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro, conduzida por Luisa Fernandes de Mello Silva. Este estudo tem por objetivo investigar como o contexto de reorganização da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro tem afetado a saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde.

Você foi selecionado(a) por trabalhar como Agente Comunitário, há pelo menos dois anos, na Estratégia Saúde da Família. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Toda pesquisa possui riscos, ainda que mínimos. Um possível risco presente nesta pesquisa é o de que você se sinta incomodado(a) ou desconfortável com alguma pergunta realizada durante a entrevista e, caso isso aconteça, é livre para não respondê-la. Para minimizar esse risco, as perguntas foram elaboradas de forma bastante cuidadosa e a entrevista será realizada em um local onde sua privacidade esteja resguardada, para que se sinta mais confortável. Por outro lado, participar da pesquisa pode lhe proporcionar o benefício de refletir sobre seu processo de trabalho e seu estado emocional.

Ainda assim, caso você sinta que sofreu algum dano decorrente da participação na pesquisa, poderá buscar indenização conforme as leis vigentes no Brasil.

A participação nesta pesquisa não é remunerada nem implicará gastos para os participantes. Eventuais despesas de participação poderão ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a algumas perguntas sobre seu estado emocional e sobre o recente processo de reorganização da Atenção Primária no Rio de Janeiro. As entrevistas serão realizadas em local apropriado, que garanta sua privacidade e o

Rubrica do(a) participante da pesquisa: _____

Rubrica da pesquisadora responsável: _____

sigilo das informações fornecidas, terão duração aproximada de 30 minutos a 1 hora, e terão o áudio gravado para posterior transcrição. Apenas a pesquisadora e o participante estarão presentes no momento da entrevista.

Os dados obtidos com esta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Os dados obtidos serão armazenados apenas em computador pessoal da pesquisadora e serão excluídos do dispositivo eletrônico após 5 anos.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e a pesquisadora rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar a pesquisadora responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisadora Responsável: Luisa Fernandes de Mello Silva. Mestranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da UERJ. Telefone: (21) 99488-8850. Email: luisa_fms@hotmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, RJ. CEP 20550-013. Telefone: (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar – Centro, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20.031-040. Telefone: (21) 2215-1485. Email: cepsmsrj@yahoo.com.br

Você autoriza a gravação da sua entrevista? Sim () Não ()

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____