



# Los modos de trabajo de los agentes comunitarios de salud: entre el discurso institucional y el cotidiano de la vulnerabilidad <sup>1</sup>

Por Janete Schubert (\*) // Rosane Neves da Silva (\*\*)

## Introducción

Si bien el Programa de Agentes Comunitarios de Salud, implementado en 1991, recuperó diversas iniciativas nacionales anteriores, fue inspirado principalmente en la emblemática experiencia con Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en el estado de Ceará, a partir del año 1987. La mejoría en los indicadores de salud en dicho estado hizo que este programa adquiriese gran visibilidad en el país, siendo posteriormente adoptado como una política nacional. En continuidad con el PACS fue gestado el Programa de Salud de la Familia (PSF) en 1994.

El PACS y el PSF <sup>2</sup> inauguran una nueva política en salud cuyo objetivo mayor es la revisión de un modelo de asistencia basado en la clínica médica tradicional, pasando a un modelo en que los procesos de salud/enfermedad no son pensados desde el punto de vista individual sino a partir del sujeto como ser social. Estos programas reflejan por lo tanto, la adopción de un concepto amplio de salud.

A partir de la implementación del PACS en 1991 un nuevo trabajador pasa a integrar los equipos de Salud de la Familia: el agente comunitario de Salud (ACS). En Brasil el agente comunitario de salud debe constituirse como el lazo entre la comunidad y el sistema de salud (Silva; Dalmaso, 2002) En este sentido, el ACS puede considerarse el personaje más complejo que compone la Estrategia de Salud de la Familia (Nunes y col., 2002). Se trata de un profesional que no puede ser agrupado en categorías que preexistan históricamente en el campo de la salud (idem) siendo por esto considerado también un trabajador sui generis (Nogueira y col, 2000). De acuerdo a algunos investigadores (Nunes y col., 2002; Silva; Dalmaso, 2002) este trabajador posee una especificidad en relación a los demás profesionales que integran las unidades de la Estrategia de Salud de Familia, pues sus funciones trascienden el campo de la salud, actuando

sobre las condiciones de vida de la población. Partiendo del concepto ampliado de salud (leyes n.º. 8.080/90; n.º. 8.142/90) actuar sobre las condiciones de vida de la población también significa producir salud.

La incorporación de este nuevo agente sanitario ha suscitado importantes debates. Al incorporarse al equipo de salud trae consigo sus redes, sus experiencias de participación en grupos, asociaciones, en fin, su vida en comunidad. (Fontes 2008). El surgimiento de este nuevo actor provoca, por lo tanto, una tensión en las concepciones sobre los procesos de salud/enfermedad, posibilitando un canal de participación de la comunidad en la unidad sanitaria y haciendo que sus demandas sean más fácilmente reconocidas. Además de poner en jaque algunas racionalidades médicas, funciona como un importante comunicador entre el universo existencial de los usuarios y la unidad de salud. El trabajo de los ACS ha sido blanco de importantes discusiones, dado que la existencia de este nuevo profesional en los equipos de salud plantea cuestiones de extrema relevancia. De allí nuestro interés en realizar esta investigación sobre los modos de trabajar de los agentes comunitarios de salud.

Nuestro contacto con el complejo universo en que circulan los ACS exigió un esfuerzo singular para que pudiésemos entender las dificultades que estos profesionales enfrentan en su cotidiano trabajo. Estas “andanzas” posibilitaron cuestionar los problemas relativos al modo en el que se operacionaliza la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). El PACS, a pesar de ser un programa innovador, posee varias carencias para que los ACS sean debidamente valorizados en el papel que desempeñan junto a la comunidad.

Este estudio es el resultado de cuatro meses de investigación en una unidad de salud del municipio de Porto Alegre. Se utilizó la observación participante y el registro en un diario de campo con el objetivo de analizar situaciones relativas al trabajo realizado por los ACS.

Para analizar las situaciones presentes en los modos de trabajos de los ACS se partió del modelo de vulnerabilidad propuesto por Mann y colaboradores (1993) ¿Por qué utilizar el concepto de vulnerabilidad para pensar los modos de trabajo de los ACS? Este trabajador de modo diferente a los demás integrantes del equipo de

1. Investigación financiada por la CAPES.

2. En el 2006 a partir de la publicación de La Resolución n.º 648 del Ministerio de Salud, el Programa de Salud de la Familia pasó a llamarse Estrategia de Salud de la Familia (ESF), a fin de subrayar este objetivo de reversión del modelo en la dirección de una atención integral de la salud. De esta forma, en este trabajo se adoptará La nomenclatura ESF.





una unidad de salud, recibe menos formación, menos remuneración y está en contacto directo con los problemas de su comunidad.

A partir del análisis de las situaciones vivenciadas por los ACS, se percibe que en su cotidiano, se percibe que estos trabajadores, presentan cuestiones complejas que les producen sufrimiento. En este estudio se analizan tales situaciones utilizando los tres ejes propuestos por el modelo de vulnerabilidad (Mann y col. 1993<sup>3</sup>): Por eje programático o institucional, se entienden aquellas cuestiones políticas que inciden en el trabajo de los ACS; como eje social, las cuestiones de su cotidiano de trabajo, y como eje individual las situaciones que producen sufrimiento en estos trabajadores. Es importante considerar estas dimensiones ya que existe una diferencia significativa entre las características del trabajo de los ACS y de los demás integrantes de los equipos de salud.

### Objetivo:

Problematizar los modos de trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en una unidad de Salud de la Familia, identificando y analizando las diversas situaciones que vulnerabilizan a este trabajador en el desempeño de sus atribuciones.

### Método:

Se utilizó para este estudio la observación participante del trabajo de los ACS, a través del acompañamiento de las visitas domiciliarias (VD), reuniones de equipo y demás rutinas de trabajo, por un periodo de cuatro meses en una unidad de Salud de la Familia en el municipio de Porto Alegre.

3. El concepto de vulnerabilidad nació en el área de los Derechos Humanos, habiendo sido incorporado al campo de la Salud a partir de los trabajos realizados en la Escuela de Salud Pública de Harvard por Mann, acerca de la epidemia de HIV. El hecho de que la epidemia haya sido inicialmente asociada a un grupo de riesgo, contribuyó para que esta enfermedad fuese pensada como "siendo del otro". Mientras tanto, el avance en el conocimiento de la enfermedad en la segunda mitad de la década de 1980, junto con una mayor distribución de la información y de la presión ejercida por aquellos grupos considerados "de riesgo" contribuyeron al surgimiento de otro concepto que fue conocido como "conductas de riesgo". Hubo un cambio en la comprensión del Síndrome a partir del desplazamiento de una explicación basada en un "grupo de riesgo" a una explicación de la susceptibilidad "colectiva", es decir, a la noción de que todos son susceptibles de contagio. Mientras tanto, con los avances en el estudio de la enfermedad fue más evidente la presencia del síndrome en los grupos socialmente más vulnerables, como los pobres, las mujeres y los jóvenes. A partir de esto, Mann y colaboradores (1993) incluirán en sus trabajos el concepto de vulnerabilidad.

Partiendo de lo propuesto por Victoria y col. (2000) La justificación para el procedimiento de la observación reside en el supuesto de que hay muchos elementos que no pueden ser aprehendidos por medio del habla o de la escritura. El ambiente, los comportamientos individuales y grupales, el lenguaje no verbal, la secuencia y la temporalidad en que ocurren los eventos son fundamentales, no como datos en si sino como elementos subsidiarios para la interpretación posterior de los mismos (Victoria, 2000, p.62).

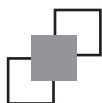
A partir de las observaciones y del registro en el diario de campo, se buscó construir la red enunciativa en la que se expresaron los diferentes significados que atraviesan y constituyen las practicas de trabajo de los ACS, buscando establecer el encuentro? De los significados y el establecimiento de categorías de análisis. Serán utilizados fragmentos de algunas palabras de los agentes como forma de ilustrar mejor el análisis.

### Contextualización del Campo Investigado

En Porto Alegre, la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) se inicia en 1996, en conjunto con el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) En la época de su implementación en programa se destacó y avanzó rápidamente.

La estructura actual en el municipio cuenta con 84 equipos de ESF distribuidos en 79 unidades básicas de salud (Secretaria Municipal de salud, Porto Alegre 2008). Hasta julio del 2007, la ESF en el municipio contaba con 359 médicos, enfermeros y técnicos y 372 agentes comunitarios, que atendían al 22% de la población (aproximadamente 330mil personas) en los barrios socio-económicamente más vulnerables de la ciudad. La ESF es responsable de por 27mil consultas medicas y 60mil consultas domiciliarias por mes en el municipio de Puerto Alegre (Secretaria Municipal de Salud, Puerto Alegre, 2008).

Entre el 2000 y el 2007, las contrataciones de médicos, técnicos, enfermeros y agentes comunitarios de salud de Puerto Alegre se dieron vía CLT con la tercerización de los servicios siendo intermediada por la FAURGS (Fundación de Apoyo de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul). En julio del 2007 al no renovarse los contratos con la FAURGS, los 731 servidores de la estrategia de Salud de la Familia de Porto Alegre fueron suspendidos. Quedando su situación contractual indefinida por más de un mes. En ese periodo hubo una paralización que afecto al 80% de los equipos y a





casi todos los médicos, lo que acarreo el cierre temporario de varias unidades. En carácter de emergencia se realizó la contratación de los equipos por una nueva empresa tercerizada (Sollus, de San Pablo), manteniéndose la precarización del vínculo. En el inicio del 2008, al no haber sido encontrada una solución ante los problemas y frente a las presiones judiciales y del Consejo Municipal de Salud, la prefectura de Porto Alegre acordó realizar en cuanto fuera posible, un concurso público para regularizar la situación de los trabajadores del Programa, lo que hasta el final de esta investigación no se había efectivizado efectivizó.

La unidad sanitaria investigada en Porto Alegre fue inaugurada en el año 2002. Atiende una población de 5700 personas, aproximadamente, y limita con un asentamiento precario localizado en los fondos de la unidad. Se encuentra en buen estado de conservación y bien equipada, y dispone de materiales adecuados. El espacio físico, en compensación, está mal distribuido, resultando pequeño para el tamaño de dos equipos. La sala prevista para las reuniones, por ejemplo, no permite el encuentro de todo el grupo. Aparte de esto hay una cocina, dos baños, una sala utilizada como archivo (que el equipo llama el purgatorio), una sala de espera equipada con una televisión, y cinco consultorios. Existen en el área varias escuelas públicas y particulares, iglesias de diversas orientaciones y algunas organizaciones comunitarias que atienden a la población más necesitada.

La unidad está compuesta por dos Equipos de Salud e la Familia, ambos incompletos, que trabajan juntos e indistintamente, compuestos por 2 médicos, 2 enfermeros, 3 técnicos en enfermería y 7 agentes comunitarios de salud (uno de los médicos renunció en el mes de septiembre y hasta el final de esta investigación en el mes de diciembre no había un nuevo profesional contratado). Falta un técnico en enfermería y un agente comunitario de salud para que los dos equipos estén completos en esta unidad. Cada uno de los agentes comunitarios de salud atiende un área en particular, con características sociales propias.

### Caracterización del trabajo de los ACS

El ACS, de acuerdo a la legislación vigente (ley 11.350 de octubre del 2006) debe cumplir las siguientes exigencias: vivir en la propia comunidad en la que actúa, poseer educación básica completa y concluir un curso introductorio de ACS. Estos trabajadores tienen como

una de sus funciones el ejercicio de actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud, mediante acciones domiciliarias o comunitarias, individuales o colectivas, desenvueltas en conformidad con las directrices del SUS (Sistema Único de Salud) y bajo supervisión del gestor municipal, distrital, estadual o federal. Entre las actividades<sup>4</sup> prioritarias de este trabajador está la realización de visitas domiciliarias (VD) para el acompañamiento de las siguientes situaciones: acompañamiento de hipertensos y diabéticos, niños hasta dos años, parto de mujeres embarazadas. Estos trabajadores tienen como meta la realización de 160 visitas domiciliarias por mes.

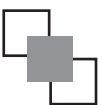
En el ámbito institucional las atribuciones son las mismas para todos los agentes comunitarios de salud en el territorio nacional, dada la política nacional prevista en la ley. Entretanto existen diferencias significativas en la forma en que el trabajo de los ACS es planeado y ejecutado. No solo por desenvolverse en regiones con culturas diferentes sino por la propia relación que se establece entre el ACS y el equipo, y de éste con la comunidad.

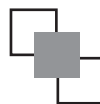
Las diferencias que aparecen en el trabajo de los ACS envuelven varios matices que incluyen formación para el trabajo, identificación/pertenencia con la comunidad, redes de solidaridad/reciprocidad, experiencias anteriores de trabajo, concepciones del proceso salud/enfermedad, y, principalmente, toda la compleja gama de relaciones que el ACS establece con los demás integrantes del equipo de la unidad de salud de la comunidad.

Estas particularidades producen formas de cuidado que Mehry (2002) denomina tecnologías leves. Las mismas se plantean como aquellas tecnologías producidas en el trabajo en acto. Condensando en sí las relaciones de interacción y subjetividad, posibilitando producir contención, vínculo, responsabilización y autonomía.

En lo que se refiere al ámbito político-administrativo, la formación de los ACS es responsabilidad del municipio, siguiendo la política de descentralización del SUS. Pudo constatarse que la poca formación ocasiona inseguridad y sufrimiento en el ejercicio profesional,

4. Conforme la legislación en vigor, ley 11.350/2006 son consideradas actividades Del Agente Comunitario de Salud en su área de actuación: I- La utilización de instrumentos para El diagnóstico demográfico y socio-cultural de La comunidad, II- La promoción de acciones de educación para La salud individual y colectiva, III- El registro, para fines exclusivos de control y planeamiento de las acciones de salud, de nacimientos, muertes, enfermedades y otros agravios a la salud, IV- El estímulo a la participación de la comunidad en las políticas públicas en el área de salud, V- la realización e visitas domiciliarias periódicas para monitoreo de situaciones de riesgo en la familia y VI- la participación en acciones que fortalezcan los hilos entre El sector salud y otras políticas que promuevan la calidad de vida.





principalmente cuando no hay claridad suficiente de las atribuciones y del papel social junto a la comunidad. Los ACS de la unidad investigada relataron que tuvieron una semana de capacitación antes de iniciar el trabajo en la unidad de salud. Esta capacitación fue realizada por la Pontificia Universidad Católica (PUCS/RS). Al ser preguntados por el contenido del curso, la mayoría de los ACS dijo que ni recordaba los temas que se habían abordado. Como ocurre en otros municipios del país, la formación fue tercerizada. A través de esta práctica los municipios contratan una entidad, (en general una universidad), que en la mayor parte de los casos no consigue establecer un diálogo adecuado con los ACS.

Además del curso introductorio (generalmente de una semana) algunas municipalidades mantienen formaciones aisladas, en forma de cursos de pocas horas cátedra (generalmente no más que un día/turno). En la unidad investigada se percibió una formación fragmentaria en la que los CAS no conseguían integrar los conocimientos de esos cursos en una propuesta de cuidado integral a la salud de la comunidad, ni comprender la lógica del propio programa en que actual (PACS), ---como evidencia las palabras que siguen:

“No recibí formación mas completa. Yo recibí formación sobre el dengue, reducción de daños, enfermedades de transmisión sexual, fueron todos cursos rápidos. En general es la municipalidad la que da esos cursos” (ACS 2)

Se constato que los ACS de la unidad investigada recibieron poca formación. Inclusive algunos de ellos, con casi seis años de trabajo, no tuvieron ningún otro curso, además de aquel introductorio. Se percibió que, en la falta de una capacitación apropiada, los recursos/ estrategias que los ACS accionan para desenvolver su trabajo, son en general pautados por sus experiencias de vida. Existen, entonces, diversos atravesamientos como la religiosidad y la moral. Se percibió que, en la falta de una capacitación apropiada, los recursos / estrategias que los ACS accionan para desenvolver su trabajo son en general pautados por sus experiencias de vida, como denotan las siguientes palabras:

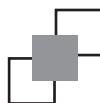
“Lidiamos con muchos casos de adicciones, yo intento hablar aparte con la madre del paciente: - Estamos viendo lo que te está pasando, por la experiencia que yo tengo como madre y por los otros lugares en los que trabajé, vos estás haciendo que...” (ACS%)

Más aún, otra ACS evidencia distorsiones claras en sus concepciones de salud. La ACS es practicante de una religión pentecostal y mezcla nociones de salud/

enfermedad con posiciones morales, ---- como si la salud fuese consecuencia de las virtudes morales, o sea, cuanto mas virtuosa una familia, mas virtuosa esta sería. Categorías como “familias bien estructuradas parecen distribuir etiológicamente posibilidades de salud y enfermedad, como aparece en una situación relacionada sobre la importancia conferida por la ACS a lo que sería una familia o una madre “modelo” del área

Se indaga que otra forma de los procesos de formación podrían contribuir para que los ACS evaluaran los procesos de salud/enfermedad a partir de criterios más amplios y no solamente morales. ¿De qué forma sensibilizarlos para la producción de cuidado a partir de los valores de los propios usuarios deshaciéndose de nociones como “familia modelo” para trabajar dentro de la realidad de cada familia?

Es importante mencionar que los ACS se encuentran con situaciones muy complejas de vulnerabilidad social que extrapolan a la formación que reciben para trabajar y que esto produce sufrimiento en estos trabajadores. Una de las funciones previstas para los ACS es que éste pueda desarrollar acciones de promoción de la salud. Se puede dimensionar la complejidad y el tamaño de los desafíos de este profesional si se toma en cuenta la caracterización de esta competencia, como: “Capacidad para participar de la promoción de la salud en su área de ---- a través del desarrollo de trabajo educativo, del estímulo a la participación comunitaria y del trabajo intersectorial, con el objetivo de la calidad de vida” (Brasil 1999b, p 16). Ante esto, cabe cuestionar: ¿Cuál es la formación de la que el ACS dispone para cumplir las funciones de Promoción de la Salud? Se parte del supuesto de que para realizar acciones de Promoción de la salud sería necesario apropiarse del concepto ampliado de salud, y por lo tanto de la comprensión de una nueva actuación en salud (Bachilly y col, 2006) que se vuelque sobre las acciones comunitarias. Aún más, requiere que se perciban y respeten los conocimientos sobre los procesos de salud-enfermedad que la comunidad ya detenta, para que se puedan construir intervenciones en conjunto con ella (Bornstein; Stotz, 2008), incorporando también la cuestión de la participación popular. En este sentido, la formación que el ACS ha recibido es insuficiente para que pueda desarrollar adecuadamente sus funciones. Esta es una de las situaciones que tornan vulnerable a este trabajador. Y aún más, la formación inadecuada tiene consecuencias importantes en los modos de trabajo de los ACS, principalmente en lo que tiene que ver







con la cuestión de la responsabilización. Los ACS, en situación de incertidumbre respecto a cuál es su papel, terminan por sentirse responsables por situaciones en las que se exceden su actuación y que en gran medida son problemas estructurales de difícil resolución, dependientes de cambios socioeconómicos.

En cuanto a su experiencia cotidiana de trabajo, la relación del ACS con el equipo es una de las cuestiones que requiere análisis. Durante la realización de nuestra investigación, varias situaciones llevaron a problematizar las relaciones de los ACS con el equipo de la unidad. Una de las situaciones que evidencia la tensión en esta relación se refiere a la distribución del espacio físico. Los ACS hicieron observaciones acerca del espacio físico que ocupaban en la unidad. Uno de sus reclamos era relativo al hecho de no poder utilizar una sala que al principio estaba disponible para su trabajo, conforme el relato de un agente:

“Hasta una sala que teníamos para trabajar ahora no la tenemos, son los doctorandos los que la utilizan. Tenemos que trabajar, llenar los formularios en la cocina... corriendo el riesgo de derramar café sobre nuestros papeles. No se puede entrar a la sala de reuniones e interrumpir a los doctorandos ellos discuten los casos ahí, esta complicado, no?” (ACS5).

Al tiempo que esta situación en torno al espacio parece denotar la posición jerárquica ocupada por los agentes comunitarios de salud dentro de la unidad. La sala que al principio era de los ACS fue ocupada para reuniones de los doctorandos y ellos quedaron sin poder disponer de este “lugar”.

La distribución del espacio físico durante las reuniones de equipo (que ocurren una vez por semana en la unidad) es otra circunstancia que merece análisis. En estas ocasiones los agentes comunitarios de salud se sentaban en pequeños bancos individuales, próximos unos de otros, ocupando un espacio físico mínimo junto a la puerta de salida de la sala, mientras los demás profesionales de la salud se sentaban alrededor de la mesa de esta sala de reuniones.

A fin de exponer como algunos ACS son recibidos por los demás integrantes de una unidad de salud. Reproducimos dos frases que ilustran la incomodidad al tener que compartir un espacio en común: “*esta “gente” va a usar el mismo baño que nosotros? Van a usar hasta nuestra cocina?*” Esta pregunta fue hecha por los integrantes de un equipo al ser informados de que tendrían ACS trabajando en la unidad<sup>5</sup>.

Estas declaraciones esclarecen como se configuran las re-

5. Pregunta hecha por los integrantes del equipo de una unidad de salud cuando fueron informados que tendrían agentes comunitarios de salud trabajando en la unidad (Comunicación oral, informante: técnica responsable de la formación permanente de un complejo hospitalar en Porto Alegre, noviembre de 2008)

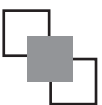
laciones entre los ACS y los demás trabajadores en algunas unidades. Obviamente, no se puede generalizar esta situación, ya que las relaciones en otros equipos pueden tener un carácter menos jerárquico y de mayor cohesión. Mientras tanto se puede inferir a partir de nuestro análisis que en algunos equipos los ACS son percibidos por los demás integrantes como intrusos de la comunidad, como quienes de alguna forma “vigilan” el trabajo de los demás profesionales de la salud. Se entiende que una hipótesis posible para ser considerada en este caso, es que esto puede asociarse al hecho de que el ACS pertenece a la comunidad, a diferencia de los demás profesionales del equipo. Lo que le reserva un lugar diferenciado en el status jerárquico del equipo.

Desde el punto de vista de algunos profesionales los ACS no poseen legitimidad para este trabajo, porque, de acuerdo a sus concepciones, no detentan competencias profesionales técnicas necesarias. Vale decir, desde una perspectiva que asocia salud únicamente a prácticas curativas realizadas individualmente, y que requieren cierto conocimiento técnico específico. Ahora, si partiésemos únicamente de esta expectativa, se podría decir que los ACS no intervienen en la salud, ya que realmente no poseen competencias “técnicas” para esto (salvo en raros casos en que el ACS posee formación de auxiliar de enfermería). Por otro lado, al adoptarse el concepto ampliado de salud, se percibe la potencialidad que el trabajo del ACS podría tener, facilitando la prevención y la promoción en salud. Además de posibilitar el ejercicio de la participación de la comunidad y el control social.

La relación de los ACS con los demás integrantes del equipo es, por lo tanto, un factor de extrema importancia para el desempeño de su trabajo.

En relación al sufrimiento de estos trabajadores, será analizada la situación de que el mismo constituye el hilo que anuda el servicio de salud a la comunidad (Silva; Dalmaso, 2002). Conforme nuestro análisis, una de las realidades que produce sufrimiento en los ACS parece residir exactamente en esta expectativa que recae sobre él.

En relación al servicio de salud, cabe mencionar que la presencia de los ACS no tiene mucha receptividad en muchos equipos. Algunas veces ellos son percibidos como intrusos de la comunidad en el equipo, como un “forastero” que observa el trabajo de los demás profesionales de la salud. Lo que nos lleva a concluir que en muchos equipos la actuación del ACS no es reconocida y respaldada por el resto del equipo. Aún





cuando haya sido aceptado en el equipo, el ACS no goza del mismo estatus que otros profesionales respecto al resto del equipo. Su trabajo en muchos casos es visto como una contribución menor al trabajo del equipo, siendo considerado por algunos como un trabajo meramente burocrático. En muchas ocasiones durante la realización el trabajo de campo se pudo percibir cierta incomodidad de los ACS respecto a otros integrantes del equipo. Como en el caso de la distribución del espacio físico, en donde los ACS perdieron el espacio que ocupaban y pasaron a llenar sus documentos en la cocina. Y también la situación, ya descrita en este artículo, del espacio físico “destinado” a los ACS durante las reuniones de equipo

La relación del ACS con la comunidad oscila entre dos polaridades: prestigio y desprestigio. El ACS tiene prestigio por integrar un equipo de salud, y poder así ampliar las posibilidades de acceso de la comunidad a la unidad sanitaria, por ejemplo, facilitando el otorgamiento de turnos para consultas y exámenes). Por otro lado, este trabajador, puede ser percibido por la comunidad como un observador de la unidad de salud sobre sus prácticas cotidianas, a tal punto que algunas familias se niegan a recibirlos. Por otro lado, se constató que el polo en que el ACS este situado en su relación a la comunidad depende mucho de la forma de su actuación individual, de la disposición para ayudar a los usuarios que éste demuestre. Por ejemplo, si logra establecer vínculos más solidarios con la población que atiende, mostrando mayor proximidad con las familias, gozará de mayor prestigio. Contrariamente, si no consigue establecer buenos vínculos, será desprestigiado. Estas relaciones son siempre muy delicadas para el ACS.

A pesar de considerar que la relación con la comunidad puede oscilar entre estas dos polaridades, al acompañar en las visitas domiciliarias a los ACS se percibía que éstos, en la mayoría de los casos, poseían prestigio en su comunidad y que su trabajo era reconocido como algo importante. Tanto, que los itinerarios eran muchas veces interrumpidos y modificados para que los ACS pudiesen atender a todas las personas que solicitaban su atención. Y no era raro que los ACS fueran presentados con cierto afecto por las personas atendidas. Mientras tanto, queda como pregunta cómo un ACS podrá actuar sobre las condiciones de vida y el empoderamiento de sus comunidades, si el mismo no se siente legitimado y “empoderado” ante su equipo de salud. Existe una expectativa de la comunidad en relación al

trabajo del ACS, tanto como del equipo de salud, y el ACS no siempre consigue actuar de forma de satisfacer estas expectativas que recaen sobre él. En este sentido, el hecho de ser el hilo que liga la comunidad y el servicio de salud, puede muchas veces ser motivo de sufrimiento para este trabajador, en la medida en que sufre presión del equipo y de la comunidad y es responsabilizado cuando el servicio de salud no resuelve. A pesar de esto, los ACS consideran como un factor muy positivo su pertenencia a la comunidad en la que actúan, como demuestran las siguientes palabras:

*“Lo bueno es ser de la zona, sabés lo que pasa, por ejemplo, cuando pasa algo en el fin de semana, vos ya sabés lo que te espera” (ACS 7)*

*“Me gusta trabajar, yo conozco a las personas, hay cosas que uno sabe antes, las personas confían más por que vos las conocés en la vida cotidiana de uno... entonces es más fácil el trabajo, si yo no viviese allí, sería más complicado. Yo no me sentiría bien trabajando aquí dentro (de la unidad)” (ACS 5)*

Varios ACS refieren que mantuvieron una relación con los usuarios como si éstos fuesen de sus familias. En sus declaraciones aparecen claramente las nociones de pertenencia y solidaridad: *“Yo intento resolver los problemas, mi área es como si fuese mi familia... yo tampoco tuve una estructura” (ACS2)* En el momento en el que el ACS habla de esto, se emociona y llora. En este día su testimonio se extendió media hora. Este ACS habla de sus hijos y de otros jóvenes que vio crecer y fueron asesinados por el narcotráfico y de otro que murieron por el uso de drogas. Este discurso emocionado empalidece la posibilidad de pensar en las relaciones de reciprocidad y que se establecen entre el ACS y la comunidad. La forma en la que el ACS percibe y comprende a la comunidad es diferente de la de los demás integrantes del equipo. Los demás integrantes del equipo acompañan la comunidad, pero a partir de otro lugar por que no comparten con ésta sus códigos simbólicos, su lugar de pertenencia social, su modo de producción de vida. El hecho de residir en la comunidad y de estar integrado en este universo simbólico hace que las relaciones que el ACS tiene con la comunidad se pauten en gran medida por la reciprocidad.

Un ACS llegó a mencionar que cuando alguien de la comunidad no era bien recibido en la unidad, él sentía cierta indignación porque era como si fuese él o alguien de su familia, evidenciando así una relación de identificación con la comunidad en la que actúa

Muchos ACS alegaban que conocían la comunidad por que residían en ella, lo que les garantizaba cierta previsibilidad de conductas. Existe cierta zona de





indiscernibilidad entre las relaciones de amistad y las relaciones profesionales que los ACS establecen con sus vecinos. Los ACS son más accesibles que otros profesionales porque residen en el área en que actúan. Si por un lado la situación de proximidad/vecindad favorece el establecimiento del vínculo por que los usuarios se identifican con los ACS, puede haber cierta invasión de la privacidad del universo existencial de los usuarios por que los ACS tienen un acceso privilegiado a ciertas informaciones. Parece existir un límite muy tenue en estas situaciones. Los CAS no están regidos por ningún código de ética. Fortes y Spinetti (2004) refieren cierta preocupación sobre qué tipo de información los agentes comunitarios de salud deben recibir del equipo, ya que estos no están regidos por un código de ética profesional, que les exigiría cuestiones como prudencia y privacidad, y al mismo tiempo su tipo de inserción de la comunidad podría hacer que funcionen como “observadores” del equipo de salud en la comunidad. Sobre este punto cabe considerar que la burla es una importante moneda de cambio en los grupos populares, conforme el análisis emprendido por Fonseca (2000), en su etnografía sobre las relaciones de género y la violencia en las clases populares. Parece que, un proceso formativo en el que estas cuestiones fuesen debidamente abordadas sería un parámetro importante en la realización del trabajo de los ACS.

La vulnerabilidad social con la que los ACS se encuentran en su trabajo cotidiano (y a la que en muchos casos ellos mismos están expuestos), requeriría una red de apoyo amplia debido al grado de complejidad de estas situaciones, como demuestran los siguientes testimonios: “Tenemos muchos problemas, nuestro día a día es muy sufrido, usted vio las casas a las que nosotros fuimos, los problemas con los que nos encontramos, nuestro día a día no es fácil” (ACS 3 hablando con una investigadora sobre el acompañamiento en las visitas domiciliarias realizadas).

“Yo busco hacer lo máximo que se pueda... converso con el médico, un apuntalamiento del tratamiento no da para que yo haga, es difícil, intento conversar con el equipo. Esta chica de la que te hablé... Tiene 22 años, tiene SIDA, droga (crack), ya consumía a antes, tiene tuberculosis, quedó embarazada de nuevo, descubrió su enfermedad (SIDA). Su hija más pequeña está en una institución por que hubo una denuncia de Consejo.. El Consejo se llevo a la nena porque ella estaba poniendo a la hija en riesgo, ella tiene tuberculosis y

no se estaba tratando... yo estaba intentando conversar con ella... para que ella haga el tratamiento de la tuberculosis, ella promete una cosa, pero hace otra, la estructura es tan mala que ella no gobierna sus propias piernas, yo intento darle amor y cariño, mas que esto no puedo hacer” (ACS 2).

“En mi área hay mucha falta de estructura (familiar), en mi área hay muchos problemas de salud mental. Hay muchas peleas familiares, la familia esta desestructurada, en mi área casi no hay parejas, así, de padre y madre, los chicos se crían sin el padre” (ACS 2)

“En mi área hay bastantes problemas con las drogas también, tanto de consumo como puntos de venta” (ACS3)

“En mi área, por ejemplo, hay bastantes problemas de prostitución, chicas de trece y catorce años que ya se están prostituyendo ... ya ni es un caso para nosotros (ACS), ya llegaron al consejo tutelar, es muy complicado..” (ACS 5)

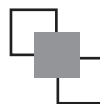
Los ACS se encuentran con muchos casos de vulnerabilidad social en su cotidiano y, en la mayoría de los casos, estos no tienen redes de apoyo suficientes para lidiar con estas situaciones, esto provoca en los ACS una sensación e frustración, impotencia y sufrimiento.

Los ACS de la unidad investigada vivencian situaciones de violencia y abandono familiar, estos casos, conforme relataran los ACS son siempre los más complicados y también aquellos que exigen mayos actuación e los mismos. Inclusive en algunos acompañamiento se percibió que los ACS no sabían cómo atender, tenían muchas dudas sobre que criterios tomar. En esos momentos quedaba evidenciado la falta de un funcionamiento unido del equipo que pudiese sostente las acciones de los ACS. En algunos casos los ACS quedaban muy inseguros sobre cuál era el mejor procedimiento, por ejemplo, en relación a situaciones de denuncia al consejo tutelar, es ilustrativa la declaración del siguiente ACS:

*“Existen situaciones en las que es difícil para nosotros intervenir porque se trata de la gente que vive allí, es nuestro vecino, no es alguien distante (ACS 5).*

En muchos casos los ACS afirman que al encontrarse con situaciones de violencia y abandono familiar no saben cómo actuar, estas cuestiones fueron mencionadas por todos los ACS durante la observación participante. Los ACS relataban que se sentían impotentes ante estos casos. En este sentido, es interesante pensar como cargaban sobre si la responsabilidad de hacer algo, lo que obviamente producía mucha angustia y sufrimiento a estos trabajadores.





## Consideraciones Finales

Pensar en las situaciones que vulnerabilizan la actuación de los ACS implica entender el conjunto de fuerzas que inciden en el cotidiano de este trabajador, como se demostró en el correr de este estudio. En relación al ámbito político-administrativo, cabe pensar en la formulación de políticas públicas sintonizadas con las reales necesidades de una gran parte de nuestra población, históricamente excluida de los derechos sociales básicos. Los programas ESF y PACS expresan, muchas veces, un esfuerzo en la dirección de consolidar esta política pública, pero también las dificultades de trasponer estos discursos institucionales en prácticas. Como nos alerta Tomaz (2002), existe una tendencia a la “heroización” y la “romantización” del papel de los ACS, y “no se puede poner en las espaldas de los ACS el arduo y complejo papel ser la mula propulsora de la consolidación del Sistema Único de Salud” (Tomaz, 2002, p. 86) La consolidación del sistema así como el proceso de transformación social, depende de diversos factores, políticos, técnicos, y sociales, envolviendo diversos actores, inclusive pero no solamente, a los ACS. Existe una paradoja en la forma en la él ACS es valorizado en términos del discurso institucional y cómo esto se efectiviza en la práctica cotidiana. Lo que se observa es que este importante recurso humano ha sido poco valorizado, en las diversas esferas de gobernabilidad en cuestiones relativas a su formación, a la forma de contratación y remuneración.

La formación que el ACS ha recibido es, en la mayoría de los casos, insuficiente para que el pueda lidiar con la complejidad que su cotidiano de trabajo presenta. Al no poseer discernimiento acerca de sus funciones, el ACS se siente responsabilizado por situaciones que extrapolan su actuación. Al no conseguir responder a determinadas demandas en su trabajo el ACS se acaba sintiendo desvalorizado y comienza a sentir un sufrimiento grave. Se entiende que para la formación de este importante recurso humano se precisaría un proceso de educación permanente en el cual este actor fuese un constructor de las demandas. Aparte de esto, sería necesario incorporar en los procesos formativos conceptos de una educación transformadora, utilizando saberes que los ACS ya poseen. Y no basarse en una educación conservadora en la que los conocimientos que los ACS poseen son considerado sentido común y sin valor.

La relación que los demás integrantes del equipo de

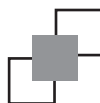
salud mantienen con el ACS podrá funcionar como un factor de motivación para el trabajo, en la medida en que el ACS se sienta reconocido y valorizado por el resto de su equipo, a partir de su situación. Contrariamente, la relación con los demás integrantes del equipo, podrá ser un factor de desmovilización para este trabajador, al sentir excluido o menospreciado su trabajo.

Se entiende que parte del sufrimiento referido por los ACS podría ser aliviado si hubiese un trabajo en equipo más efectivo, con la posibilidad de intervenciones conjuntas a través de la discusión de casos y la construcción de proyectos terapéuticos. Sería importante también que hubiese encuentros mensuales entre los ACS de los municipios o, al menos, de los distritos sanitarios, con el objetivo de fortalecer las redes sociales entre ellos. La construcción de estas redes posibilitaría compartir as experiencias a través de la discusión de problemas comunes al trabajo cotidiano de los ACS. Se considera importante el establecimiento de esta posibilidad de comunicación entre estos profesionales como una forma de minimizar la vulnerabilidad y el sufrimiento al que estos trabajadores frecuentemente están expuestos.

Las evidencias encontradas en la investigación realizada demuestran que existe aún un largo camino por recorrer para que se produzca la comprensión del papel social de los ACS y de la importancia de su trabajo. Se entiende que la ESF y el PACS son programas relativamente recientes y para que ellos se implementen tal como se preconiza institucionalmente – proporcionando una revisión del modelo de atención centrado en la cura individual en un hospital hacia un modelo de atención integral - aun restan muchos desafíos a ser superados. Forma parte de estos desafíos la adopción de un concepto integral de salud a través de las prácticas en salud mas sintonizadas con la vida de la comunidad atendida.

Se puede pensar, entre tanto, que la creación del PACS es algo relativamente reciente en nuestro país y los cambios engendrados por esta nueva comprensión de la salud son procesales, requieren por otro lado, de una formulación jurídica, cambios sociales y culturales, además de procesos educativos/formativos en las diversas instancias envueltas en este proceso.

Traducción: Lic. Natalia Cejas  
Docente UNLP. Becaria Programa Médicos Comunitarios







(\*) Janete Schubert, Magister en Psicología Social, Universidad Federal de Rio Grande do Sul.

(\*\*) Rosane Neves da Silva, Doctora en Educación. Profesora del Programa de Posgrado en Psicología Social e Institucional de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul

#### Referencias

- BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. "La identidad del agente comunitario de salud: un abordaje fenomenológico". *Ciênc.& Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-60, 2008.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. "Concepciones que integran la práctica y el proceso de trabajo de los agentes comunitarios de salud: una revisión de literatura". *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n.1: p.259-68, 2008.
- BRASIL. Ministerio de Salud. Decreto nº 3.189. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministerio de Salud. Ley nº 11.350. Brasília, 2006.
- FONTES, B. "Redes de Vigilancia Sanitaria". In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. "Redes sociales y salud: nuevas posibilidades teóricas". 2ª ed. Recife. Editora Universitaria da UFPE, 2008. p. 84-99.
- FORTES, P. A. C.; SPINETTI. "El agente comunitario de salud y la privacidad de las informaciones de los usuarios". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20 n. 5: 1328-1333, set-out. 2004.
- MANN J., TARANTOLA D.J.M., NETTER T. "Como evaluar la vulnerabilidad a la infección por el HIV y AIDS". In: Parker R. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.
- MERHY, E. E. "Salud: la cartografía del trabajo vivo". São Paulo: Hucitec, 2002.
- NOGUEIRA, R.P. SILVA, F. B.; RAMOS, Z.V.O. "La vinculación institucional de un trabajador sui generis – el agente comunitario de salud". IPEA. Rio de Janeiro, 2000. Disponible en: <[www.unb.br/ceam/nesp/polrhs](http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs)> Acceso en: 09 jul. 2000.
- NUNES, M. O. ; TRAD, L. B. ; ALMEIDA, B. A. ; HOMEM, C.R. ; MELO, M. C. "El agente comunitario de salud: construcción de la identidad de ese personaje híbrido y polifónico". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov-dez. 2002.
- SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. *Agente Comunitário de Saúde*. Editora Focruz, Rio de Janeiro, 2002.
- TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface – Comunic, Saúde, Educ*; v. 6, n. 10: p. 84-87, fev. 2002.
- VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; AGRA HASSEN, M. N. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

