

Conflitos éticos no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde

*Ethical conflicts in the daily work of
Community Health Workers*

*Conflictos éticos en el trabajo diario del
Agentes Comunitarios de Salud*

Mylene Mayara Santos Dias¹
Beatriz Santana Caçador²
Laylla Veridiana Castória Silva³
Camila Ribeiro Souza⁴
Debora Carvalho Ferreira⁵
Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado⁶

RESUMO:

O Agente Comunitário de Saúde é considerado ator principal para capilarizar o processo de socialização das informações dos usuários e de fomento à mobilização comunitária, por residirem na área onde trabalham e possuírem vínculos ampliados com a população. Assim, devido às relações interpessoais constantes no desenvolvimento do trabalho, surgem conflitos éticos em seu cotidiano. Dessa forma, o estudo tem por objetivo conhecer os conflitos éticos que permeiam o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. Realizou-se estudo qualitativo e a coleta de dados ocorreu por meio de dois grupos focais, um com seis participantes e outro com cinco, no período de outubro a dezembro de 2016, em um município na região da Zona da Mata do estado de Minas Gerais. A análise de dados deu-se por meio da técnica de

¹ Enfermeira formada pela Universidade Federal de Viçosa (*in memorian*)

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: cacadorbeatriz2@gmail.com

³ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Doenças Infecciosas na Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: laylla.veridiana@live.com

⁴ Enfermeira formada pela Universidade Federal de Viçosa. E-mail: camila.odadjian@gmail.com

⁵ Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: deboracarvalho@ufv.br

⁶ Doutora em Ciência da Nutrição. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: mara.prado@ufv.br

Análise de Conteúdo de Bardin. Emergiram-se quatro categorias, que relatam os conflitos éticos como desencadeadores dos processos de comunicação do agente comunitário de saúde com a equipe e a gestão, das relações com usuários, dos papéis assumidos e da postura profissional desses com a equipe. Ademais, evidencia-se que é necessário formular estratégias a fim de valorizar o agente comunitário de saúde como membro da equipe, além de criar espaços de debates sobre o cotidiano e os conflitos éticos vivenciados, para que haja uma melhor qualidade de vida desses trabalhadores e, conseqüentemente da saúde a ser ofertada à comunidade.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Ética; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT:

The Community Health Workers is considered the main actor in the process of socializing information from users and promoting community mobilization, reside in the area where they work and have extended links with the population. Thus, due to the constant interpersonal relationships in the development of work, ethical conflicts arise in their daily lives. Thus, the study aims to understand the ethical conflicts that permeate the daily work of community health agents. A qualitative study was carried out and data collection took place through two focus groups, one with six participants and the other with five, from October to December 2016, in a municipality in the Zona da Mata region of the state of Minas Gerais. Data analysis was performed using Bardin's Content Analysis technique. Four categories emerged, which report ethical conflicts as triggers of the communication processes of the community health agent with the team and management, relationships with users, the roles assumed and their professional posture with the team. Furthermore, it is evident that it is necessary to formulate strategies in order to value the community health agent as a member of the team, in addition to creating spaces for debates on the daily life and the ethical conflicts experienced, so that there is a better quality of life for these workers and, consequently of the health to be offered to the community.

Keywords: Community Health Workers; Ethics; Primary Health Care.

RESUMEN:

El Agente Comunitario de Salud es considerado el actor principal en el proceso de socializar la información de los usuarios y promover la movilización comunitaria, ya que reside en el área donde trabaja y tiene vínculos extendidos con la población. Así, debido a las constantes relaciones interpersonales en el desarrollo del trabajo, surgen conflictos éticos en su vida diaria. El estudio tiene como objetivo comprender los conflictos éticos que permean el trabajo diario del agente comunitario de salud. Se realizó un estudio cualitativo y la

recolección de datos se realizó a través de dos grupos focales, uno con seis participantes y otro con cinco, de octubre a diciembre de 2016, en un municipio de la región Zona da Mata del estado de Minas Gerais. El análisis de datos se realizó mediante la técnica de análisis de contenido de Bardin. Surgieron cuatro categorías, que reportan conflictos éticos como detonantes de los procesos de comunicación del agente comunitario de salud con el equipo y la dirección, las relaciones con los usuarios, los roles asumidos y su postura profesional con el equipo. Además, es evidente que es necesario formular estrategias para valorar al agente comunitario de salud como miembro del equipo, además de generar espacios de debate sobre la vida cotidiana y los conflictos éticos vividos, para que haya una mejor calidad de vida de estos trabajadores y, en consecuencia, de la salud que se ofrecerá a la comunidad.

Palabras clave: Agentes comunitarios de salud; Ética; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

Na década de 1970, o Brasil foi palco de um processo de construção política e institucional conhecido como Reforma Sanitária. Sustentado nas primícias ideológicas desse movimento reformista, ocorre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, com o intuito de introduzir um conjunto de valores relacionados à justiça social e cidadania, com a saúde atuando como eixo transformador. Partindo dessa premissa, percebe-se o SUS sob uma lógica de construção democrática, inclusão social e redução da desigualdade. Desse modo, sua implementação passa a atender os desejos de universalidade, com acesso igualitário de todo e qualquer cidadão ao atendimento gratuito e obrigatório, constitucionalmente garantidos pelo Estado¹.

A partir da criação do SUS, aconteceram transformações organizacionais, estruturais e jurídicas no âmbito das políticas de saúde no Brasil, e, dentre as quais destacam-se a reconfiguração ideológica e filosófica do conceito de saúde. A saúde passa a ser compreendida como uma produção social, contemplada por uma abordagem ampliada, cuja garantia de acesso compõe o movimento de legitimação de direitos sociais e luta pela justiça social².

No que tange à transformação do modelo assistencial, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu, portanto, como uma forma de reorganização e reorientação das práticas assistenciais a fim de consolidar o novo e ampliado conceito de saúde^{1,2}.

Com isso, a unidade de cuidado principal passa a ser a família, percebida e compreendida em seu contexto social, cultural, político e simbólico. Dessa forma, a prática profissional busca prestar assistência integral e contínua na unidade de saúde e/ou no domicílio, com resolutividade e de boa qualidade às necessidades de saúde da população. Ademais, pretende intervir nos fatores de risco aos quais os sujeitos estão expostos, à luz das prerrogativas da humanização².

Neste cenário, é criada a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro essencial e fundamental da equipe da ESF. O ACS é considerado ator principal para capilarizar o processo de socialização das informações e de fomento à mobilização comunitária. Por ser necessariamente morador da comunidade onde trabalha, conhecer as singularidades dos modos de viver, bem como pertencer ao seu mundo cultural e simbólico, o trabalho do ACS permite reforçar ainda mais a potência inscrita na transformação paradigmática e organizacional das práticas em saúde³.

Além disso, nota-se que para consolidar o desafio da mudança do conceito de saúde, é preciso também (re)pensar as questões éticas vivenciadas nas práticas nos serviços de saúde em todos os âmbitos de atenção, e, no caso da atenção básica, no qual a ESF está inserida, percebe-se que tal dispositivo está configurado em um contexto de vínculo e aproximação com os usuários e de longitudinalidade do cuidado, o que, muitas vezes, faz com que as questões éticas passem despercebidas, por aparecerem de forma sutil⁴.

Cabe saber que ética é a reflexão que lida com ações humanas, através do julgamento de “deve ser” e o de “não deve ser”, ou seja, são valores que norteiam o comportamento humano na sociedade, discutindo qual a melhor

conduta que as pessoas devem tomar diante de cada situação vivida. Tem-se como pressuposto que ética é algo presente no cotidiano de todos os indivíduos, ou seja, é senso comum. Ao mesmo tempo em que é também uma reflexão coletiva sobre todas as práticas, de forma a nortear todas as relações⁵.

Neste ponto, dada a peculiar condição do ACS de residir na área em que trabalha, possuir vínculos com a população de sua responsabilidade, estar inserido como participante e contato direto da vida dessas pessoas, além de frequentar seus domicílios, faz com que viva e faça parte do cotidiano dessas comunidades de maneira intensa. Além disso, por se tratar de um ambiente de trabalho em que decorrem relações interpessoais e comunicação intensa para sua prática, pode-se inferir que importantes conflitos éticos, divergências entre adequado e não adequado para as ocasiões vivenciadas, surjam no cotidiano das atividades de trabalho desses profissionais⁶.

Neste contexto, perante a problemática presente no contexto de trabalho do ACS e sua interface com o chamamento ético, considerando o lugar complexo que o mesmo ocupa na equipe de saúde por ser morador da comunidade e também trabalhador de saúde, questiona-se: Quais conflitos éticos inscritos no cotidiano de trabalho do ACS? Desse modo, o presente estudo tem como objetivo conhecer os conflitos éticos que permeiam o cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

1 Metodologia

O estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa, uma vez que possibilita a compreensão profunda dos fenômenos sociais, atentando-se ao mundo das relações, representações e intencionalidades. Desse modo, dedica-se à compreensão dos aspectos subjetivos implicados nas tramas sociais das quais o homem faz parte, tecendo-as e por elas sendo construído permanentemente⁷.

A pesquisa foi realizada em um município na região da Zona da Mata do estado de Minas Gerais. Participaram onze agentes comunitários de saúde que atuavam nas estratégias de saúde da família do município. Para captação, os sujeitos foram convidados à participarem de grupos focais, de forma a ter um representante de cada unidade. Os convites foram enviados às equipes e estas a partir de critérios próprios indicaram o ACS que participaria do estudo, todas enviaram um participante, conforme solicitado através do convite. Foi pactuada com a Secretaria Municipal de Saúde a liberação dos participantes em um turno de trabalho específico.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2016, sendo realizados dois grupos focais com seis participantes em um grupo e cinco em outro. Mesmo com composições diferentes seguiu-se a mesma estrutura de organização, com duração de uma hora e meia de discussão cada. Os tópicos sugeridos pelos pesquisadores foram iguais nos dois encontros. Os encontros foram gravados e transcritos na íntegra. Os pesquisadores foram previamente treinados.

A abordagem inicial deu-se por meio de uma contextualização aos participantes sobre a ética, seus aspectos e conceitos. Tal esclarecimento prévio foi realizado pelas próprias entrevistadoras. Logo após, os debates seguiram as seguintes questões norteadoras: “Quais são os conflitos éticos presentes em seu cotidiano de trabalho?”; “Como você lida com esses conflitos éticos?”; “Quais estratégias você usa para enfrentar tais conflitos?”; “O que poderia amenizar/atenuar a ocorrência desses conflitos?”.

O grupo focal, por se tratar de um espaço de troca de experiência, devido ao diálogo e debates entre os participantes, consegue promover discussão de temas pouco explorados ou até mesmo evitados. Desta forma, provoca reflexões e problematizações aprofundadas sobre determinado tema⁸.

Dentre as potencialidades da técnica de grupo focal, destaca-se a riqueza de material obtida pela interação entre as pessoas, que em grupo, produzem uma gama maior de informações e opiniões, uma vez que as ideias

de um estimulam outras, principalmente quando envolvidas pelo entusiasmo da discussão. Além disso, por ser constituído de pessoas com vivências e conflitos semelhantes, ocorre uma maior facilidade de exposição dos sentimentos, pensamentos e ideias⁸.

Para análise dos dados foi utilizado Análise de Conteúdo de Bardin⁹ que compreende um conjunto de técnicas cuja finalidade é, mediante uso de procedimentos sistemáticos e objetivos, apreender o estudo das falas dos participantes. Foram seguidas três etapas: pré-análise; exploração do material; e, tratamento e interpretação dos resultados⁹.

O estudo trata-se de um recorte de um macroprojeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEPH-UFV Parecer 1.135.193 e CAAE: 44143615.2.0000.5153) aprovado em 02 julho de 2015, e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município no qual foi realizado. Respeitou-se os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes que aceitaram contribuir com o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido sigilo absoluto das informações assim como a privacidade e anonimato dos participantes. Para tanto, na apresentação dos dados foram escolhidos códigos, de tal forma que representassem o grupo do qual participaram (G1 ou G2) e a identificação do participante (A1 a A6 ou A1 a A5), ou seja (G1A1 a G1A6; G2A1 a G2A5).

2 Resultados e discussão

Mediante a análise dos dados, emergiram-se quatro categorias. A primeira diz respeito ao processo de comunicação do ACS com a gestão e com a equipe, como elemento desencadeador de conflitos éticos mediante as relações de poder implícitas em seu bojo. A segunda trata-se dos conflitos

éticos desencadeados pela relação do ACS com os usuários à que são responsáveis. A terceira refere-se aos conflitos éticos decorrentes do papel profissional assumido pelo ACS. E, por último, os conflitos éticos decorrentes da postura profissional do ACS e de sua relação com a equipe.

2.1 Conflitos éticos decorrentes do processo de comunicação entre a gestão e equipe

A comunicação interpessoal é uma das competências requisitadas no processo de trabalho. A capacidade de se comunicar de forma efetiva, assertiva e clara, oralmente e por escrito, torna-se fundamental, tanto para estabelecer um bom relacionamento entre colegas de equipe e profissionais de diferentes áreas do conhecimento, quanto aos diferentes serviços de saúde, e, principalmente, com os usuários de saúde. Entretanto, muitas são as barreiras inerentes à prática da comunicação no trabalho em equipe, entre elas, a comunicação frágil entre profissionais da atenção primária à saúde, que trazem prejuízos à integralidade da atenção no trabalho da ESF, evidenciando uma fragilidade dialógica¹⁰.

Dessa forma, por meio dos depoimentos, nota-se que ocorrem inúmeros problemas e ruídos em relação à comunicação no trabalho, e que, em muitos casos, desdobram-se em conflitos éticos. Evidencia-se que o problema da comunicação acontece tanto na micropolítica, no que tange as relações dentro da equipe, quanto na macropolítica, que se estabelece na relação com a gestão municipal. “Mas o que acontece muito é a falta de comunicação, uma reunião ou alguma coisa que é importante, às vezes a gente não fica sabendo, um fica sabendo e o outro não. Às vezes uma pessoa se comunica com a outra, a outra não fala com a outra e eu acho que isso, assim, atrapalha muito a equipe, então eu tenho visto isso sim, nesses cinco anos eu acho que falta comunicação. [...] Ali dentro, a equipe e a gestão também, porque eu acho que tudo tem que ser comunicado, às vezes um curso, ou algum evento, ou alguma coisa

importante, reunião, até reunião lá dentro, às vezes um fica sabendo e o outro não. Eu acho, não só pra mim, mas para os outros profissionais também, porque eles ficam se sentindo assim, porque um sabe e o outro não? Acho que tem aquela preferência de um pelo outro, então não há igualdade, não tem esse tratamento igual”. (G1A1)

As falhas de comunicação podem gerar conflitos dentro de uma equipe de forma que àquele que possui acesso às informações, muitas vezes, possui vantagens sobre os outros. Nota-se que o conhecimento de uma informação privilegiada pode resultar em dissimetrias no exercício de poder, conforme aborda a teoria do saber e poder de Michel Foucault¹¹, que relata não ser possível separar poder e conhecimento, uma vez que ambos se sustentam e legitimam. Deste modo, os trabalhadores que possuem maior acesso às informações exercem relações de poder sobre os demais, o que pode causar conflitos éticos no cotidiano de trabalho¹¹.

Segundo Foucault¹¹, o saber e o poder se relacionam de forma mútua, ou seja, o poder existe a partir do momento que existe também o saber, da mesma forma em que o saber é constituído a partir das relações de poder. Assim, novos saberes ou aprofundamento de saberes e de conhecimento ampliam também os poderes.

Outra barreira na prática da comunicação a ser destacada, é a fragilidade do processo de comunicação do ACS com a gestão, de forma a causar conflitos éticos. Isso ocorre, pois a comunicação do agente comunitário de saúde com a gestão acontece, ainda hoje, de maneira verticalizada, com pouco espaço para o diálogo e a participação. Assim, percebe-se conflitos éticos desse processo comunicativo entre gestão e trabalhadores evidenciado pelo depoimento abaixo.

“Outro conflito que eu acho muito grande é a falta de respeito com o agente comunitário, partindo da secretaria. Tem reunião com enfermeira, tem reunião com todo mundo, e não tem reunião com os agentes comunitários. Que eu falo assim, um representante de cada PSF. Por que não? A gente não tem

voz? A gente não sabe falar? Nós não temos problemas? [...] Por que o enfermeiro tem que falar pra gente? Tem que esperar o enfermeiro ir na reunião pra sentar pra falar com a gente. E se a gente não quer falar com o enfermeiro? Tem gente que não vai bem o enfermeiro. Quer passar direto pra um coordenador. E a gente não tem voz? Ou então a enfermeira fala que falou alguma coisa mas não falou naquele dia, naquele momento, naquela ocasião. E aí? Cadê o nosso respeito?” (G2A2)

Dessa forma, constata-se o diálogo vertical entre a gestão e o agente comunitário de saúde, em que as informações são meramente transmitidas de cima para baixo. Primeiro, passa-se às informações ao enfermeiro, e este transmite aos demais, o que contribui na formação de conflitos. Além disso, essa forma de comunicação é considerada ineficaz, uma vez que parte importante pode se perder. Também, não há inclusão de todos nos processos de diálogos, trocas de ideias, tomadas de decisões e opiniões¹⁰.

A hierarquia presente na gestão contribui para distinções entre profissionais mais ou menos importantes, em detrimento de uma visão global da unidade. Entretanto, a inclusão do ACS no planejamento das atividades à execução e avaliação, assim como nas reuniões, e, em espaços de mobilização, permite a aproximação dos profissionais, com trocas e crescimento, e, facilitam às relações com a comunidade³.

A falta de comunicação com a gestão deve-se, principalmente, pela falta de espaço para que a mesma aconteça. Em virtude da desinformação e comunicação ineficaz, o exercício de poder torna-se frágil, o que leva aos mais vulneráveis a diversos problemas éticos. Por isso, tem-se como pressuposto que a boa comunicação resulta em um cuidado de saúde eficaz, uma vez que é a base das relações¹². Além disso, os agentes comunitários de saúde deparam-se com dificuldade de resolução dos conflitos éticos que eventualmente vivenciam, conforme o depoimento abaixo.

“[...] Só que é difícil, porque eu ia reclamar de ética sendo que quem cometeu o ato era uma pessoa de outro nível de hierarquia. Essa pessoa que

devia tá ajudando a combater esse tipo de problema, eu ia denunciar ela com quem? Com ela mesma? Aí eu fui procurar o comitê de ética, e aí eu acho que é um problema que ainda não se discute”. (G2A1)

Assim, infere-se que os conflitos éticos relacionam diretamente às iniquidades que ocorrem no processo de comunicação da gestão com a equipe, dada a diferença de acesso às informações. Esta realidade, por seguinte, gera relações de poder diferenciadas e conflitos éticos, influenciam na dinâmica do processo de trabalho do ACS, e, conseqüentemente, prejudica a qualidade do cuidado oferecido aos usuários sob sua responsabilidade sanitária.

2.2 Relação do ACS com os usuários como desencadeadores de conflitos éticos

No que tange à dimensão relacional da ética, surge outro conflito relacionado à comunicação, que diz respeito à relação do ACS com os usuários da ESF sob sua responsabilidade sanitária no território adscrito. Isso ocorre, pois o agente comunitário de saúde, devido ao elo com a comunidade, necessita filtrar informações que recebe dos usuários, a fim de decidir se irá ou não repassá-las à equipe, de modo que não comprometa à saúde, o cuidado e o acesso do usuário, mas, que também, não comprometa o sigilo das informações obtidas, conforme o depoimento abaixo.

“É muita coisa que a gente ouve na casa do paciente, porque até o momento tem coisa que eu não consigo passar pra equipe, não passo, porque infelizmente tem coisa que não tem como, você tem que guardar só pra você, pra você e o paciente”. (G1A3)

Sabe-se que manter sigilo das informações dos usuários é um dever ético de todos os profissionais de saúde. Entretanto, as relações entre os profissionais de saúde e a comunidade tornam-se complexas ao longo do tempo, pois as trocas de informações entre os sujeitos são fundamentais para a garantia do atendimento de saúde, mas ao mesmo tempo essas relações, muitas

vezes, colocam os profissionais em situações geradoras de conflitos éticos. Os trechos destacados apresentam a mesma condição de forma repetitiva. Sugiro revisar essa redação. Ainda, essa situação é agravada ao se falar do ACS, uma vez que precisam lidar com o conflito do direito ao sigilo das informações do usuário e a necessidade de repasse dessas informações à equipe de saúde⁵.

O ACS é personagem fundamental da ESF pela proximidade dos problemas da comunidade e pela facilidade em se comunicar e exercer liderança. Esses aspectos destacam sua atuação como facilitador, dada a possibilidade de adentrar na intimidade das famílias, percebendo suas necessidades e as da comunidade. Por isso, atuam como redes de relacionamentos significativos, com a família e a unidade, a amizade e a profissão, o trabalho e a comunidade. Tal proximidade contribui para a articulação e o fortalecimento de relações entre pessoas de um território e sistemas de cuidado³.

Porém, muitas dessas informações coletadas pelo ACS não devem ser repassadas à outras pessoas causando conflitos éticos nesse trabalhador. Há que se ressaltar que são os únicos trabalhadores que habitam na comunidade em que trabalham, realidade que compõe a dinâmica de suas relações, uma vez que precisam agenciar com delicadeza às informações confidenciais que serão compartilhadas, para que não crie mal-estar e outros conflitos com a comunidade³.

Nota-se no depoimento abaixo, que em diversas vezes o ACS vivencia conflitos éticos, que causam angústia e sentimento de impotência, o qual influencia em sua vida cotidiana e muitas vezes implicam em sua permanência na comunidade. “No meu bairro, eu acredito que esteja quase que em todo lugar, tem muitos problemas com usuários de drogas, com traficante, a gente tem muito esse problema. Então o que acontece, eu ficava muito apavorada, tinha um menino que chegou morar na minha microárea, que ele deu um tiro na boca da companheira, deu facada nela tudo, e depois ele estava matando muito fácil, matando demais, toda semana ele matava um. Aí eu cheguei um dia, vi um carro na minha porta, eu estava passando eu nem ia pra casa não, eu

vi um carro estranho na minha porta e resolvi entrar, aí eu vi a galerinha na esquina, aí nisso que eu entrei vieram dois e entraram de frente pro meu portão e começaram ali a planejar pra matar um outro que também é da microárea e tudo, e eu em desespero com medo, e à noite mataram o outro mesmo. Aí o que você pode fazer? Você fica numa situação de ouvir, mas não pode fazer nada”. (G1A3)

Neste aspecto, o conceito de vulnerabilidade, discutido desde 1980, caracterizava uma perspectiva centrada nas ações individuais. Entretanto, atualmente, há um novo conceito, que rompe com esse paradigma, por abranger os aspectos contextuais, coletivos e a disponibilidade de recursos que levam um indivíduo à suscetibilidade de problemas de saúde, portanto, a vulnerabilidade social torna-se um importante conceito na Saúde Coletiva¹³.

Ademais, o ACS encontra-se confrontado eticamente com relação à linha tênue que separa o que deve ser compartilhado com a equipe, e, àquilo que concerne à intimidade do usuário. Entretanto, para que às informações sejam repassadas à equipe, o ACS relata que, também, precisa confiar nas pessoas com quem trabalha, conforme o depoimento seguinte. “Certas coisas que eles (os usuários) me falam eu também faço um filtro, vejo o que eu posso falar ou não. Precisa confiar nos colegas de trabalho pra você está falando na frente deles, também não falo tudo. Não falo por não confiar mesmo, porque o que pode gerar. Porque depois eu que vou ter que responder por isso. Então eu penso muito antes de falar, então eu tenho muitos cuidados”. (G1A1) “Porque tem coisa que é muito pessoal, então às vezes a enfermeira pode até ajudar, mas eu não tenho coragem de tocar ali na reunião de equipe, não conto mesmo, se eu confiar na enfermeira, se eu tiver confiança nela, eu chamo ela a parte e coloco pra ela, mas se eu não confiar, infelizmente eu não coloco não, infelizmente”. (G1A3)

Isso ocorre, pois, por ser uma pessoa que faz parte da comunidade, o ACS necessita de um cuidado maior por parte desses profissionais para discernir o que é ou não relevante a ser repassado. Porém, a passada de

informações sobre os usuários, tanto para a equipe, quanto para outros usuários, independente da relação pessoal existente, deve preservar a confidencialidade das pessoas¹⁴.

Assim, a pertença social, cultural e simbólica do ACS com a comunidade, faz com que criem vínculos fortes, com determinado senso de proteção dessas pessoas, o que causa conflitos éticos. Ao mesmo tempo que deseja proteger sua comunidade de pessoas que não confiam, sentem-se na obrigação de introduzir elementos singulares de suas vidas no debate de saúde, a fim de que haja um processo de cuidado pautado na integralidade e na determinação social da produção de saúde daquela comunidade.

2.3 Conflitos éticos decorrentes do papel profissional assumido pelo ACS

A relação de poder dissimétrica existente entre profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, ACS e entre a gestão ACS, causam situações de conflitos éticos mediante a imposição do cumprimento de funções que não competem ao cargo profissional e à seus afazeres, conforme as falas abaixo.

“A gente tem que largar o serviço da gente de agente de saúde para fazer o dos outros. Teve um serviço aí de agente de endemias que os agentes de saúde que ia fazer em janeiro. Aí beleza, me passaram isso. Teve reunião dessa vez: “Ó, você vai fazer serviço de agente de endemias. Vai levar um potinho, remédio, explicar sobre a dengue”. Ser ACS esquece né. A comunidade é gigantesca. Não tem como você fazer duas coisas não. Ou você faz um serviço, ou você faz outro. E mandaram a gente fazer isso”. (G1A2) “Então, é muito assim, qual é a função do agente comunitário? A gente faz tudo que eles mandam a gente fazer, a gente é obrigado a fazer, se a gente não faz, é perigoso até ser mandado embora. E até assim uma dúvida que a gente fica é, a gente é obrigado a fazer isso? Igual, a gente é obrigado a deixar nosso serviço e fazer o serviço do agente de endemias? Ou a gente é obrigado a trabalhar como auxiliar administrativo meio período se a gente é contratado pra ser

agente de saúde? Igual teve um acontecimento lá no posto que eu fiquei em dúvida, não sei se a gente é obrigado ou não, quando o paciente tem que fazer algum tipo de exame ou fazer até uma consulta fora ou com psiquiatra por exemplo, a gente é obrigado a acompanhar? Eu acho arriscado. Porque aconteceu comigo, que tinha que levar o paciente pra fazer uma endoscopia, aí veio escrito no papel que era pra ir com um responsável ou agente de saúde. Tipo assim, a gente faz, porque eles mandam. Mas eu sou obrigada a fazer isso? Assim, o agente é um faz tudo. O que eles mandam fazer você tem que fazer”. (G1A1)

Observa-se, a partir dos relatos, que o ACS é impelido a assumir papéis, a fim de organizar o processo de trabalho do serviço, de forma a preencher lacunas existentes no sistema deficiente, e suprir demandas excessivas de atendimento¹⁴.

Diversas vezes o ACS atua em ações que fogem à sua competência, a exemplo de agendamento de consultas e exames, entrega de encaminhamentos, medicamentos e recados da equipe para a comunidade, além da realização de trabalhos administrativos e burocráticos³.

Desta forma, há uma sobrecarga excessiva de trabalho, principalmente pelo fato de que não há clareza para a gestão, para a equipe, e nem mesmo para o próprio agente comunitário de saúde, quais são suas reais atribuições¹⁴. “Na minha opinião, é falta de você saber. Por exemplo, colocar no papel. Qual é a função do agente de saúde. O que ele deve fazer. E listar tudo, direitinho, é isso e passar pro superior. Pra eles verem o que a gente faz”. (G1A1) “O meu serviço que eu faço há 5 anos está em cima disso de medir e pesar pessoa? Saber estado nutricional da pessoa? Não acredito que o meu serviço é isso aqui não. Eles têm que saber que não é isso”. (G1A2)

Assim, devido à ausência de clareza e/ou respeito por parte dos gestores referente às funções a serem exercidas pelo ACS e da relação assimétrica de poder existente entre diferentes categorias profissionais dentro da equipe de saúde, o mesmo acaba exercendo papéis desviantes e, muitas vezes, torna-se impotente sobre a situação, o que leva à vivência de conflitos

entre o que é certo ou não, como problematiza o próximo depoimento. “Assim, a gente acaba tendo uma falta de ética sem saber às vezes, porque nós não sabemos muito bem o que faz a nossa profissão, se a gente não sabe o que faz, como que a gente vai saber o que é certo de fazer pra ser ético?” (G2A2)

Sabe-se que não há um órgão representante da classe de profissionais agentes comunitários de saúde, da mesma forma, também, não há um espaço que debata e regule o que é ético nesta profissão¹⁵. Entretanto, ao serem obrigados a assumirem papéis privativos de outras classes, o código de ética destas profissões é ferido, como evidenciado pelo depoimento. “Eu acho errado a gente escrever as receitas pra ele [o médico], e se a gente escrever esse trem errado, a gente prescrever coisa errada? A gente não tem experiência e o estudo dele em cima disso. Tem cinco anos que eu faço isso, desde quando eu entrei lá eu faço isso, porque médico nenhum dá conta de fazer não, a quantidade de receita lá não dá não, mas mesmo assim eu nunca errei, mas e se eu errar? Mas fazer o que né, a gente tem que fazer”. (G2A2)

Dessa forma, ações que extrapolam às competências do ACS denotam que ele não possui atribuições ou saber, o que deslegitima ou questiona sua possibilidade de inovação. Outros profissionais caracterizam o ACS como trabalhador manual, de modo a desvalorizar o que realiza. Além disso, suprir ações e atividades próprias de profissionais submetidos ao próprio código de ética, causa sentimento de angústia e desvalorização no ACS¹⁴.

Apesar da fundamental importância da figura do ACS para o funcionamento do serviço de saúde no que tange à saúde da família, os mesmos vivenciam um contexto de invisibilidade, que se justifica pela figura do profissional com nível universitário como realmente superior aos demais – modelo centrado na figura do profissional médico –, como, também, pela divisão social do trabalho em saúde, em que se fragmenta o cuidado entre os tipos diferentes de profissionais segundo nível de conhecimento: os que pensam (empoderados de conhecimento) e os que executam (que são invisibilizados pelo não conhecimento)¹⁶. “Outro conflito assim que eu acho

uma falta de respeito, uma falta de ética enorme, porque muda enfermeiro e o vem o médico, eles não querem saber a opinião da gente como equipe, como a gente está trabalhando. Simplesmente ela vem com sua ideia, com seu formato e quer mudar tudo, e como se eu tivesse quatro, cinco anos jogado fora. Porque eu conheço a minha comunidade, eu sei se ela trabalha, se ela não trabalha, se ela tem aquele horário disponível, é eu que sei, porque sou eu que bato na porta dela. E eles não estão nem aí. Vai ser assim, é desse jeito e pronto e acabou. E eu? Minha opinião não conta? É muito fácil falar que o agente comunitário é o elo, se não está liberado pra gente fazer nada. Eu acho uma falta de ética assim, totalmente fora do quesito. Estudo de caso é entre o enfermeiro e médico. Então, eu não sou nada? Eu vou falar o problema, eu tenho que falar se o meu paciente tá com uma tuberculose, e eu sei que lá na casa dele não é pintado, lá precisa de mil coisas, eu chego e falo, eu que conheço ele. Mas não, resolve entre só quem tem curso superior”. (G2A2)

A partir da análise apresentada, percebe-se que a fragilidade do ACS em relação ao saber, e, conseqüentemente, no poder, leva à invisibilidade profissional e à confusão de papéis. Principalmente, pelo não conhecimento do seu próprio papel, que atuam como causador de conflitos éticos, por não saberem qual é o “certo” a se fazer, e assim não conseguem determinar, também, o “errado” (ou antiético). Além disso, quando julgam alguma conduta desviante do seu papel como errada, ainda assim a executam devido ao pouco empoderamento vivenciado em seu cotidiano.

2.4 Conflitos éticos decorrentes da postura profissional do ACS e de sua relação com a equipe

Da mesma forma que os problemas inscritos no processo de comunicação resultam em prejuízos nas relações interpessoais que ocorrem no cotidiano dos serviços, esses, também impactam diretamente em todo o processo de trabalho. A comunicação constitui o processo necessário para

construção de relações de tal modo que a forma como essas relações são vividas e construídas dentro das equipes de saúde compõem determinadas relações interpessoais¹⁷.

Alcançar o trabalho em equipe interprofissional e colaborativa é considerado fundamental para qualidade da atenção à saúde, segurança e satisfação de pacientes e profissionais. A comunicação interprofissional eficaz na área da saúde aumenta a coesão entre os membros, o espírito cooperativo de cada um e a eficiência da equipe, reduzindo assim os conflitos entre as regiões. Além disso, desempenha um papel importante na resolução de problemas e na tomada de decisão razoável, o que ajuda a melhorar a satisfação no trabalho da equipe, garantindo que tomem decisões corretas e divulguem de forma eficiente informações necessárias para o cuidado centrado no paciente¹⁸.

Em meio à dinâmica singular das relações estabelecidas no seio de cada equipe, entretanto, a comunicação interprofissional é falha, o que contribui para que ocorra conflitos éticos, por meio de fofocas, intrigas pessoais e outros ruídos, diretamente relacionados ao processo comunicativo e à forma como as pessoas interagem no cotidiano de trabalho, conforme evidenciado pelas falas abaixo. “E nessa questão do pessoal tem muito, não sei nem se vem ao caso, esse negócio de festa, "Ah, fulano vai fazer uma festa, tem que chamar todo mundo", eu trabalho com você, não tem necessidade de te chamar pra tudo que eu vou fazer na minha casa, eu tenho que chamar todo mundo do posto, não tem. Às vezes as pessoas fazem escondido, aí na segunda-feira você sabe. Você acredita que coisas assim tornam uma semana chata lá no posto e às vezes até o mês, as caras fechadas lá no posto, de entrar e sair sem bom dia, sem boa tarde, sem nada, sem conversar, sem sentar aí mesmo, coisas banais assim, porque às vezes em quem que acaba descontando? Nos pacientes”. (G1A2) “Realmente é um chegando perto do outro e fofocando, falando isso, aquilo, então fica um clima de divisão dentro de um lugar que seria pra trabalhar em unidade. Não tem ainda aquele espírito de unidade”. (G1A4)

Sabe-se que o ser humano é construído por meio das constantes relações que estabelece durante a vida, seja no âmbito familiar, profissional, seja consigo mesmo e com o mundo. Assim, viver é relacionar-se, permanentemente, mediante isso a ética se constrói. Desta forma, a ética surge para que os indivíduos adotem posturas que tornam éticas ou não as experiências que vivenciam⁵.

Ainda, sobre o processo comunicativo como desencadeador de conflitos éticos, evidencia-se através do depoimento abaixo a existência de problemas na equipe quando às relações pessoais se sobrepõem às profissionais. Considera-se como situação ideal na dinâmica micropolítica o desenvolvimento de competências éticas que sustentem o profissionalismo no contexto de trabalho. Dessa forma, o trabalho ético prescinde, portanto, de práticas sustentadas no profissionalismo e no processo dialógico entre a equipe, os quais precisam existir independentes da amizade entre o grupo e suas conexões. “Então, é muita falta de comunicação, ou seja, acho que todo mundo tem que ser profissional, às vezes se a pessoa tem algum problema pessoal com o outro ali não é relevante, se a gente está no trabalho, a gente tem que conversar com todo mundo, independente se a gente tem amizade ou não, né? Porque no trabalho a gente tem que ter ética, é saber comunicar, então na minha opinião, isso aí me incomoda muito, mas muito mesmo”. (G1A1)

As relações interpessoais são inerentes ao contexto de trabalho no campo da saúde, a partir do convívio frequente, das trocas necessárias para efetuar práticas de cuidado e dos encontros dos trabalhadores entre si e com os usuários. A criação de vínculos entre profissionais que encontram-se em uma mesma equipe de trabalho influencia diretamente no cotidiano, de modo positivo, devido às relações harmoniosas, ou de modo negativo, que dificulta o trabalho¹⁸.

Percebe-se que essas relações desfavoráveis ou desiguais dentro de uma equipe implicam no desencadeamento de conflitos éticos vivenciado, sobremaneira, pelo agente comunitário de saúde, principalmente por ocorrerem

à respeito da postura profissional adotada por alguns membros da equipe de saúde, conforme os depoimentos a seguir. “E eu penso o seguinte, se a gente se propor a fazer qualquer coisa, eu acho que a gente tem que pegar e fazer com responsabilidade, isso não é ser puxa saco, independente se é voluntariado, se é assalariado”. (G1A3) “A maior dificuldade que eu vejo é nisso aí, é que não tem compromisso em fazer o seu serviço, se você é pago pra trabalhar seis horas, tem que trabalhar seis horas. Tem gente que não tem compromisso e a gente que tem que, além de largar o serviço da gente de agente de saúde pra fazer o dos outros”. (G1A2)

A postura do profissional de saúde em serviço deve ser pautada em condutas éticas, de forma a basear-se nas normas vigentes para suas ações - no caso de profissões com códigos de ética estabelecidos -, e nos valores pessoais do profissional, mas sempre de forma a contribuir para uma melhor relação possível com os demais membros da equipe, além de garantir a qualidade do atendimento aos usuários. Entretanto, percebe-se que falhas nessas posturas carregam consigo o prejuízo nas relações e, principalmente, prejuízo aos usuários que buscam e necessitam do serviço de saúde¹⁹.

Segundo Baggio¹⁹, para a realização do cuidado em saúde é necessário uma boa relação dos profissionais de saúde com as outras pessoas – principalmente àquelas que compõem a equipe multiprofissional e os usuários do serviço. Por isso, é fundamental que os profissionais mantenham uma postura que permita relações viáveis e seguras. O oposto disso pode ser evidenciado pelo seguinte depoimento. “O que me incomoda muito, chega o paciente, ele quer informação, a pessoa está lá com o celular na mão brincando com joguinho, o tempo inteiro, não olha na cara do paciente, só "Não!", o paciente vai falando, "Não!", "Não sei", ou passa informação errada pro paciente, o paciente perde tempo voltando na unidade. Porque a pessoa está concentrada ali no joguinho, na brincadeira, e não tão tendo compromisso de atender os pacientes. E às vezes tratado, assim, com muita grosseria mesmo, existem algumas pessoas que às vezes são bem grossas”. (G1A3)

Percebe-se, portanto, que a forma como alguns profissionais se portam frente aos pacientes causam sentimentos de angústia, que por não concordar e julgar como atitudes “erradas” ou “antiéticas”, o agente comunitário de saúde sente-se, novamente, com sentimento de impotência. Essa sensação frente ao desafio ético de não concordarem com atos e práticas dos outros pode ser caracterizada como ultraje moral¹¹.

Ademais, constata-se que os diversos obstáculos éticos enfrentados no cotidiano do agente comunitário de saúde reforçam a necessidade de que seja criado algum espaço ou instância, a fim de se discutir conceitos, infrações, códigos e toda dimensão ética presente no trabalho deste, para que problemas como excesso de trabalho, comunicação vertical, desafios da prática profissional e da comunidade, e tantos outros conflitos éticos sejam ouvidos e sanados. Além disso, atuem para diminuição do sentimento de impotência e angústia desses profissionais essenciais para o funcionamento da ESF e acesso à saúde de forma integral.

Assim, a reviravolta ética das práticas profissionais convida para que de fato haja um encontro autêntico entre trabalhador e usuário, constituindo trabalho vivo em ato. Ademais, as relações horizontais no âmbito da equipe e na interação com a gestão prescindem do reconhecimento do outro e do respeito ao seu saber. Portanto, a dimensão ética constitui a conexão necessária para que haja efetiva transformação nos modos de fazer saúde no Brasil.

O estudo possui como limitações a utilização de uma única fonte de coleta de dados, acredita-se que entrevistas com roteiros semiestruturados em local privativo, possa contribuir para que os profissionais relatem mais profundamente suas vivências.

CONCLUSÃO

O agente comunitário de saúde realiza ações que objetivam o cuidado à saúde e a comunidade, por meio de demandas do contexto vivenciado e das

orientações propostas por outros profissionais. Entretanto, percebe-se a necessidade de clareza e/ou respeito por parte da gestão quanto às atribuições do ACS, desvalorizando sua prática junto à equipe e a sociedade.

Evidencia-se, portanto, que estratégias como a valorização do agente comunitário de saúde como membro da equipe, a abertura de um espaço para debater seu cotidiano, principalmente no que tange aos conflitos éticos vivenciados, bem como de um espaço no qual possam denunciar os problemas enfrentados, atuam como catalisadores para a resolução de conflitos, conseqüentemente, contribuam para melhoria da qualidade do serviço prestado e da comunicação em amplo sentido.

Como recomendação, o estudo sugere que novas pesquisas sejam realizadas para maior compreensão da dimensão ética no fazer do agente comunitário de saúde, em como sejam investigadas estratégias de enfrentamento para lidar com os conflitos éticos inscritos em seu cotidiano de trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1- Cotta RMM, Campos AAO, Mendonça ET, Costa GD, Machado JC, Silva LS. Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas. Viçosa (MG): editora UFV, 2013. 288 p.
- 2- Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. *Rev Min Enferm*, v. 19, n. 3, p. 612-9. 2015. DOI: 10.5935/1415-2762.20150047.
- 3- Samudio JLP, Brant LC, Martins ACFDC, Vieira MA, Sampaio CA. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 745-70, 2017 set./dez. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-so100075>.
- 4- Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Supl 1):784-9. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing] Available from:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.

- 5- Chuengue APG, Franco TB. O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. *Physis: Rev. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 28(4), e280423, 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280423>.
- 6- Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1328-33. 2004. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xBD7yjqk5xT7BVjPf5p9RJj/?lang=pt&format=pdf>.
- 7- Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 1. ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes, 2012. 96 p.
- 8- Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(2):424-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>.
- 9- Bardin L. *Análise De Conteúdo*. 3ª reimp da 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- 10- Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface Comun. Saúde, Educação*; v. 22, p. 1535-47, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0647.
- 11- Bordin TM. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. *Saberes*, v. 1, n. 10, p. 225-35. 2014. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/saberes/article/view/5088/4925>.
- 12- Wagner LR, Thofehrn MB, Amestoy SC, Porto AR, Arrieira ICO. Relações interpessoais no trabalho: Percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Cogitare Enferm*, v. 14, n. 1, p. 107-13. 2009. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i1.14123>.
- 13- Morais TCA, Monteiro PS. Concepts of human vulnerability and individual integrity in bioethics. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2017; 25 (2): 311-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>.
- 14- Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde Soc*, v. 21,

- n. 1, p. 141-52. 2012. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>.
- 15- Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 2020; 18(s1):e0024678. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.
- 16- Medeiros GA. Por uma ética na saúde: algumas reflexões sobre a ética e o ser ético na atuação do psicólogo. *Psicol Ciênc Prof*, v. 22, n. 1, p. 30-7. 2002. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932002000100005>.
- 17- Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc*, v. 23, p. 1356-69, 2014. DOI 10.1590/S0104-12902014000400019.
- 18- Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface Comun. Saúde, Educação*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34. DOI 10.1590/S0104-12902014000400019.
- 19- Baggio MA. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 28, n. 3, p. 409-15. 2007. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4695/2599>.