

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Manuella Thereza Cabral Pessanha

**A relação trabalho-saúde das Agentes Comunitárias de Saúde em contexto da pandemia  
da Covid-19**

Rio de Janeiro

2022

Manuella Thereza Cabral Pessanha

**A relação trabalho-saúde das Agentes Comunitárias de Saúde em contexto da pandemia da Covid-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Territórios e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Santos Oliveira.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: The work-health relationship of Community Health Agents in the context of the Covid-19 pandemic.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

P475r Pessanha, Manuella Thereza Cabral.  
A relação trabalho-saúde das Agentes Comunitárias de Saúde em contexto da pandemia da Covid-19 / Manuella Thereza Cabral Pessanha. -- 2022.  
137 f. : il. color. ; graf. ; mapas

Orientadora: Simone Santos Oliveira.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Atividade de trabalho. I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.11

Manuella Thereza Cabral Pessanha

**A relação trabalho-saúde das Agentes Comunitárias de Saúde em contexto da pandemia da Covid-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Territórios e Direitos Humanos.

Aprovada em: 18 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup> Dra Alda Maria Lacerda da Costa

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof<sup>a</sup> Dra Lúcia Rotenberg

Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Oswaldo Cruz

Prof<sup>a</sup> Dra Simone Santos Oliveira (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2022

## **AGRADECIMENTOS**

Àquele que me dá força e vida.

Aos meus queridos pais e amigos por todo incentivo e força.

Ao Wallace Bruno pelo amor, companheirismo, parceria, compreensão e apoio incondicional.

Agradeço à minha orientadora Simone. Obrigada por me receber como orientanda, pela paciência e por estarmos juntas apesar da distância decorrente do isolamento social. Sua orientação, paciência e incentivo ao longo da elaboração deste trabalho me estimularam a prosseguir.

Aos integrantes do Grupo de Estudos sobre Ergologia pelos nossos encontros e discussões tão importantes.

Às minhas parceiras de turma de Mestrado por possibilitarem que esta caminhada fosse mais leve.

Às Agentes Comunitárias de Saúde que construíram esse trabalho com suas experiências e vivências, obrigada pela partilha, sem vocês nada disso seria possível!

## RESUMO

A Covid-19 chega ao município do Rio de Janeiro em um cenário de desmonte da Atenção Primária à Saúde. Envolvidos nesse contexto, os trabalhadores da saúde que já se encontravam em sofrimento devidos às mudanças macropolíticas e econômicas no Sistema Único de Saúde, precisaram recompor sua atividade de trabalho, assumindo a linha de frente da APS contra a Covid-19. Nesse sentido, esse trabalho teve como objetivo compreender a atividade de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e suas consequências para a saúde física e mental, utilizando-se das contribuições das Clínicas do Trabalho, principalmente da Psicodinâmica do Trabalho e da Perspectiva Ergológica, e também da Saúde do Trabalhador como referencial teórico metodológico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como ferramentas: diário de campo, aplicação do Questionário Saúde e Trabalho em Atividades de Serviço (QSATS) e conversas com ACS. Participaram da pesquisa 41 Agentes Comunitários de Saúde da Área Programática 2.1 do município do Rio de Janeiro. Para análise e interpretação dos dados, buscou-se a partir do ponto de vista da atividade o diálogo com a literatura e o referencial teórico. Os resultados apontam que há uma evidente feminização da categoria, com isso essas trabalhadoras assumem duplos e triplos papéis para conseguirem sustentar suas famílias, tendo em vista que a grande maioria são chefes de família. Além disso, apesar da distância entre o trabalho prescrito e real na atividade dessas trabalhadoras e das variabilidades na organização e condição de trabalho, as ACS através das renormatizações encontram um sentido em sua atividade de trabalho, reforçando a vinculação ao território e ao trabalho. Neste sentido, essa dissertação anseia contribuir na produção de conhecimentos sobre a atividade a partir do olhar das próprias ACS, no contexto de pandemia e fragilização da APS, visando a potencialização desse trabalho e da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Atividade de trabalho. Estratégia Saúde da Família. Saúde do trabalhador.

## **ABSTRACT**

Covid-19 arrives in the city of Rio de Janeiro in a scenario of dismantling of Primary Health Care. Involved in this context, health workers who were already suffering due to macro-political and economic changes in the Unified Health System, needed to recompose his work activity, assuming the front line of APS against Covid-19. In this sense, this study aimed to understand the work activity of Community Health Agents and its consequences for physical and mental health in the context of dismantling Primary Health Care and the Covid-19 pandemic, in the city of Rio de Janeiro, using the contributions of the Labor Clinics, mainly the Psychodynamics of Work and the Ergological Perspective as a theoretical and methodological framework. It is a qualitative research that used as methodological strategies the Health and Work Questionnaire in Service Activities (QSATS), the Meetings on Work and the literature review. 41 Community Health Agents from a Program Area in the city of Rio de Janeiro participated in the research. For data analysis and interpretation, the activity point of view and the method of interpretation of meanings were sought. The results show that there is an evident feminization of the category, with that these workers assume double and triple roles to be able to support their families, considering that the vast majority are heads of households. In addition, despite the distance between prescribed and actual work in the activity of these workers and the variability in the organization and condition of work, the CHAs, through the re-normalizations carried out, find meaning in their work activity, which creates a link between these professionals and the territory and to work. In this sense, this dissertation seeks to contribute to the production of knowledge about the activity from the perspective of the CHAs themselves, in the context of the pandemic and the weakening of the PHC, aiming at enhancing this work and health.

**Keywords:** Primary Health Care. Community Health Agents. Work Activity. Family Health Strategy. Worker's health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Esquema tripolar .....   | 19 |
| Figura 2 - Divisão do território do Município do Rio de Janeiro em áreas de Planejamento da Saúde. .... | 38 |
| Figura 3 - Esquema Circular do Dispositivo Dinâmico de 3 Polos.....                                     | 63 |
| Figura 4 - Mapa das favelas do Rio de Janeiro em 2010.....  | 64 |
| Gráfico 1 - Sexo.....   | 71 |
| Gráfico 2 – Raça/Cor.....   | 71 |
| Gráfico 3 - Idade.....  | 72 |
| Gráfico 4 - Tempo de trabalho .....   | 73 |
| Gráfico 5 - Escolaridade .....  | 73 |
| Gráfico 6 - Formas de aprendizagem .....  | 74 |
| Gráfico 7 - Estado Civil.....   | 77 |
| Gráfico 8 - Contribuição com o rendimento familiar .....  | 77 |
| Gráfico 9 - Filhos ou enteados.....   | 77 |
| Gráfico 10 - ACS que possuem pessoas dependentes de seus cuidados .....                                 | 78 |
| Gráfico 11 - Atividades realizadas .....  | 82 |
| Gráfico 12 - Atividades que exigem maior esforço.....   | 83 |
| Gráfico 13 - Exposição a agressões.....   | 88 |
| Gráfico 14 - Reconhecimento e valorização.....  | 92 |
| Gráfico 15 - Sintomas e problemas de saúde das ACS .....  | 95 |
| Gráfico 16 - ACS infectadas por Covid-19 .....  | 98 |
| Gráfico 17 - Relações rompidas decorrente de óbito por Covid-19 .....                                   | 98 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|          |   |
|----------|---|
| AB       | Atenção Básica à Saúde                                  |
| Abrasco  | Associação Brasileira de Saúde Coletiva                 |
| ACE      | Agente de Combate às Endemias                           |
| ACS      | Agente Comunitário de Saúde                             |
| AP       | Área de Planejamento                                    |
| APS      | Atenção Primária à Saúde                                |
| BVS      | Biblioteca Virtual em Saúde                             |
| CAP      | Coordenadoria de Atenção Primária                       |
| CF       | Clínica da Família                                      |
| CMS      | Centro Municipal de Saúde                               |
| CNS      | Conselho Nacional de Saúde                              |
| CONASEMS | Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde   |
| CONASS   | Conselho Nacional de Secretários da Saúde               |
| Covid-19 | Corona Vírus Disease 2019                               |
| CS       | Centro de Saúde   |
| eAB      | Equipe de Atenção Básica                                |
| EC       | Emenda Constitucional                                   |
| ENSP     | Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca          |
| EPI      | Equipamento de Proteção Individual                      |
| EPS      | Educação Popular em Saúde                               |
| EPSJV    | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio            |
| ESF      | Estratégia Saúde da Família                             |
| eSF      | Equipe de Saúde da Família                              |
| Fiocruz  | Fundação Oswaldo Cruz                                   |
| IDH      | Índice de Desenvolvimento Humano                        |
| INSAT    | Inquérito Saúde e Trabalho                              |
| INSATS   | Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviço                |
| MOI      | Movimento Operário Italiano                             |
| MRJ      | Município do Rio de Janeiro                             |
| MS       | Ministério da Saúde                                     |
| NASF     | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                      |
| NASF-AB  | Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde                            |
| OPAS     | Organização Pan-Americana de Saúde                      |
| OSS      | Organização Social de Saúde                             |

|            |  |
|------------|--|
| PACS       | Programa de Agentes Comunitários de Saúde                                  |
| PEC        | Proposta de Emenda à Constituição  |
| PNAB       | Política Nacional de Atenção Básica  |
| PNI        | Programa Nacional de Imunização  |
| PSF        | Programa de Saúde da Família   |
| RA         | Região Administrativa  |
| RAS-SUS    | Redes de Atenção à Saúde do SUS  |
| SciELO     | Scientific Electronic Library Online                                       |
| SES/RJ     | Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro                            |
| SINDACS-RJ | Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro |
| SMS-RJ     | Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro                            |
| SUBPAV     | Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde          |
| SUS        | Sistema Único de Saúde   |
| SVS        | Secretaria de Vigilância Sanitária   |
| TCLE       | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                 |
| UBS        | Unidade Básica de Saúde  |
| UFRJ       | Universidade Federal do Rio de Janeiro                                     |
| VD         | Visita Domiciliar  |

## SUMÁRIO

|   |             |
|---|-------------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>13</b>   |
| <b>2. A DIALETICA ENTRE O MACRO E O MICRO .....</b>   | <b>19</b>   |
| <b>3. POLO POLÍTICO .....</b>   | <b>21</b>   |
| 3.1. MARCOS LEGAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....  | 21          |
| 3.2. (DES)FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....   | 28          |
| <b>4. POLO DO MERCADO .....</b>   | <b>33</b>   |
| 4.1. MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE .....   | 33          |
| 4.2. AS RELAÇÕES DE SERVIÇO E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO .....                      | 36          |
| <b>5. POLO DA ATIVIDADE .....</b>   | <b>43</b>   |
| 5.1. A RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE E O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR .....                                       | 43          |
| 5.2. PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE .....  | 48          |
| 5.3. O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE A PARTIR DE ALGUNS ESTUDOS .....                          | 54          |
| <b>6. METODOLOGIA .....</b>   | <b>62</b>   |
| <b>7. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>  | <b>70</b>   |
| <b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>101</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>104</b>  |
| <b>APÊNDICE A - QUADRO METODOLÓGICO .....</b>   | <b>1211</b> |
| <b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - QSATS .....</b>                                | <b>1222</b> |
| <b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) II – ENCONTROS SOBRE O TRABALHO .....</b> | <b>1244</b> |
| <b>APÊNDICE D – INFOGRÁFICO COM RESULTADOS DA PESQUISA .....</b>  | <b>1266</b> |

|  |             |
|--|-------------|
| <b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO SAÚDE E TRABALHO EM ATIVIDADES DE SERVIÇO.....</b> | <b>1277</b> |
|--|-------------|

## APRESENTAÇÃO

Primeiramente, gostaria de falar que sou uma mulher cis, negra, suburbana do Rio de Janeiro e esposa. Desde a graduação em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC Rio), as questões urbanas e movimentos sociais me chamavam a atenção. Dessa forma, minha prerrogativa profissional ancora-se na defesa intransigente dos direitos humanos.

Ainda na graduação, fiz parte de projeto de pesquisa enquanto aluna de Iniciação Científica desenvolvida pelo Laboratório de Estudos Urbanos e Socioambientais (LEUS/DSS/PUC Rio) que tinha como propósito compreender o modo como o Partido Comunista Brasileiro (PCB) atuou no período de sua legalidade, especificamente em favelas do Rio de Janeiro, bem como a maneira que as Uniões Femininas atuaram e mobilizaram a população no período pós-guerra (1945-47) lutando e salientando as principais reivindicações dos moradores.

Ainda no período da graduação, estagiei por um ano no Espaço Democrático de União Convivência Aprendizagem e Prevenção (EDUCAP) localizado no Complexo do Alemão, que tem como missão o desenvolvimento de ações vinculadas à promoção de direitos humanos, promoção de saúde e defesa da cidadania na comunidade, especialmente no que diz respeito à educação e saúde.

Logo após, atuei enquanto estagiária na Associação de Assistência ao Adolescente (AAA) que era uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos que tem como finalidade estatutária prestar assistência social, através de acompanhamento e concessão de benefícios a estudantes ensino fundamental, médio/técnico e universitário, de baixa renda e com bom desenvolvimento acadêmico na perspectiva do protagonismo juvenil e na articulação com uma formação cidadã. Como parte do meu Trabalho de Conclusão de Curso, fiz o levantamento do perfil dos adolescentes atendidos na AAA, e a grande maioria dos usuários da Associação de Assistência ao Adolescente (61%) eram moradores das favelas da Zona Sul do município do Rio de Janeiro.

Ao concluir a universidade (2016), ingressei na Pós-graduação Lato Sensu nos moldes de residência em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Como campo da residência, atuei em uma Clínica da Família localizada na Rocinha/RJ e na Coordenadoria de Atenção Primária da Área Programática 2.1. Tendo em vista as influências político-econômicas nas ações dos profissionais de saúde e, por conseguinte na

saúde desses, meu Trabalho de Conclusão de Residência teve como título: Saúde do Trabalhador e as mudanças político-econômicas no SUS: Uma análise na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde.

Esse trabalho que tinha como objetivo identificar quais os impactos do processo de mudanças político-econômicas no SUS na saúde dos Agentes Comunitários de Saúde em uma Clínica da Família no Rio de Janeiro, me oportunizou um envolvimento e um olhar com mais de respeito e afeto por essa categoria que permanece na luta e a frente da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, apesar de todos os atravessamentos encontrados no percurso.

Dessa forma, ingressei no Mestrado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública e optei por dar continuidade e aprofundar minhas pesquisas e leituras sobre a saúde dos Agentes Comunitários de Saúde.

Com a chegada da pandemia de Covid-19 o cenário da Atenção Primária à Saúde mudou, novos protocolos e ações foram estabelecidas às ACS, que precisaram adaptar-se ao contexto de emergência sanitária e modificar suas atividades de trabalho. Dessa maneira, minhas experiências enquanto assistente social, especialista em Saúde da Família e Comunidade, mestranda acadêmica em Saúde Pública, mulher negra e esposa me motivam a continuar contribuindo através dessa dissertação com a defesa do SUS, da vida, da dignidade humana e da saúde das trabalhadoras.

## 1. INTRODUÇÃO

Em meio a um contexto de alteração nas atividades de trabalho devido a pandemia da Covid-19, o objeto desta dissertação é a saúde dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), em específico dos Agentes Comunitários em Saúde (ACS)<sup>1</sup>, considerando a fragilização da APS em função das mudanças políticas nos últimos anos. Visa dar continuidade à pesquisa anterior<sup>2</sup> sobre as consequências do processo de mudanças político-econômicas do Sistema Único de Saúde (SUS) na saúde dos ACS. O referido estudo realizado em uma Clínica da Família no Rio de Janeiro apontou que as mudanças políticas, econômicas e sociais no município, impactaram diretamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), especialmente os profissionais que a compõem e que lutam para a permanência desta política de saúde. Pode-se verificar que esses trabalhadores se encontravam em sofrimento psíquico, influenciados diretamente pelas mudanças político-econômicas que incidiram na APS e é nessa conjuntura que esses profissionais de saúde precisaram recompor suas atividades de trabalho para enfrentar a pandemia da Covid-19.

A Covid-19 é uma doença causada pelo agente SARS-CoV-2, identificado em amostras respiratórias de pacientes da cidade de Wuhan, cidade da China, após um surto de pneumonia de origem não identificada em dezembro de 2019 (HUANG, 2020). A propagação da doença se dá por gotículas ou aerossóis, bem como pelo contato da mucosa com partículas nas superfícies pelas mãos podendo variar de um quadro leve até quadros de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) com evolução fatal (ZHOU, 2020). A Covid-19 possui um alto potencial de transmissibilidade, com letalidade dependente de fatores de risco, como idade, presença de uma ou mais comorbidades e imunidade do indivíduo (ZHU, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, declarou a elevação da infecção pelo SARS-CoV-2 ao estado de pandemia, isso significa que o vírus está circulando

---

<sup>1</sup> Apesar da categoria profissional de Agentes Comunitários de Saúde ser composta majoritariamente por mulheres, vamos nos referir às ACS no feminino no título do trabalho e a partir do Capítulo 6 – Resultados e Discussão, tendo em vista que a literatura utiliza a nomenclatura Agente Comunitários de Saúde. Dessa forma, ao longo do texto, foram utilizados os termos “trabalhador” e “trabalhadores”. O uso dessas palavras no gênero masculino foi utilizado com a intenção de dar fluidez ao texto, porém, sempre que o termo aparecer, está se fazendo referência também à trabalhadora e às trabalhadoras. Inclusive, a participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde tem maior expressão que a dos homens, sendo, em 2011, cerca de 70% da força de trabalho em saúde (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

<sup>2</sup> Pesquisa apresentada como Trabalho de Conclusão de Residência em Saúde da Família e Comunidade na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

em todos os continentes, com a ocorrência de casos oligossintomáticos<sup>3</sup>, o que dificulta a identificação.

Devido ao grande impacto da doença no Brasil, fez-se necessário uma reestruturação do sistema de Saúde Pública, com objetivo de não sobrecarregar os serviços nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) (FREITAS, 2021).

A APS<sup>4</sup>, caracterizada no Rio de Janeiro pela ESF, é a porta de entrada do paciente no SUS, tendo como função acompanhar a população adscrita de forma resolutiva, além de coordenar e ordenar o cuidado em saúde nos demais níveis de atenção. Vale salientar, que é desta forma que a APS se torna ainda mais relevante em períodos de surtos e epidemias.

A ESF tem como característica um olhar ampliado sobre o usuário, sendo ele parte de uma família e de um território. O vínculo da equipe com os usuários possibilita a longitudinalidade do cuidado. Segundo Starfield

(...) a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de Atenção Primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. (STARFIELD, 2002, p.62)

A particularidade central da APS são os ACS que fazem parte da equipe mínima da ESF, se tornando um elo entre a população e os outros profissionais. Vale ressaltar a importância do ACS para o cuidado continuado em saúde da população.

Como atores sociais centrais, os ACS exercem ações que vão desde o cadastramento da população à promoção de saúde da população adscrita, orientações sobre uso do sistema de saúde, educação popular em saúde, mapeamento territorial, visitas domiciliares, dentre outras atividades.

O ACS pode ser chamado de trabalhador *sui generis*, uma vez que se trata de um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que desenvolve atividades não apenas restritas ao setor da saúde, diferentemente do que ocorre com os outros profissionais de saúde da equipe (NOGUEIRA *et al.* 2000).

Operacionalmente, a ESF deve assumir papel resolutivo frente aos casos leves e de identificação precoce e encaminhamento rápido e correto dos casos graves, mantendo a coordenação do cuidado destes últimos (BRASIL, 2020). Para que este serviço seja resolutivo, faz-se necessário que os profissionais estejam capacitados para responder a esta nova demanda através de treinamentos sobre prevenção da doença, uso de equipamento de proteção individual

---

<sup>3</sup> Apresentação de poucos sintomas da doença.

<sup>4</sup> Nesse texto, para fins didáticos, adotaremos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde, em ambas as terminologias como sinônimos, tendo em vista que o termo Atenção Básica só existe no contexto brasileiro.

(EPI), e espaço físico adequado para se manter o distanciamento social. Além de novos protocolos de atuação em contexto de Covid-19, informações sobre a doença, dentre outros suportes importantes para um trabalho eficaz e eficiente no enfrentamento da Covid-19.

No entanto, no Brasil, há um conflito político e econômico, em torno da pandemia de Covid-19, que afeta a disponibilidade de suportes necessários para a atuação dos profissionais de saúde no enfrentamento da doença e, por consequência influencia diretamente a atuação desses trabalhadores.

O atual presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, ao definir a pandemia de Covid-19 como uma “gripezinha”<sup>5</sup>, se opondo às medidas da Organização Mundial da Saúde (OMS), ignora os conhecimentos científicos sobre a doença. A título de manter a economia em movimento, o presidente se posicionou contra as medidas de isolamento social e de fechamento de fronteiras interestaduais. Como consequência dessa política de desestabilização, houve muitas mudanças no Ministério de Saúde, incluindo a substituição do próprio ministro. Criou-se assim, uma falsa oposição entre saúde e economia. Conflito que interfere na estruturação de protocolos e de normas para enfrentamento da Covid-19, confundindo a população e os trabalhadores.

A vacina contra a Covid-19 chegou ao Brasil em janeiro de 2021 quando o país já contava 210 mil mortos pela doença. Apesar das dificuldades encontradas nesse processo de corrida pela vacina, atualmente (janeiro de 2022) o Brasil conta com 144 milhões de pessoas<sup>6</sup> totalmente vacinadas, totalizando (67,6%) da população. No município do Rio de Janeiro, o índice de vacinados chega a 86,35% da população vacinada em duas doses.<sup>7</sup> Esse avanço se dá graças ao empenho e ao trabalho da APS e do SUS.

A APS passou por mudanças político-econômicas que refletiram no desmonte do SUS como um todo. Algumas dessas alterações foram: a Emenda Constitucional 95, a nova Política Nacional de Atenção Básica e o novo modelo de financiamento da APS. É sob esse contexto que a pandemia de Covid-19 chega ao Brasil e, no município do Rio de Janeiro. A estratégia neoliberal tem como objetivo diminuir os investimentos com a Saúde Pública, o que afeta diretamente o modelo de assistência, os serviços de saúde prestados, as relações e processos de trabalho e a relação dos usuários com seu direito à saúde (GIOVANELLA, 2018).

---

<sup>5</sup> Em março deste ano, no entanto, o presidente Jair Bolsonaro usou a expressão ao menos duas vezes publicamente. A primeira vez, em uma coletiva de imprensa, no dia 20 de março de 2020: "Depois da facada, não vai ser uma gripezinha que vai me derrubar, tá ok?".

Quatro dias depois, voltou a usar o termo em pronunciamento nacional em rádio e TV: "No meu caso particular, pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho, como bem disse aquele conhecido médico, daquela conhecida televisão".

<sup>6</sup> [https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID\\_WRL](https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL)

<sup>7</sup> <https://vacinacaocovid19.saude.rj.gov.br/vacinometro>

O processo de desfinanciarização do SUS que introduz mudanças na política de Atenção Básica (AB), conta com medidas que desqualificam a saúde. Essas alterações decorrem de uma política de corte de gastos na saúde no contexto de uma estratégia de ajuste fiscal de orientação neoliberal e ultraliberal.

Como uma das mudanças na AB, temos a diminuição de contingente profissional e o aumento das funções dos trabalhadores da APS. Isso, atinge diretamente a atividade de trabalho, podendo se tornar a causa de sofrimento e fonte de adoecimento para esses trabalhadores, ao limitar suas potencialidades, criatividade e autonomia.

Os ACS enfrentam dificuldades no trabalho, que implicam diretamente na sua saúde. Diversos estudos indicam que o esgotamento mental decorrente da atividade de trabalho, em contexto de pandemia, atingiu níveis muito altos, estimando um acometimento de quase 70% da população de profissionais de saúde. Outra condição frequente nesses trabalhadores são os sintomas de transtornos de ansiedade, que atingem 25%, além dos sintomas de depressão em cerca de 20% dos profissionais da saúde durante a pandemia (PAPPA, 2020) (TAN, 2020).

As implicações de morar e trabalhar no mesmo local, as falhas nos processos de capacitação e supervisão, bem como o não reconhecimento e a vida pessoal atrelada ao trabalho geram altos índices de depressão na categoria (CREMONESE; MOTTA; TRAESEL, 2013).

Corroborando com esses dados o Boletim nº 3 da pesquisa de Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19, informa que a pandemia agravou as condições de saúde dos ACS e intensificou o sofrimento psíquico, exacerbando sintomas como ansiedade, medo e insônia. Através de grupos focais, os trabalhadores relataram a preocupação constante em adoecer e morrer, além da culpa por transmitir a doença e contaminar familiares e pessoas próximas. Além disso, citaram a perda de colegas de trabalho e de outras pessoas próximas por Covid-19, as precárias condições de trabalho, a falta de EPIs em quantidade e qualidade adequadas e a ausência de formação/informação dos ACS para lidar com a Covid-19 como alguns dos agravantes do adoecimento físico e emocional (NOGUEIRA *et al*, 2021).

Esta situação agravada com a pandemia de Covid-19 modificou as condições de trabalho, obrigando-os a criar novas estratégias. Assim, o presente estudo tem como intuito se aproximar do trabalho dos ACS para compreender a atividade desses profissionais.

É nesta direção que consideramos importante pensar a saúde do ponto de vista da atividade, com base na perspectiva das clínicas do trabalho, para melhor compreender a relação trabalho-saúde dos ACS. O conceito de atividade aqui abordado se relaciona às tentativas dos trabalhadores de recomporem sua situação de trabalho, no distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Para uma melhor compreensão da atividade, a perspectiva ergológica

utiliza do conceito de saúde oriundo de Canguilhem, que compreende a saúde como a capacidade de criação de normas de vida para dar conta das infidelidades do meio. Dessa forma, a saúde é caracterizada através da “possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (CANGUILHEM, 2009, p.148)

O fator trabalho é determinante no processo saúde-doença-cuidado e com isso, suas condições interferem na vida do sujeito, promovendo saúde ou provocando o sofrimento e adoecimento. É imerso a esse contexto que os ACS, vivenciam um debate de normas, sendo instigados a tomar microdecisões e a renormatizar com base em seus valores, experiências, princípios e histórias. A reflexão junto aos profissionais sobre as mudanças ocorridas no trabalho, se faz necessária, tendo em vista que as alterações no seu cotidiano deveriam considerar suas vivências e experiências no e do trabalho.

Diante deste cenário da pandemia Covid-19 a pesquisa é norteadas pelas seguintes questões: Quais são as características do processo de trabalho e principais desafios dos ACS? Como percebem a sua atividade de trabalho e as consequências para a saúde física e mental? Quais os recursos disponíveis para a realização do trabalho? Como se dão as relações de trabalho na equipe multiprofissional? Quais as estratégias de enfrentamento desenvolvidas na tentativa de dar conta de suas atividades?

A dissertação tem como objetivo geral: compreender a atividade de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e suas consequências para a saúde física e mental em contexto de desmonte da Atenção Primária à Saúde e pandemia da Covid-19, no município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos: (i) caracterizar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, suas normas e prescrições, (ii) conhecer o trabalho real, as mudanças relacionadas a pandemia e suas consequências para saúde; (iii) identificar os recursos disponíveis para a realização do trabalho - (equipamentos de proteção, apoio institucional, equipe).

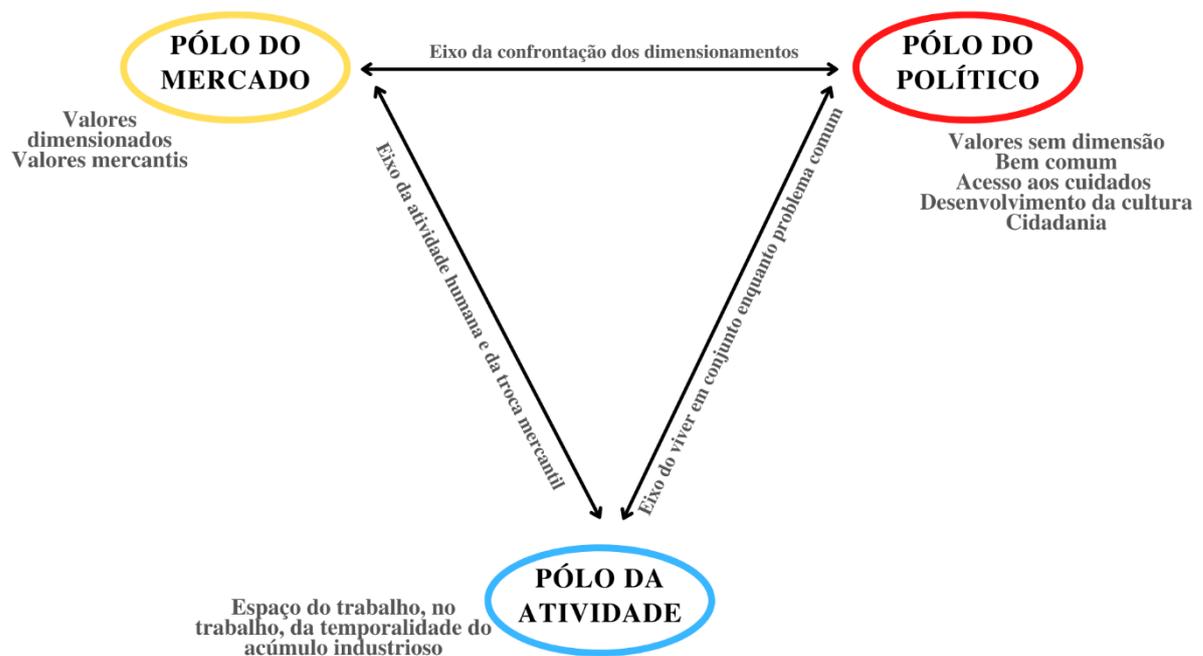
Dessa forma, a dissertação está organizada da seguinte maneira: inicialmente buscamos retratar a dialética entre o macro e o micro na atividade, apresentando assim o esquema tripolar desenvolvido por Yves Schwartz na perspectiva ergológica. No capítulo três desenvolvemos o polo político com seus valores não dimensionáveis atribuídos ao Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica. Em seguida, no capítulo quatro, abordaremos o polo mercantil em que apresentamos a terceirização e precarização do trabalho no SUS. No quinto capítulo abordamos o polo da atividade, através das Clínicas do Trabalho e produções acadêmicas que dialogam com o processo de trabalho dos ACS. No capítulo seis descrevemos a metodologia qualitativa, nossa caixa de ferramentas e processos realizados para produção e análise de dados. Adiante, no capítulo sete, apresentamos os resultados e discussão com base

no questionário respondido pelos ACS junto com a discussão e análise a luz do referencial teórico. Por fim, efetuamos algumas considerações finais a partir da análise dos resultados, correlacionando esses dados com o esquema tripolar, a fim de contribuir para ações e políticas públicas de gestão da saúde desses trabalhadores.

## 2. A DIALETICA ENTRE O MACRO E O MICRO

As sociedades contemporâneas vivenciam atravessamentos influenciados pelo âmbito político, econômico, jurídico e do mundo do trabalho, estão imersas em um debate de normas com base em valores que as perpassa e as envolve de forma contínua. Para pensar essas interrelações nas suas diferentes dimensões e dinâmicas Yves Schwartz (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010) propõe um esquema composto por três polos. O primeiro denominado de polo das gestões, o segundo polo do mercado e o terceiro polo da política, do bem comum.

Figura 1 - Esquema tripolar



Fonte: Schwartz (2015, p.254)

Com a interação dos três polos, que estão em tensão permanente, compreende-se melhor como as coisas se transformam sob efeito de crises e de re-equilíbrios sucessivos. Nesse esquema, procura-se situar as relações dialéticas, extrema e permanentemente tensas, para se tentar pensar a história. Então o polo do político assegura os valores sem dimensão; o polo mercantil funciona à base de valores quantitativos, e o polo das gestões é a atividade humana propriamente dita, que faz Schwartz colocá-lo em primeiro plano, para enfatizar que a história não é o resultado da relação apenas dos outros dois polos.

“sem o polo das gestões, não se sabe muito bem quem pensa, quem sofre, quem quer mudar, e onde é lugar dos debates de normas e de valores. Sem o polo da atividade, se fica em apuros, pois não se sabe quem faz a história que ali se faz. Ela se faria sem nós, de uma maneira um pouco mecânica” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 255).

O polo das gestões é o lugar onde as pessoas na sua atividade cotidiana fazem a gestão da defasagem entre o registro da antecipação e o registro da confrontação ao real, entre as normas antecedentes e as resingularizações numa dialética permanente. E que apesar de serem perpassados por fortes tensões entre si, o polo político e o mercantil têm em comum o fato de produzirem normas antecedentes. Neste esquema, cada polo tem sua especificidade profunda, mas seria incompreensível fora do contexto da relação com os outros dois polos. Cria-se um sistema de oposição entre um par de polos e o terceiro polo. Nada neste esquema teria valor, sem o polo das dramáticas dos usos de si vivenciadas na atividade com os debates de normas.

O esquema é então constituído por um triângulo profundamente instável devido ao polo das atividades e só assim pode-se entender como advém as crises e por que as coisas mudam. Esses três polos estão em interação e em tensão permanente entre si. O espaço tripolar, como um todo, está incluído na mais microscópica das escolhas que se faz no cotidiano e no mais micro da atividade de trabalho. O esquema tripolar consiste em uma tentativa da compreensão da história, das crises, das tensões; de reintegrar a atividade, sendo ela mesma algo essencialmente motriz da história.

Dessa forma, a atividade de trabalho não pode ser vista apenas de um ângulo, pois está relacionada aos condicionantes econômicos e sociais dos processos produtivos, somado à história singular de cada um que se faz no cotidiano, criando um vai e vem entre o micro e o macro. O esquema tripolar nos ajuda assim compreender esse vai-e-vem do microscópico da atividade ao macroscópico da vida social, do debate de normas e das dramáticas do uso de si

É neste sentido, que iremos utilizar o esquema tripolar desenvolvido por Schwartz na tentativa de compreender as tensões existentes entre o mercado, o político e a atividade de trabalho dos ACS em contexto de pandemia da Covid-19.

Em suma, para melhor compreensão do ponto de vista da atividade humana, sua história, faz-se necessário uma observação dessa dialética. Essa dialética em espaço tripolar é, uma construção em que o homem, o mercado e a cidade complementam-se e são indissociáveis para compreendermos “a nossa história no cotidiano” (SCHWARTZ, 2015).

### 3. POLO POLÍTICO

O polo político, ou polo “do direito”, é o espaço onde os valores são não dimensionáveis, tais como o bem-estar da população, seus acessos aos cuidados, o desenvolvimento da cultura, o bem viver em um ambiente urbano, rural, ou planetário aceitável. Esses valores se comunicam entre si, entretanto é preciso criar prioridades para os recursos, pois estes são finitos (OLIVEIRA; ALVAREZ; BRITO, 2013). Dessa forma, o polo político, no contexto de atividade dos ACS se expressa através de valores muito fortes e defendidos pelos profissionais do SUS, como a universalização, equidade e a integralidade (BRASIL, 1988).

Nesse capítulo iremos discorrer sobre o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica e o financiamento (desfinanciamento neste trabalho) destinado à essa política.

#### 3.1. MARCOS LEGAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata em 1978, salientava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”.

Desde então, a saúde era entendida como “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1948). Com intuito de ampliar este conceito, a 8ª Conferência Nacional de Saúde apresentou uma nova proposta em seu relatório final que amplia seu entendimento: saúde como uma resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde.

Na sua essência, os cuidados primários de saúde têm como atribuição, cuidar das pessoas, em vez de somente tratar doenças ou condições específicas. A Atenção Primária à Saúde é usualmente o primeiro contato com o sistema de saúde ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. É a principal porta de entrada para toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela seja norteadas pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A Atenção Primária à Saúde é definida como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam arcar em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS,1978, p. 1).

No Brasil, a Atenção Primária teve início através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em que os ACS, sob supervisão de enfermeiros, atuavam em busca de interiorizar as ações de saúde no Nordeste do Brasil. Essa iniciativa gerou um avanço significativo na diminuição da morbimortalidade infantil nessa região.

O programa foi inspirado em experiência de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde (BRASIL, 2001 p.5).

Com o intuito de garantir as diretrizes do SUS, viabilizar maior acesso à saúde, garantir serviços de saúde continuado e de qualidade e reafirmando seus princípios básicos de universalidade, integralidade e equidade, o Ministério da Saúde instaurou o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, com cunho organizativo e caráter substitutivo, uma proposta advinda do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2010a).

O Programa Saúde da Família apresenta trajetória exemplar de um programa que nasceu focalizado e se tornou uma estratégia estruturante de uma Política Nacional de Atenção Básica que tem contribuído significativamente para a consolidação do nosso Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010a).

Em 1997, o Ministério da Saúde elegeu o PSF como ponto central para estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Dessa forma, as ações utilizadas pelo PSF visavam a reversão do modelo assistencial vigente e focalizado. Neste sentido, essa mudança só seria possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1997).

De 2002 a 2006 foram criados projetos que deram subsídios para a das ações da Saúde da Família. Com isso, foi publicada a Portaria nº 648/06 que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Além disso, vale ressaltar que essa mudança acarretou a consolidação

da Estratégia Saúde da Família (ESF) como política de Estado, diferente do PSF que se firmou como uma política de governo.

A PNAB de 2006 caracterizava a Atenção Básica “por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006).

Em 2011, esta portaria foi revogada pela Portaria nº 2.488, que revisava as normas e diretrizes para a organização da Atenção Primária no Brasil. A PNAB 2011 reconceitua a Atenção Básica, definindo-a

por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (ANEXO I).

A Estratégia Saúde da Família absorveu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, visando aprofundar no objetivo de mudança do modelo biomédico para um modelo assistencial direcionado pelos determinantes e condicionantes sociais de saúde. Além disso, a Estratégia de Saúde da Família visa ampliar a cobertura populacional, se orientando nos processos de territorialização, vínculo com a população adscrita e longitudinalidade do cuidado.

As diretrizes prescritas na ESF configuram um “novo” modelo assistencial, no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades socioculturais e contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS) (FERTONANI, 2015).

Em 2012, a ESF e o papel da Atenção Primária à Saúde na ordenação das redes de atenção são fortalecidos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). “A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola”. A APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (FERTONANI, 2015, p.1871).

A ofensiva neoliberal, com objetivo de diminuir os investimentos para a Saúde Pública, afetou diretamente o modelo de assistência, os serviços de saúde prestados, as relações e processos de trabalho e a relação dos usuários com seu direito à saúde. Isto também se dá como resultado do contexto político brasileiro, onde a partir de 2015, uma onda conservadora cresceu e resultou no impeachment da presidenta Dilma Rousseff, pelo seu vice, Michel Temer. Neste

mesmo período, pode-se observar um rápido crescimento das pautas antidemocráticas como Reforma da Previdência, a Reforma Trabalhista, a lei de terceirizações e a Emenda Constitucional 95/2016, bem como a intensificação do discurso da mercantilização dos direitos sociais.

Seguiu-se a aprovação de medidas ditas ‘racionalizantes’, sob a justificativa da necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal, atribuído ao descontrole das contas públicas decorrentes de ‘políticas paternalistas’, que teriam agravado a crise econômica. A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. Do mesmo modo, opera-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. Trata-se de um conjunto de reformas supressoras de direitos sociais, em uma represália sem proporções ainda calculadas, do capital contra o trabalho (MOROSINI, 2018 p.14).

O processo de ajuste fiscal afeta a Atenção Básica, que é a porta de entrada preferencial e coordenadora das redes de serviços, podemos levar em conta que, a ofensiva neoliberal afeta o acesso do usuário ao seu direito à saúde. Vale ressaltar que, o processo de desfinanciamento social, de espaços democráticos e a negação da existência desses, vai para além do neoliberalismo se aproximando de um ataque ultraliberal, tendo em vista que, a investida ultraliberal tem dois objetivos centrais: radicalizar o ideário de “Estado mínimo” e operacionalizar um ataque à espaços de participação democrática e popular (SANTOS, 2018).

Como uma das principais consequências do ajuste fiscal na Atenção Primária, em 2017 uma nova PNAB foi aprovada, tendo como característica a “explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locorregionais” (MOROSINI; FONSECA, 2018, p.14).

Na PNAB, de 2017, também encontramos uma mudança no quantitativo dos profissionais de saúde que compõe a ESF. Segundo Melo (2018, p.44), “o número mínimo de ACS/equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual, passando, portanto, a ser de 1 ACS/equipe”. A medida aqui citada impacta diretamente e profundamente o Processo de Trabalho e a Organização do Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

A PNAB de 2017 recomenda que “os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF” (BRASIL, 2017).

O não estabelecimento de uma cobertura de 100% da população, seja ela vulnerável ou não, somado a redução do número mínimo de ACS por ESF, coloca em xeque a profissão de ACS, cabendo assim ao gestor local decidir o número de Agentes Comunitárias de Saúde de

suas unidades. Além da redução do número de ACS, um problema grave da PNAB 2017 é a possibilidade de construção de equipes de AB sem ACS, que pode resultar na desqualificação de toda o histórico e processo de luta dessa categoria.

Os profissionais de saúde foram verticalmente afetados, mais uma vez, pela reconfiguração da APS, como forma de operacionalizar as mudanças determinadas pela PNAB 2017 de forma intensa. Segundo Morosini, Fonseca e Baptista (2020) essas alterações abrangem nomenclatura, reestruturação organizacional e produção de instrumentos normativos, delineando assim, uma alteração significativa no cenário político e institucional da atenção básica.

Direcionado a reestruturação organizacional e produção de instrumentos normativos, o Ministério da Saúde extinguiu e rearranjou algumas secretarias em 2019. Dessa forma, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) foi desmembrada em três: a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p.2).

Esse rearranjo da APS à condição de secretaria possibilitou uma grande produção de normativas, facilitando propostas para a reestruturação mercantil e privatista em três eixos: financiamento, regulação e prestação de serviços.

A nova proposta de financiamento, Programa Previne Brasil, altera de forma estrutural a lógica indutiva de organização da política de saúde e aporta três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho. Sobre a regulação do sistema, em agosto do mesmo ano, o Ministério da Saúde encaminhou para o Congresso Nacional a Medida Provisória (MP) nº 890, convertida em dezembro na Lei nº 13.958, que institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e autoriza a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), instituição de direito privado, com modalidade paraestatal (Serviço Social Autônomo). Quanto à prestação e provisão de serviços, também em agosto, o Ministério da Saúde apresentou a proposta da Carteira de Serviços para a APS (CaSAPS), estabelecendo a relação de serviços a serem ofertados pela atenção básica (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020, p.3).

O novo modelo de financiamento implica e afeta diretamente o princípio da universalidade, induzindo assim, ações e serviços de saúde com base na focalização. Ao enfatizar a capitação ponderada por lista de pacientes e a lógica do pagamento por desempenho, evidencia-se o indivíduo, ocasionando assim na perda da importância que o território tem no processo saúde-doença-cuidado.

Vale salientar que, essas mudanças tem como princípio a lógica da Cobertura Universal. Segundo Giovanella (2018, p.1764), “nos últimos anos, acirrou-se o debate internacional sobre diferentes concepções de universalidade em saúde, polarizado nas propostas de sistema

universal (universal health system-UHS) versus cobertura universal em saúde (universal health coverage-UHC).” A concepção de cobertura universal está inserida na PNAB 2017 e tem sido defendida pelo Banco Mundial (BM), Organização Mundial de Saúde (OMS), além de ser incorporada em resoluções da Organização das Nações Unidas.

Cabe reforçar que, o BM demonstra interesse no SUS desde a sua criação em 1988 através de críticas à implementação da proposta da Reforma Sanitária, publicando uma série de documentos e sugerindo uma maior participação do âmbito privado na prestação de serviços por considerá-lo como mais eficiente e capaz de uma provisão de melhor qualidade.

De acordo com Giovanella

O objetivo principal da proposta de UHC é a proteção financeira em saúde, isto é, que todas as pessoas possam acessar serviços de saúde sem dificuldades financeiras, ao reduzir os pagamentos diretos no ato da utilização (OOP) e evitar gastos catastróficos. A “cobertura” expressa a titularidade por um seguro e refere-se apenas à cobertura financeira, isto é, que todas as pessoas possam comprar algum tipo de seguro, o que não significa garantia de acesso e uso quando necessário. Tal concepção difere da cobertura de uma medida sanitária que associa prestação com acesso e uso efetivo (GIOVANELLA, 2018, p.1765).

Ressalta-se que, esse novo arranjo também produz um viés ainda mais produtivista no trabalho, o que pode vir a burocratizar ainda mais os trabalhadores da APS, principalmente os ACS, que são responsáveis pelo cadastramento de seus usuários.

É essencial lembrar que a lógica de organizar os serviços em função do desempenho é, sempre, garantir uma ‘recompensa’ financeira para quem atinge uma meta atribuída, na maioria das vezes de forma arbitrária (portanto, pouco participativa). A lógica do desempenho visa, ainda, gerar um controle interno do profissional à busca individual pelo alcance da meta, e, claro, não há forma mais convincente de fazê-lo do que ajustar uma remuneração variável ao seu salário em função deste desempenho (CARNUT; NARVAI, 2016).

Esse arranjo produtivista atingiu também ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, criado em 2008, como forma de estruturar as estratégias de apoio matricial e da clínica ampliada e compartilhada, sendo essa uma concepção teórica e metodológica de gestão participativa. Segundo a Política Nacional de Humanização do SUS – HumanizaSUS, de 2006, a gestão participativa implica o envolvimento dos trabalhadores da saúde, gestores e usuários em um pacto de corresponsabilidade baseado em contratos e compromissos com o sistema de saúde. Ressalta-se que a PNH também incorporou a concepção da clínica ampliada e compartilhada.

O NASF foi modificado pela PNAB 2017 para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica NASF-AB, formados por equipes multidisciplinares cujo a função principal era apoiar um conjunto de Equipes de Saúde da Família, para que estas ampliem a abrangência de suas ações e aumentem sua resolutividade.

Além disso, com o novo modelo de financiamento, através da Nota Técnica nº 3/2020 renuncia o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica NASF-AB como ferramenta multidisciplinar de fortalecimento do cuidado integral, de cogestão e do cuidado em saúde.

Ao seguir as propostas neoliberais para a saúde e não destinar nenhum recurso para a manutenção dessas equipes, restringindo-se a uma cesta básica de serviços, sugeridas pelo relatório do Banco Mundial (2019), a base do modelo multiprofissional na APS se torna prejudicado, dificultando o apoio aos profissionais na concepção de integralidade das ações e do caráter de um SUS universal (MENDES; CARNUT, 2020).

Em suma, levantar os marcos legais da APS nos faz refletir sobre as mudanças políticas e econômicas que ocorreram e as possíveis influências na gestão e no cuidado em saúde. Com isso, faz-se necessário pensar na diferença entre universalidade e cobertura universal, trazida por Giovanella (2018).

Do mesmo modo, estudar e nos debruçar sobre as mudanças no modelo de financiamento de forma crítica e detalhada é importante, tendo em vista que, devido ao atual Governo Federal, essas mudanças estão sendo realizadas de forma expressiva e abrupta. Essa perspectiva é estudada à nível Federal por Mendes e Carnut (2020), que levanta a questão do neoliberalismo, se encaminhando para o ultraliberalismo na APS. A nível municipal, essa análise é feita por Melo (2018) e por Morosini, Baptista e Fonseca (2020).

Portanto, as disputas políticas no Sistema de Saúde brasileiro afetam todos os níveis de atenção, principalmente a Atenção Primária. A nova PNAB 2017, o novo modelo de financiamento e todas as mudanças supracitadas regidas pela lógica neoliberal, atingem o modelo de gestão em saúde e o cuidado em saúde na APS.

A chegada da Covid-19 neste contexto de precarização gera consequências no cuidado e no trabalho em saúde de forma significativa. O manejo clínico da Síndrome Gripal na APS/ESF difere frente a gravidade dos casos. Para casos leves, inclui medidas de suporte e conforto, isolamento domiciliar e monitoramento até alta do isolamento. Para casos graves, inclui a estabilização clínica e o encaminhamento e transporte a centros de referência ou serviço de urgência/emergência ou hospitalares (BRASIL, 2020a).

A APS/ESF e seus trabalhadores que já se encontravam fragilizados pela diminuição das equipes, extinção das equipes NASF, redução de cobertura e sobrecarga profissional, entre outros fatores. Apesar da Atenção Primária à Saúde sempre atuar em situações emergenciais, como a zika, febre amarela, dengue, tuberculose, Chikungunya, ao se deparar com a Covid-19, imersa a um contexto desmonte, sofre consequências no acesso dos usuários, na saúde dos

profissionais e no acompanhamento da população adscrita, agravando o cenário de pandemia e acentuando a vulnerabilidade da população.

Essas mudanças se apresentam como desafios para se efetivar uma Atenção Primária universal e integral, evidenciando desigualdades no acesso da população ao direito à saúde, iniquidades sociais e a precarização dos trabalhadores da saúde. Ou seja, o desmonte do SUS é perverso com os profissionais e com a população que depende dos cuidados em saúde.

### 3.2. (DES)FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, isto é, os recursos destinados à operacionalização das ações e serviços de saúde é realizado de forma restrita e limitada. Até 1988, o MS participava com menos de 20% dos recursos federais destinados ao financiamento da saúde no país (CONASS, 2011). A maior parte dos recursos era proveniente da seguridade social – mais de 80% estavam vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social INAMPS/Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

A CF/1988, ao criar a seguridade social, estabeleceu que ela deveria ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e de contribuições sociais (BRASIL, 1988). No governo federal, os recursos seriam repartidos entre a previdência, assistência social e a saúde.

Conforme consta do Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social (OSS), excluído o seguro-desemprego. Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à saúde. (PIOLA, 2013, p.9).

Apesar da inserção de novos direitos sociais, o período era de hiperinflação e restrições macroeconômicas. Com isso, várias áreas com objetivo de aplicar os princípios constitucionais, gera uma disputa interna entre as áreas sociais e resulta no não cumprimento da aplicação do percentual de 30% dos recursos da seguridade social entre 1990 e 1991. Essa disputa se acirra a tal ponto que, em 1993, as contribuições previdenciárias passaram a não fazer parte das fontes de financiamento da saúde (PIOLA, 2013).

Dessa forma, na busca de soluções para a crise no financiamento da saúde, o governo elaborou algumas alternativas como: o Fundo Social de Emergência em 1994, hoje denominado Desvinculação de Receitas da União (DRU) que passou a retirar parte das receitas destinadas à seguridade social e à descentralização – receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); a Contribuição Provisória sobre

Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996, cujo produto da arrecadação deveria ser destinado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), para financiamento de ações e serviços de saúde (PIOLA, 2013).

Ainda com objetivo de suprir a falta de recursos para o setor da saúde, várias medidas emergenciais e provisórias foram elaboradas pelo governo federal, o que tornou a economia e as políticas públicas de financiamento do SUS ainda mais instáveis. A Emenda Constitucional 29 foi aprovada em 2000. Com isso, os Estados e Municípios tiveram sua participação no financiamento da saúde vinculada à sua receita tributária, ficando obrigados a aplicar 12% e 15% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais, respectivamente. Dessa forma, a EC 29 promoveu a participação de estados, municípios e Distrito Federal no financiamento do SUS (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016; ROMÃO, 2019).

Apesar da proposição do papel redistributivo para os recursos federais com a EC 29, essa Emenda não havia regulamentação, sendo essa promulgada 12 anos depois por meio da Lei Complementar 141 de 2012. A LC tinha como objetivo aumentar a participação dos recursos da União no financiamento, mas não correspondeu a esses anseios. Apesar disso, a Lei definiu por meio de instrumento adequado, o que se entende por Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), para fins de verificação do cumprimento da emenda. Ademais, a LC definia uma compensação de diferença do valor aos entes que não cumprissem o valor mínimo previsto e apresentava um modelo de distribuição de recursos que priorizava a equidade que compelia uma redução das desigualdades entre as regiões brasileiras (PIOLA, 2013).

Na Emenda Constitucional 86, aprovada em 2015, a execução orçamentária das emendas parlamentares individuais passaria a ser obrigatória em um valor mínimo correspondente a 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) da união, sendo 0,6% da RCL de aplicação em ASPS, sem alocação adicional de recursos para esse fim. Entretanto, foi revogado em 2016 pela EC 95 (FUNCIA, 2015).

A Emenda Constitucional 95 de 2016, alterou a Constituição Federal Brasileira de 1988, instituindo um Novo Regime Fiscal. Chamada de Teto dos Gastos Públicos, a Emenda limita o crescimento dos investimentos do governo brasileiro em diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS durante 20 anos (ROMÃO, 2019).

A recessão econômica iniciada em 2015 trouxe prejuízos ao financiamento federal do SUS em 2016 em virtude da queda de arrecadação sob a vigência da EC 86. No mesmo ano, o fortalecimento da agenda neoliberal após o impeachment da presidente Dilma Rousseff resultou na aprovação da EC 95, emenda do teto de gastos, que congela a despesa primária da União e sua aplicação mínima em ASPS, em termos reais, até 2036. Os impactos das medidas contidas na EC 95 para o financiamento do SUS foram alertados antes de sua aprovação e permanecem sendo denunciados. A perda de recursos federais foi estimada em R\$ 22,5 bilhões entre 2018 e 2020, sendo R\$ 13,6

bilhões somente em 2019. Isso revela o potencial de desfinanciamento do SUS pela EC 95 em comparação com a vinculação da aplicação mínima federal em ASPS dada pela EC 86. (SERVO, 2021 p.117).

Com o congelamento dos “gastos” da Emenda Constitucional 95/2016, que limitam os investimentos na Saúde por 20 anos, o subfinanciamento deixa o SUS com recursos muito aquém do necessário para a operacionalização dos serviços prestados e processos de trabalho são diretamente impactados

Em 2016, ganha destaque na agenda nacional a revisão da PNAB, precedida por uma portaria que facultava a presença de ACS nas equipes e incorporação de mais técnicos de enfermagem, em pouco tempo revogada diante das repercussões políticas. Houve também mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da AB) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento. Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação (MELO, 2018. p.41).

Vale salientar que, no fim de 2019, o governo brasileiro lançou a Portaria 2.979 (Previne Brasil), sendo essa uma nova forma de financiamento da Atenção Primária à Saúde nos municípios. No lugar de habitantes e de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores.

Segundo Massuda (2020, p.1182), “a nova política parece ter objetivo restritivo, que deve limitar a universalidade, aumentar as distorções no financiamento e induzir a focalização de ações da APS no SUS, contribuindo para a reversão de conquistas históricas na redução das desigualdades na saúde no Brasil.”

O financiamento da Atenção Primária anteriormente era estabelecido através da NOB 96, onde repasses eram dirigidos para municípios que implantaram programas dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) e o PAB em 98 (composto por um componente fixo, calculado pelo número de habitantes de um município, e outro variável, associado ao incentivo de políticas prioritárias), sendo essas as iniciativas de expansão da APS no Brasil.

O Previne Brasil veio substituir os critérios até então utilizados no PAB fixo e variável para financiamento de custeio da APS no SUS, dessa forma passa a se basear no número de pessoas registradas em equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no MS, sendo essas ponderadas por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica. Além disso, o pagamento será efetuado com amparo no desempenho, indicadores e metas alcançadas pelas equipes (MASSUDA, 2020).

O Brasil passa por uma grande crise econômica desde 2015, com forte recessão, interrompendo o crescimento, com queda no PIB, aumento do endividamento público, desequilíbrio das contas públicas e cortes nos investimentos públicos (ROSSI; MELLO, 2017). Alguns autores já estimavam que o Novo Regime Fiscal orientado pelo neoliberalismo traria consequências negativas ao SUS, entretanto não contavam com uma pandemia na proporção da Covid-19.

As demandas por serviços de saúde, que se encontravam em crescimento devido ao desemprego gerado pela crise econômica, aumentaram ainda mais devido à emergência sanitária, tendo em vista que a Covid-19 chegou ao Brasil em meio ao número de 12,8 milhões de pessoas<sup>8</sup> desempregadas, segundo IBGE no segundo trimestre de 2020. Dessa forma, a APS se viu em uma posição de coordenadora do cuidado em contexto de desfinanciamento e no momento de pandemia (ROMÃO, 2019).

A Covid-19 alcançou o Brasil e acentuou as tensões entre os polos mercado-político. As divergências entre o Governo Federal e os Estados sobre as medidas protetivas, tratamento dos casos de Covid-19 e isolamento social agravou a crise sanitária e financeira no Brasil, tendo em vista que, no cerne dessa tensão se encontra o falso discurso de que as medidas de isolamento social prejudicariam a economia do país ao ponto de intensificar os danos na saúde da população. Cabe ressaltar que, segundo Weiss e Murdoch (2020), cerca de 19% das pessoas com Covid-19 necessitam de hospitalização, enquanto a taxa de mortalidade de casos de infecção é de aproximadamente 2,2%, dessa forma o isolamento social se torna extremamente necessário para o controle da doença.

Além disso, já existem estudos que comprovam a relevância da adoção de medidas econômicas rápidas para proteger empresas e garantir renda mínima aos cidadãos, associadas a diferentes medidas de isolamento, ampliação da testagem e da capacidade de resposta do sistema de saúde para enfrentamento das crises geradas pela pandemia. (SERVO *et al.* 2020, p.115).

Ressalta-se que, apesar das transferências destinadas à saúde em decorrência da Covid-19, os recursos são descentralizados, mantendo o curso tradicional de maior direcionamento para municípios, com menor participação dos estados e das aplicações diretas. Além do maior investimento para cobrir vazios assistenciais da atenção hospitalar e à alta complexidade (FALEIROS; PEREIRA, 2021)

Os valores foram classificados em grupamentos significativos. Verificou-se que a maioria dos repasses para Manutenção foi destinada ao custeio das ações e serviços

---

<sup>8</sup> <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>

de saúde de maneira geral (R\$18,35 bilhões; 59,3%), seguida de repasses direcionados às ações de Média e Alta Complexidade (R\$7,30 bilhões; 23,6%), Emendas Parlamentares (R\$2,24 bilhões; 7,2%), Atenção Primária (R\$1,51 bilhão; 5,0%), Vigilância (R\$857,67 milhões; 2,8%), Assistência Farmacêutica (R\$649,83 milhões; 2,1%) e não informados (R\$1,58 milhão). Destes recursos, 34,0% tiveram a sua utilização atrelada a alguma estratégia do MS, como o Programa Saúde na Escola ou a medicamentos para saúde mental. (FALEIROS; PEREIRA, 2021 p. 5643).

Os reflexos do subfinanciamento no SUS gerou resultados absurdos no enfrentamento da Covid-19. O Brasil alcançou a marca de 618 mil mortos pela doença, sendo o segundo país com mais óbitos em dezembro/2021. Vale salientar que a saturação do sistema de saúde brasileiro, o adoecimento e morte de trabalhadores de saúde podem gerar consequências ao SUS futuramente, tendo em vista a possibilidade dos “governos neoliberais equalizarem a questão fiscal com medidas ainda mais intensas de austeridade, a fim de compensar os orçamentos de emergência implementados no curso da pandemia, o que, certamente, agravará o processo de desmonte da saúde pública” (SOUZA, 2020, p.4).

No neoliberalismo, o polo político e o polo do mercado estão mais próximos aumentando as tensões para a o polo da atividade.

## 4. POLO DO MERCADO

O polo do mercado, ou mercantil, é orientado pelos valores dimensionados e quantificáveis, que compreende as relações mercantis voltadas à circulação econômica. Nesse sentido, o capítulo aqui iniciado tem como intenção apresentar a dinâmica do polo mercantil na APS, tendo em vista que esse polo permeia o espaço das relações de contrato, circulação de consumo, remuneração do trabalho e relações de serviço evidenciando as trocas mercantis (DIAS; RIBEIRO, 2019). Portanto, iremos discorrer sobre o mercado de trabalho em saúde e a lógica do mercado inserida na APS do Rio de Janeiro através das Organizações Sociais de Saúde.

### 4.1. MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

A constituição do SUS possibilitou transformações no mercado de trabalho em saúde no Brasil. Sua expansão possui algumas características como: ampliação da cobertura e de mercado de trabalho, municipalização dos empregos, maior qualificação profissional e feminização da força de trabalho (MACHADO, OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

O período da década de 90 foi marcado pela implantação do SUS e expansão do mercado de trabalho no setor de saúde no Brasil, sobretudo na esfera municipal. Em 1999, os municípios detinham 92% dos estabelecimentos públicos do país, enquanto a União e os estados, apenas 2% e 6%, respectivamente. O emprego público no nível municipal cresceu 700% entre 1992 e 2005 (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Essa expansão teve como influência a “Reforma da Atenção Primária” inspirada na “Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE)”, instrumento elaborado em 1995 por Bresser-Pereira que dividiu o Estado em quatro setores (Núcleo estratégico, Atividades exclusivas, Serviços não exclusivos e Produção de bens e serviços para o mercado) e propôs cinco diretrizes que deveriam pautar as intervenções, são elas: institucionalização, racionalização, flexibilização, publicização e desestatização (DA COSTA, 2010).

A instauração das Organizações Sociais nos anos 90 se destacou como estratégia principal no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Segundo Ramos 2019, as Organizações Sociais “estabeleceriam contratos de gestão com o Estado para a prestação de serviços não exclusivos, com ganhos de qualidade, economicidade e ênfase nos resultados. Esse modelo causaria verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social”. (p.2)

A implantação das Organizações Sociais ensejará verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social. A disseminação do formato proposto - entidades públicas não-estatais - concorrerá para um novo modelo, onde o Estado tenderá à redução de sua dimensão enquanto máquina administrativa, alcançando, entretanto, maior eficácia na sua atuação (BRASIL, 1997a, p.15).

Dessa forma, através da diretriz da publicização, foi estabelecida uma nova forma de relação do Estado com a sociedade, onde o Estado poderia transferir para a sociedade civil organizada (pessoa jurídica) a operacionalização de atividades de saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia e meio ambiente. Esse repasse de atividades foi possível após o sancionamento da Lei Federal Nº 9.637/98, que dispôs sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado como Organizações Sociais (OS) (BRASIL, 1998).

Na concepção dos formuladores do plano, assumir o modelo de administração gerencial requer que o Estado se afaste do campo da produção e da prestação de bens e serviços, e se concentre na sua função reguladora. Isso significa transferir para terceiros a execução da política de saúde e a gestão do trabalho no SUS, desresponsabilizando o Estado dos processos de seleção, gestão das relações de trabalho e qualificação da sua força de trabalho. Para os trabalhadores, significa a flexibilização das relações de trabalho estabelecidas na Constituição de 1988, levando à diminuição ou mesmo à ausência de regulação das condições, da carga horária e dos tempos de trabalho (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Com objetivo de compreender um pouco mais sobre as mudanças ocorridas no mercado de trabalho da saúde, é importante apresentar as categorias que sustentam essas relações de trabalho. O primeiro conceito aqui apresentado é o de flexibilização que pode ser definida por um conjunto de medidas com o objetivo de afrouxar, adaptar ou eliminar direitos trabalhistas de acordo com a realidade econômica e produtiva (SIQUEIRA NETO, 1996).

Pode ser entendida, portanto, como a possibilidade de alteração das normas como forma de ajustar as condições contratuais a uma nova realidade, como no caso das mudanças tecnológicas. Esse ajuste pode ocorrer por meio de negociações legítimas entre os atores, por meio do Estado ou de forma imposta. A flexibilização, portanto, pode ter a intenção apenas de adaptar as relações de trabalho aos processos produtivos, podendo inclusive melhorar as condições de trabalho, nos casos em que ela não cause prejuízos aos trabalhadores (KREIN, 2001 apud FONSECA, 2020).

Como cerne da dinâmica do capitalismo flexível está situada a precarização social do trabalho, que segundo Druck (2011) se perpetua como uma estratégia de dominação, uma vez que condições de trabalho e emprego precárias são impostas, diante da permanente ameaça do desemprego estrutural. Ressalta-se que o trabalho precário não é um fenômeno novo e está presente desde o início do trabalho assalariado, sofrendo ao longo dos anos importantes transformações.

Dessa forma, a precarização do trabalho por ser entendida sob duas dimensões: A primeira está associada ao trabalho e suas relações, se referindo aos direitos sociais e trabalhistas, como por exemplo, a formalidade do trabalho, a natureza e o tipo de vínculo empregatício. A segunda dimensão está relacionada à subjetividade e a vivência dos trabalhadores, voltada para as condições singulares de trabalho e as experiências dos trabalhadores (VARGAS, 2016).

A precarização do trabalho tem como interferência a pressão das empresas que, através das OSS (no caso da saúde), passaram a ter influência sobre o Estado e os trabalhadores, sendo capazes de determinar a configuração dos mercados de trabalho e das relações de trabalho de acordo com seus interesses (LAZZARESCHI, 2015).

O conceito generalizado de terceirização é entendido como a transferência de parte do processo produtivo de uma organização (contratante) para outra (contratada ou “terceirizada”). Uma organização, portanto, ao invés de estabelecer a contratação direta de empregados assalariados, contrata outra organização (terceira) para intermediar a prestação laboral (FILGUEIRAS; CAVALCANTE, 2015).

Estudos que observam a presença e participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde no Brasil há mais de três décadas, destacam a necessidade de compreender a expansão da participação feminina no mundo do trabalho em geral como um caminho para se entender as especificidades do setor de saúde (MACHADO 1986; 2006; 2016). As mulheres são a grande maioria da força de trabalho na área da saúde historicamente. As profissões que envolvem o ato do cuidar são constituídas majoritariamente por mulheres, representando 70% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no setor público e privado, tanto nas atividades diretas de assistência em hospitais, quanto na Atenção Básica, segundo o IPEA.<sup>9</sup> Esse dado é reflexo da Divisão Sexual do Trabalho.

A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é modulada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares etc.). (HIRATA e KERGOAT, 2007 p.599)

A base sob a qual se estabeleceu a divisão sexual do trabalho na saúde, ainda hoje, a mantém em movimento e evoca a história de sua construção e estruturação de uma dada divisão

---

<sup>9</sup> Nota Técnica - 2020 - Abril - Número 33 – Diest. Os Efeitos Sobre Grupos Sociais e Territórios Vulnerabilizados das Medidas de Enfrentamento à Crise Sanitária da Covid-19: Propostas para o Aperfeiçoamento da Ação Pública. [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/200408\\_notat\\_tecnica\\_diest.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200408_notat_tecnica_diest.pdf)

social do trabalho que delimitam e definem os papéis masculinos e femininos demarcando funções e espaços próprios. Dessa forma, analisar o trabalho em saúde requer compreender o diálogo existente entre as questões de gênero e as práticas de cuidado (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011). A institucionalização de práticas femininas relacionadas ao cuidado é fruto de um processo histórico e patriarcal onde essas ações eram designadas às mulheres.

A palavra cuidado é etimologicamente originária da palavra latina cogitatus, que significa meditado, pensado e refletido. Como substantivo na língua portuguesa, ganha os significados de: atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo, objeto ou pessoa deste desvelo, encargo, incumbência, responsabilidade, lida, trabalho, ocupação<sup>1</sup>. Os significados atribuídos falam da sua dimensão social, implícita na interação entre sujeitos, numa relação de ajuda. No entanto, há muitas décadas, a noção de cuidado ganhou maior identificação com as ações profissionais na atenção à saúde. (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017, p.554)

Cuidar deriva do latim cogitare que significa 'imaginar' 'pensar', 'meditar', 'julgar', 'supor', 'tratar', 'aplicar' a atenção, 'refletir', 'prevenir' e 'ter-se'. Cuidar é o 'cuidado' em ato. Segundo Pinheiro (2008), o cuidado em saúde deve ser para além de um nível de atenção ou somente uma tecnologia, deve ser uma ação integral que tem significados voltados para o entendimento da saúde como um direito de ser. É fundamentalmente aí que está a importância do cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde (AYRES, 2004).

#### 4.2. AS RELAÇÕES DE SERVIÇO E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

As Organizações Sociais são instituições privadas, sem fins lucrativos, que devem atuar em prol do interesse público. A relação com o poder público se dá a partir da celebração de um contrato de gestão onde deve constar o programa de trabalho da OS, as metas, prazos e os critérios que serão utilizados para a avaliação, além do montante de recursos necessários à sua operacionalização (BRASIL, 1998).

De 2002 a 2006 foram criados alguns projetos que dariam subsídios para a expansão da Saúde da Família. Com isso, foi publicada a Portaria nº 648/06 que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), momento em que o PSF foi renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF) por conta da abordagem que era pretendida, que superava a simples execução e aplicação dos programas de saúde já existentes. Além disso, vale ressaltar que essa mudança

acarretou uma consolidação da ESF como política de Estado, diferente do PSF que se firmou como uma política de governo.

Além disso, houve também a criação de projetos para reafirmar e subsidiar esta expansão, como o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) e a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que colaboraram para a consolidação de uma agenda política de fortalecimento da Atenção Primária por meio da ESF.

Ainda visando à reorientação do modelo de atenção, foi criado, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do Proesf, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação. A agenda política de fortalecimento da APS por meio da ESF consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida (MOROSINI, 2018, p.13).

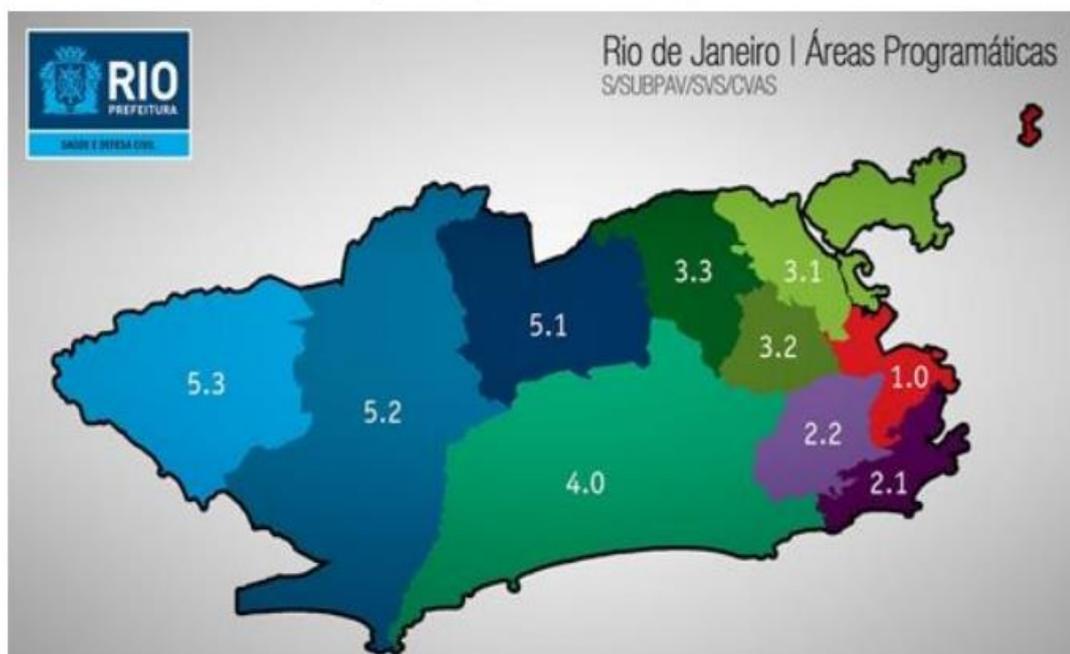
No Município do Rio de Janeiro, a APS apresentava uma cobertura insuficiente até 2002, com 23 equipes implantadas e pouco mais de 1% da população com acesso a ESF.<sup>10</sup> A partir de 2003, observa-se uma leve tendência de expansão da ESF na cidade, embora ainda incipiente. Ressalta-se que a operacionalização destes serviços até 2007 se dava mediante parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde e cooperativas locais, ONGs e associação de moradores, formalizadas a partir de contratos com planos de trabalho frágeis e sem sistema de regulação estruturado.

A APS ganha destaque no município do Rio de Janeiro em 2008, traduzida no programa Saúde Presente da SMS, cujo eixo central envolvia a Reforma da Atenção Primária. Dessa forma, dentre as ações desenvolvidas no âmbito da “Reforma da Atenção Primária”, destaca-se a reestruturação organizacional e administrativa. As mudanças administrativas decorrentes da referida reforma envolveram alterações na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, das quais destaca-se a divisão da Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (SUBASS) em duas novas subsecretarias, a Subsecretaria de Atenção Primária e a Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. A nova Subsecretaria de Atenção Primária também passou a contar com recursos orçamentários independentes, facilitando a descentralização orçamentária para as dez Coordenações de Área de Planejamento, que operam a rede de serviços de atenção primária (SORANZ *et al.*, 2016).

---

<sup>10</sup> Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2019.

Figura 2 - Divisão do território do Município do Rio de Janeiro em áreas de Planejamento da Saúde.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Vale salientar que, essa mudança organizacional implicou na criação de uma nova estrutura jurídico-institucional, aprovada pela Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro, com objetivo de flexibilizar a gestão e a operacionalização de serviços de saúde. A Lei municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009 e respectivo decreto regulamentador nº 30.780, de 02 de junho de 2009 possibilitaram a formalização de parcerias entre o Poder Público e as Organizações Sociais (OS), mediante a celebração de contratos de gestão. A burocratização na gestão de pessoal e dos processos de compras de materiais e serviços da administração pública foi utilizada como justificativa para essa reestruturação, bem como baixo desempenho de saúde (através do Índice de Desempenho do SUS – IDSUS) da cidade do Rio de Janeiro para período de 2008 a 2010, indicando a necessidade de mudanças, em especial na APS.

Dessa forma, no município do Rio de Janeiro, a gestão da Atenção Primária à Saúde é descentralizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para as Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP). Em cada CAP há uma ou mais OS que operacionalizam a Atenção Primária por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Segundo Fonseca; Lima; Teixeira (2021), entre 2009 e 2019, atuaram 11 OS diferentes no Rio de Janeiro, sendo essas: Instituto Social Fibra (Fibra); Viva Rio; Centro Integrado e Apoio Profissional (Ciap); Associação Global Soluções em Saúde (Global); Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec); Instituto Gnosis (Gnosis);

Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas); Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM); Centro de Estudos e Pesquisas 28 (CEP 28), Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional (IPCEP) e Instituto de Desenvolvimento Institucional e Ação Social (Ideias).

Atualmente, no município do Rio de Janeiro, existem cinco OS atuando na APS carioca.

Quadro 1 - Organizações Sociais de Saúde das Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro

|        |                       |
|--------|-----------------------|
| AP 1.0 | IDEIAS                |
| AP 2.1 | GNOSIS<br>RIO SAÚDE   |
| AP 2.2 | VIVA RIO<br>RIO SAÚDE |
| AP 3.1 | VIVA RIO<br>RIO SAÚDE |
| AP 3.2 | IDEIAS<br>RIO SAÚDE   |
| AP 3.3 | SPDM<br>RIO SAÚDE     |
| AP 4.0 | GNOSIS                |
| AP 5.1 | GNOSIS<br>RIO SAÚDE   |
| AP 5.2 | VIVA RIO<br>RIO SAÚDE |
| AP 5.3 | SPDM<br>RIO SAÚDE     |

Fonte: Elaboração própria<sup>11</sup>

Vale ressaltar que, a questão da privatização da APS através das OS é muito forte, se tornando um embate teórico dentro do campo da atenção primária.

Autores como Modesto (1997) entendem que as OSS não corresponderiam a um processo de privatização, por não assegurarem uma “transferência de domínio, isto é, o trespasse de um ente do domínio estatal para o domínio particular empresarial” (p. 9). Diferentemente, Di Pietro (2004) compreende que as parcerias entre os setores público e privado devem ser consideradas como “privatização em sentido amplo”, envolvendo as seguintes modalidades: desregulação; desmonopolização de atividades econômicas; desnacionalização ou desestatização; delegação (concessão/permissão de serviços públicos) e contracting out, que são os acordos variados com o setor

<sup>11</sup> Os Contratos de Gestão aqui mencionados podem ser encontrados no site a seguir: <http://www.rio.rj.gov.br/web/transparencia/painel-das-organizacoes-sociais>

privado por meio de convênios, contratos de gestão e termos de parceria (como forma de fomento); contratos de obras; e contratos de prestação de serviços, a chamada terceirização (que é uma espécie de cooperação). Entende-se, portanto, que as OSS seriam enquadradas nessa última modalidade. Ainda numa perspectiva jurídica, a privatização seria a transformação de algo que é de regime jurídico público para o regime privado. (MORAIS, 2018, p.2).

As OS apresentam risco de privatização camuflada, tendo em vista sua face ambígua, podendo assumir ora face pública, ora face privada. Embora dependam do Estado para receber recursos, funcionam como empresas privadas pela autonomia na gerência dos recursos e definição de suas normas internas (ALMEIDA, 2004).

Portanto, as OS são a expressão da terceirização do trabalho. A terceirização ou subcontratação, ganhou importância no início da década de 90. Entre os estudiosos do tema, constituiu-se o entendimento de que esse é um eixo central das estratégias empresariais de flexibilização e precarização das relações de trabalho no Brasil (RAMALHO E MARTINS, 1994; DRUCK, 1999; DRUCK E BORGES, 2002; KREIN, 2007; POCHMANN, 2009; MARCELINO, 2008; DAU, RODRIGUES E CONCEIÇÃO, 2009; OLIVEIRA, 2015; COSTA, 2017).

A terceirização se dá de forma complexa e gera desdobramentos como a quarteirização que se dá quando uma empresa intermediadora passa a ser responsável por gerenciar contratos entre a empresa-mãe e a empresa terceirizada, e também quando a empresa terceirizada contratada pela ‘empresa-mãe’ repassa as atividades a serem realizadas para outras empresas, cooperativas de trabalho (trabalhadores “autônomos”) ou prestadores de serviços individuais (Pessoas Jurídicas) (SANCHES, 2006; FONSECA, 2020). Realiza-se através da transferência de responsabilidades de gestão para um terceiro:

desresponsabilizada a empresa contratante quanto aos direitos dos trabalhadores em todos os níveis, ao mesmo tempo em que fragmenta os coletivos de trabalho e joga-se em condições precárias de trabalho, de saúde e de emprego, instituindo estatutos diferentes e, em geral, criando um manto de invisibilidade sobre esses trabalhadores” (DRUCK *et al.*, 2007 p. 7).

O contexto ambíguo relacionado à gestão dos serviços públicos pelas OSS, gera a precarização do trabalho, tendo em vista que os profissionais, apesar de servirem ao sistema público de saúde, não possuem as garantias e os direitos de um trabalhador com vínculo estabelecido pelo concurso público.

É neste quadro de precarização estrutural do trabalho que os capitais globais estão exigindo dos governos nacionais o desmonte da legislação social protetora do trabalho. E flexibilizar a legislação social do trabalho significa aumentar ainda mais os mecanismos de extração do sobre trabalho, ampliar as formas de precarização e destruição dos direitos sociais que foram arduamente conquistados pela classe trabalhadora, desde o início da Revolução Industrial, na Inglaterra, e especialmente após 1930, quando se toma o exemplo brasileiro. Tudo isso em plena era do avanço

tecno-científico que fez desmoronar tantas (infundadas) esperanças otimistas. Isso porque, em pleno avanço informacional, amplia-se o mundo da informalidade (ANTUNES, 2007, p. 22)

Como podemos observar no quadro anterior, algumas APs estão sob gestão de mais de uma OSS. Através de pesquisas nos sites das OSS, identificamos que a contratação das equipes de Saúde da Família está sendo realizado pelas OS's Ideias, Gnosis, Viva Rio e SPDM, exceto os Agentes Comunitários de Saúde, que são contratadas pela RioSaúde.

Vale reforçar que a RioSaúde se apresenta e é considerada como Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro. Entretanto, seu contrato de gestão, vínculo e contratação de profissionais se dá da mesma forma que as demais OSS aqui representadas, se colocando como Empresa contratada pela SMSRJ e estabelecendo vínculo celetista com os profissionais contratados. Segundo Fonseca (2020, p.54), “apesar de todas as instituições possuírem a mesma qualificação de Organização Social, existem diferenças importantes nas suas origens e trajetórias. Conhecer essas peculiaridades pode ser um diferencial para compreender as relações de trabalho estabelecidas entre as OS e os profissionais de saúde.”

Dessa forma, ao considerar a precarização do trabalho através da terceirização, consideramos também que as relações de trabalho, vínculo e de contratação das OSS como precárias. Os contratos de gestão se dão de forma fragilizada e abiu precedente para várias questões, tendo em vista que esse podem ser renovados ou não, de tempos em tempos, o que pode causar incerteza e insegurança aos profissionais de saúde. Acentua-se que o “medo do desemprego é um poderoso fator de desmobilização sindical” (RAMALHO; SANTANA, 2012, p. 25).

Além disso, a terceirização gera uma grande rotatividade contratual, baixa remuneração, longa jornada de trabalho e a fragilidade da relação mantida entre empregado e empregador, também demarca e age como agente de desmobilização da classe trabalhadora. Segundo Delgado,

especificamente na seara da organização coletiva, o tom é uníssono em afirmar que a terceirização promove a pulverização dos trabalhadores e das trabalhadoras e, por consequência, dificulta a organização sindical, tornando mais distantes o direito fundamental à negociação coletiva e o direito de greve. DELGADO (2017, p.124)

No caso das OSS no município do Rio de Janeiro, ao desassociar e desmembrar a contratação das eSF nas Áreas Programáticas através da contratação de toda a eSF, exceto os ACS, por uma só OSS, gera consequências negativas à mobilização das equipes, podendo gerar a individualização das categorias. Segundo Nogueira (2017 *et al.* p. 205), “a precarização e heterogeneidade dos vínculos empregatícios ainda existentes entre os trabalhadores ACS

incidem na organização coletiva dos trabalhadores de modo a dividi-los em suas pautas e direitos associados ao trabalho”.

Apesar das dificuldades de inserção dos trabalhadores das OSS em movimentos sindicais, a APS carioca nos últimos anos mantém um histórico de mobilizações, atos e greves. Vale destacar o coletivo “Nenhum Serviço de Saúde a Menos” tem sido um importante ator nos últimos anos, inclusive no acompanhamento da situação dos trabalhadores da rede. O movimento surgiu a partir da ameaça de fechamento de clínicas da família no município durante o governo Crivella e ganhou força, conseguindo, mesmo diante das dificuldades, mobilizar manifestações (VASCONCELLOS, 2017; FONSECA *et al*, 2020).

Apesar da parceria público-privada ter sido estabelecida em 2009, foi a partir do meado de 2017 que na APS foi intensificado o desmonte através do processo de desfinanciamento do SUS, como o congelamento de gastos com a saúde e com as mudanças dos gestores políticos, o que acarretou em grandes mudanças na ESF.

As OSS se comportam e atuam como empresas, com foco em metas e ações. O novo modelo de financiamento da APS, em que as transferências intergovernamentais são calculadas com base no número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores, a atuação dos ACS se torna essencial, considerando que são essas profissionais que realizam o cadastramento de suas microáreas. Inclusive, o número de cadastros individuais realizados e atualizados é uma das metas e indicadores de desempenho individual dos ACS<sup>12</sup>

Dessa maneira, a relação estabelecida entre as OSS e os trabalhadores é conflituosa e responsável pela precarização do trabalho. Como podemos perceber, o polo político é diretamente influenciado pelo polo do mercado. Atualmente, no campo da Saúde Pública esses polos se entrelaçam a tal ponto que dissociá-los se torna extremamente difícil.

---

<sup>12</sup> <https://sindivacs.com.br/wp-content/uploads/2018/07/indicadores-e-metas-de-desempenho-individual-do-agente-comunit%C3%A1rio-de-sa%C3%BAde.pdf>

## 5. POLO DA ATIVIDADE

O polo da atividade, ou das gestões, é onde se encontra a dimensão gestonária do trabalho. Segundo Schwartz, o polo da atividade é onde os polos se manifestam. É o lugar onde as pessoas realizam a gestão das lacunas entre as normas antecedentes e as resingularizações de forma dialética. Apesar das grandes tensões que o polo da atividade sofre pelas normas antecedentes estabelecidas pelo polo da política e polo mercantil, sem o polo da atividade, “se fica em apuros, pois não se sabe quem faz a história que ali se faz. Ela se faria sem nós, de uma maneira um pouco mecânica” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2003). Desse modo, nesse capítulo iremos discorrer sobre o conceito do trabalho, o campo da Saúde do Trabalhador, o ponto de vista da atividade e o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

### 5.1. A RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE E O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

O trabalho é um objeto complexo e, para entendê-lo e analisá-lo, faz-se necessário relacioná-lo com o sistema de produção da sociedade no qual este está inserido. Segundo Marx (2004), o homem, para viver, transforma o local e o ambiente onde vive e nesse processo, ele se transforma. Ou seja, com fins de sobrevivência, o homem se vê em meio a um processo de transformação, que resulta em impactos na própria sociedade e em si mesmo. Portanto, “ao transformar a natureza, os homens também se transformam, pois adquirem sempre novos conhecimentos e habilidades. Esta situação faz com que surjam novas necessidades e novas possibilidades para atendê-las” (LESSA, 1999, p. 2).

Vale salientar que a atividade do ser humano, advém da sua especificidade teleológica, que através do trabalho, o ser humano consegue projetar para o futuro uma representação de uma ideia a ser realizada. Diferente dos animais que atuam de forma instintiva, o homem tem a capacidade de teleológica de produzir e criar.

O trabalho é, por isso, considerado como "modelo", "fenômeno originário", protoforma do ser social. O simples fato de que no trabalho se realiza uma posição teleológica, o configura como uma experiência elementar da vida cotidiana, tornando-se desse modo um componente inseparável dos seres sociais (ANTUNES, 1995, p.91).

Saliento aqui que a exploração de uma pessoa pela outra (“do homem sobre o homem”) e a relação de produção ultrapassa o tempo histórico, como exemplo podemos citar as relações escravistas (como na Antiguidade) e servis (como na Europa feudal). Entretanto, ao longo do tempo, o trabalho e essa relação foi se modificando, partindo do excedente econômico para transformar as relações sociais.

Para Marx (2004, p.39) “a exploração da força de trabalho assalariada é a condição básica da acumulação do capital mediante relações de produção já de natureza capitalista.” A exploração de um ser humano pelo outro própria do capitalismo, visa o lucro e a mais-valia. Neste caminho, baseada na exploração do trabalhador pelo detentor dos meios de produção, a sociedade capitalista tende a separar cada vez mais os homens. Tornando o detentor dos meios de produção cada vez mais rico, e o trabalhador explorado cada vez mais explorado. Isso ocorre através da apropriação dos meios de trabalho com a alienação da força de trabalho.

Neste sentido, Lessa (1999, p.10) conceitua a alienação como “processo social pelo qual a humanidade, no seu processo de reprodução, produz sua própria desumanidade, sua própria negação enquanto ser humano. É a construção social de desumanidades pelos próprios homens.”

O ser humano faz história através do trabalho e assim o trabalho só pode ser entendido pelo contexto histórico. O trabalho, no sistema capitalista, pode se tornar mecânico ao ponto de limitar as potencialidades do trabalhador. As mudanças contemporâneas do mundo do trabalho, como a flexibilização, a terceirização, os novos arranjos contratuais e a reforma das leis trabalhistas, influenciam e impactam diretamente a saúde dos trabalhadores/as.

Nem sempre essa relação é evidente, muitos profissionais não identificarem os atravessamentos dessas questões nas suas atividades diárias, por estarem submetidos a elas e imersos a um processo de trabalho. Marx conceitua o processo de trabalho como a atividade orientada a um fim – a produção de valores de uso –, apropriação do elemento natural para a satisfação de necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre homem e natureza, perpétua condição natural da vida humana e, por conseguinte, independente de qualquer forma particular dessa vida, ou melhor, comum a todas as suas formas sociais (MARX, 2013).

No entanto, algumas questões se apresentam de forma clara, através de mudanças nos processos de trabalho, de forma vertical, como a intensificação da demanda de trabalho e o aumento da pressão para produção, a ameaça do desemprego, a competitividade, o exército de reserva, entre outros fatores.

Nesse caminho, podemos afirmar que o ser humano precisa se conhecer e conhecer o contexto histórico, político e social, para assim conseguir identificar e avaliar as consequências dessas mudanças no seu corpo e nas relações de trabalho. Entretanto, a relação trabalho-saúde, nem sempre foi pensada assim.

Para iniciar a discussão sobre a relação trabalho-saúde, vale salientar que, essa relação contém rugosidades, ou seja, apesar da existência da Medicina do Trabalho, da Saúde

Ocupacional e da Saúde do trabalhador terem diferentes visões e se relacionarem de formas dissemelhantes perante ao trabalho, essas perspectivas coexistem. Dessa forma, elas não se dão de forma linear ou gradual, mas se colocam como ações atuais e como marcas impressas ainda hoje na nossa sociedade.

A racionalidade utilizada inicialmente para apreensão dessa relação foi estritamente focada no biológico. A relação trabalho-saúde, foi inicialmente atribuída à Medicina do Trabalho, pautada sob uma visão biológica e individual, centralizada na figura do médico e orientada pela teoria da unicausalidade, em que para cada doença, há um agente etiológico (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Devido a ineficiência da Medicina do Trabalho em contexto de pós-guerra, a Saúde Ocupacional surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com a organização de equipes multiprofissionais com ênfase na higiene "industrial", refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados (MENDES; DIAS, 1991).

Entretanto, apesar de incorporar a teoria da multicausalidade, onde um conjunto de fatores são considerados no processo de produção da doença, a mesma tem uma base higienista, relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador. Neste sentido a Saúde Ocupacional enfatiza a utilização de equipamentos de proteção, culpabilizando os trabalhadores em caso de acidente ou doença (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Os limites impostos para responder a questões da relação trabalho-saúde, surge a Saúde do Trabalhador, no âmbito da Saúde Coletiva. Incorpora as contribuições do movimento da Medicina Social Latino-Americana, que enfatiza a determinação social do processo saúde-doença; a relativização de métodos quantitativos na análise da associação entre causa e efeito; a integração de diferentes disciplinas em toda a discussão da saúde; a compreensão da dinâmica entre sujeito individual e coletivo e é influenciada pela experiência do Modelo Operário Italiano – MOI (MACHADO, 1997).

Ao compreender a saúde e o trabalho através da relação entre o sujeito individual e coletivo, a Saúde do Trabalhador tem como influência o MOI, que visa valorizar a experiência e conhecimento do trabalhador, de forma a compreender-transformar as situações e condições de trabalho, de forma que estas não geram danos à saúde, permitindo aos trabalhadores uma ampla expressão de suas capacidades produtivas como seres pensantes.

O movimento operário italiano tem como premissa a valorização da experiência e do conhecimento do trabalhador, na luta por melhores condições de trabalho e como diretriz a não-monetarização do risco, não-delegação, (exprimindo a recusa de delegar aos especialistas o julgamento sobre a nocividade das condições de trabalho e a fixação dos padrões de nocividade) e a validação consensual julgamento coletivo pelo qual o grupo valida a experiência de cada trabalhador relativa às condições de trabalho

do saber operário através de estudos independentes a partir de grupos homogêneos de risco, que se refere aos trabalhadores que vivem uma experiência cara a cara submetidos à mesma nocividade ambiental (OLIVEIRA, 2007 p.77).

A Saúde do Trabalhador se apropria do conceito de saúde como histórica e socialmente determinada, enfatizando assim a determinação social do processo saúde-doença. Diferente da medicina dominante, a Medicina Social entende o processo saúde-doença como social, situando o “nexo biopsíquico como expressão concreta na corporeidade humana do processo histórico num momento determinado” (Laurell; Noriega, 1989, p. 100).

Segundo Laurell (1976, p.9), na sociedade capitalista, o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O processo saúde-doença ao ser reconhecido por seu caráter social e histórico, deixa de ser reduzido estritamente ao individual e biológico, indo para um processo de totalidade. O caráter biologicista, enfatizado pela medicina dominante no processo saúde-doença omite o caráter social e histórico, que é essencial.

Nesse sentido, conforme Laurell e Noriega (1989), a medicina social se apodera do caráter histórico do processo saúde-doença, que ocorre em um nível coletivo, tendo em vista que o caráter social da doença não se expressa de forma individual, mas no modo de adoecer e morrer dos grupos humanos, numa dada sociedade, de acordo com as classes sociais que a compõe.

Em termos muito gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Em nossa opinião, as categorias sociais adotadas do materialismo histórico, que nos permitem desenvolver esta proposição geral e aprofundar e enriquecer a compreensão da problemática da essência do processo saúde-doença e sua determinação, são a classe social, tal como propõe Breilh e o processo de trabalho como foi desenvolvido em outro trabalho. (LAURELL, 1976 p.16)

A concepção da determinação social do processo saúde-doença tem origem latino-americana e visa romper com as noções positivistas contextualizando “exposição” e “risco”. Segundo Breilh (2008), a determinação apresenta a relação entre estrutura social e processo de trabalho, bem como as explicações históricas das políticas sociais. Essa estrutura produz iniquidades (fatores e mecanismos sociais que são evitáveis, injustos, indignos, resultantes da opressão social), essas iniquidades geram a desigualdade.

Mendes e Dias (1991) definem como objeto da saúde do trabalhador o

processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo - como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica (MENDES E DIAS, 1991, p.347).

A Saúde do Trabalhador, se tornou pauta do movimento de Reforma Sanitária, com a discussão das condições dignas de trabalho. A ST teve seu crescente legal através da sua incorporação na Constituição Federal em 1988, que estabelece o SUS e atesta a saúde como um direito de todos.

Foi através da Lei 8.080/1990 que a Saúde do Trabalhador passou a ser prevista como um "conjunto de atividades destinadas, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho" (BRASIL, 1990).

Em 1993 foi criada a Comissão Interministerial da Saúde do Trabalhador - CIST, como forma de possibilitar ações intersetoriais de fiscalização e vigilância em ambientes de trabalho e em 1998 a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador foi publicada, orientando a criação de núcleos de referência técnico-operacionais nos níveis municipais e estaduais como forma de propagar ações em Saúde do Trabalhador, bem como a Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador - Visat no SUS (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

A Visat, segundo a Portaria n.º 3.120/1998 é composta por um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população (BRASIL,1998).

Vale salientar que é localizada na Visat a capacidade de modificar a realidade do trabalho. É através da Vigilância em Saúde do Trabalhador que se conhece a realidade da população trabalhadora e os fatores determinantes de agravos à sua saúde, de modo a intervir sobre eles, tendo como tarefa levar para os serviços de saúde a análise da relação da saúde com o processo de trabalho (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Este estudo localizado no campo da Saúde do Trabalhador se propõe a contribuir para possíveis ações junto às Agentes Comunitárias de Saúde a partir do ponto de vista da atividade. O campo da Saúde do Trabalhador, apesar de possuir políticas que regem e que orientam esse campo, está estritamente vinculado ao polo da atividade e por fim, acaba por pressionar o polo do mercado.

## 5.2. PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE

O conceito de atividade como entendemos, foi cunhado pela Ergonomia da Atividade com objetivo de diferenciar o trabalho prescrito do efetivamente realizado. Assim, a ergonomia ao distinguir o trabalho real do trabalho prescrito tem como interesse a compreensão do distanciamento entre eles. Tendo em vista que, entre a tarefa (trabalho prescrito) e a atividade (trabalho real) há um ajuste, que leva a uma redefinição dos objetivos inicialmente fixados (BRITO, 2011).

Pensar na atividade de trabalho é identificar o que os trabalhadores colocam de si para darem conta da tarefa. O que fazem para além das prescrições, ou para que as prescrições deem “certo”. Apesar de haver atribuições específicas e pré-determinadas para serem feitas, os profissionais vão além do que está estabelecido e prefixado.

De forma explicativa, o trabalho prescrito é o que “deve ser feito”, as normas de trabalho definidas pela organização do trabalho.

O trabalho prescrito é definido como um conjunto de condições e exigências a partir das quais o trabalho deverá ser realizado, ou seja, incluindo tanto as condições dadas para a realização de um trabalho (ambiente físico, matéria-prima, condições socioeconômicas), como as prescrições propriamente ditas (normas, ordens, resultados exigidos). (SILVA; RAMMINGER, 2014, p.4753)

Já o trabalho real é a atividade realizada pelo trabalhador em situação de trabalho. É o desenvolvimento das atividades do trabalhador como resposta ao trabalho prescrito. Tendo em vista a dinamicidade do trabalho, o trabalhador recorre a sua criatividade para responder às questões que aparecem no decorrer da sua rotina de trabalho, com isso, o trabalhador desenvolve atividades para além daquelas já prefixadas (BRITO, 2006).

A lacuna existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real se deve ao fato de as situações reais de trabalho serem dinâmicas, instáveis e submetidas a imprevisto – ou “infiéis”. Dessa forma, o trabalhador necessita criar formas para preencher essas defasagens e para isso, ele convoca sua experiência, história, princípios e valores para suprir esses distanciamentos. Dessa forma, a atividade de trabalho é sempre singular, porque envolve estratégias de adaptação do prescrito às situações reais de trabalho, atravessadas pelas variabilidades e pelo acaso (BRITO, 2011).

Cabe aqui reforçar que a concepção de saúde de Canguilhem (1990) ressalta que o maior atributo do ser humano é a sua capacidade de criar melhores meios para viver e assim, produzir saúde. “Para ele, o que caracteriza a saúde é justamente a possibilidade de criação e recriação

de mundos, a capacidade de instituir novas normas de vida frente às “infidelidades do meio”, ou seja, frente a um mundo sempre em transformação” (SILVA; RAMMINGER, 2014, p.4752).

Com base nos conceitos da Ergonomia da Atividade, do Modelo Operário Italiano do conceito de saúde de Georges Canguilhem, nos atentaremos, nesta pesquisa, em duas Clínicas do Trabalho: a Ergologia e a Psicodinâmica do Trabalho.

A perspectiva ergológica segue a ergonomia da atividade no projeto de melhor compreender e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho, para transformá-las. Afasta-se da discussão do que é ou não trabalho, adotando o conceito de trabalho como atividade industriosa. Sendo assim, qualquer atividade industriosa envolve sempre algo como um debate de normas (SCHWARTZ; DURRIVE, 2015).

Dessa forma, ao afirmar o seu foco na atividade, afirma também a insuficiência de disciplinas específicas para a compreensão da atividade. (GOMES; ABRAHÃO; VIEIRA, 2006).

Assim, segundo Oliveira

A perspectiva ergológica nos leva ao entendimento do caráter não totalmente padronizável da vida e do trabalho, uma vez que o trabalho não pode ser reduzido somente a prescrições, que existe sempre uma busca de equilíbrio, pelos homens e mulheres entre o que é exigido pelas normas de produção e o que é necessário para a construção da sua saúde (OLIVEIRA, 2007, p.10).

A perspectiva ergológica se utiliza do conceito de normas antecedentes, para identificar que, além das formas de prescrição relativas à organização do trabalho e às condições dadas ao trabalhador, há normas mais gerais (no sentido dado por Canguilhem) que também têm o papel de antecipar/predefinir as atividades (BRITO, 2011).

Tendo em vista que o meio é sempre infiel, gerir o trabalho é fazer escolhas, com isso, renormatizar. Dessa forma, o ser humano é sempre convocado a agir em confronto com o que exigem dele e com o que ele exige de si mesmo. Ele entra num debate de normas no sentido atribuído por Canguilhem ao relatar que “entre o ser vivo e o seu meio, a relação se estabelece como um debate (...) onde o ser vivo aporta suas próprias normas de apreciação das situações, onde ele domina o meio e se acomoda a ele” (DURRIVE, 2011, p.49).

Neste sentido, o trabalho é um lugar de debate de normas e valores e também de criação de novas normas com base nas experiências e nos desafios do cotidiano. Sendo assim, o trabalho é lugar de renormatização.

A atividade na perspectiva ergológica, compreendida como um debate de normas e valores, para além da ação, é convocação permanente da subjetividade. Vista, portanto, também

como um imperativo de saúde, desenvolvendo assim uma dupla leitura: atividade intelectual e atividade vital. O esforço de conhecer é também um esforço de viver. (DURRIVE, 2011, p.59)

Nessa perspectiva, o conceito de atividade ainda possui três características destacadas a seguir:

O conceito de actividade, importante para toda inteligibilidade da nossa história e intervenção no nosso presente, é marcado por três características essenciais: A transgressão: nenhuma disciplina, nenhum campo de práticas pode monopolizar ou absorver conceptualmente a actividade; ela atravessa o consciente e o inconsciente, o verbal e o não verbal, o biológico e o cultural, o mecânico e os valores... A mediação: ela impõe-nos dialécticas entre todos estes campos, assim como entre o “micro” e o “macro”, o local e o global... A contradição (potencial): ela é sempre o lugar de debates com resultados sempre incertos entre as normas antecedentes enraizadas nos meios de vida e as tendências à renormalização<sup>13</sup> resingularizadas pelos seres humanos (SCHWARTZ, 2005, p. 02).

Com isso, para Schwartz, não há nenhuma situação de trabalho que já não seja, mais ou menos, transformadora ou tentativa de transformação. Existem, na própria atividade, reservas de alternativas permanentes que são mais ou menos contrariadas, mais ou menos desenvolvidas, de relevâncias e influências muito variáveis. Mas a ideia de atividade é sempre um “fazer de outra forma”, um “trabalhar de outra forma”. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2015)

As gestões realizadas com objetivo de “fazer de outra forma”, as renormatizações, são feitas por um corpo si. Segundo Schwartz, o "corpo si", árbitro no mais íntimo da atividade, não é um "sujeito" delimitado, definido, mas uma entidade enigmática que resiste às tentativas de ser objetivado" (SCHWARTZ & DURRIVE, 2010).

Schwartz, em vez de subjetividade, prefere falar do corpo e do corpo-si. Com isso define corpo como “a maneira pela qual vamos arbitrar e gerir essas variabilidades permanentes e essas dramáticas do uso de si por si e pelos outros passa muito por economias do corpo, por sinalizações sensoriais e visuais, até nas atividades mais imateriais” (SCHWARTZ, & DURRIVE, 2010, p.196).

E vai afirmar que prefere denominar “corpo-si” essa entidade que faz arbitragens, a usar os termos “subjetividade” e “sujeito”. Ele ressalta o efeito sedutor que produz o uso da palavra “subjetividade”, atribuindo-lhe uma espécie de vocação de iludir, como se um trabalhador pudesse se olhar no espelho e se reconhecer naquela moldura, dizendo “esta é a

---

<sup>13</sup> Vale ressaltar que alguns grupos de pesquisa do Rio de Janeiro (FIOCRUZ, UERJ, UFF e UNIRIO), que mantêm interlocução com o autor, optam pela tradução do conceito de “renormalization” por “renormatização” e não “renormalização”. Na perspectiva de enfatizar a visão vitalista aí presente, isto é, a capacidade humana de criar novas normas de vida (ou simplesmente, conforme expressão de Canguilhem, normatividade). A expressão “renormalização”, em português, pode dar a falsa ideia de retorno à normalidade não expressando a intenção do autor (OLIVEIRA, 2007).

minha subjetividade desvelada pelo pesquisador”, o que reduziria em muito a complexidade daquilo.

Para além da perspectiva ergológica, utilizaremos também categorias trazidas pela Psicodinâmica do Trabalho para compreender a atividade de trabalho dos ACS.

A Psicodinâmica do Trabalho tem seu foco no sofrimento, na relação psíquica com o trabalho. Segundo Dejours (1994), é objeto da Psicodinâmica do Trabalho a análise das relações dinâmicas entre organização do trabalho, que se manifestam nas vivências de prazer e sofrimento, nas estratégias de ação para mediar contradições da organização do trabalho nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento (MENDES, 2007, p. 30).

O trabalho possui uma relação fundamental com a saúde, seja de forma positiva ou negativa. Positiva pois, através do trabalho o ser humano identifica suas próprias potencialidades e capacidades, além de ser uma forma de prazer e satisfação. Entretanto, o trabalho também pode ter sua interface negativa, através de doenças, acidentes, desgastes psíquicos, sofrimento e frustrações. Portanto, as consequências do trabalho na vida do trabalhador e da trabalhadora podem ser positivas e negativas, tendo em vista que o trabalho pode gerar tanto sofrimento quanto prazer. (DEJOURS, 1994).

Segundo Dejours,

para analisar o significado do trabalho, “é preciso reter a antinomia entre satisfação e organização do trabalho. Via de regra, quanto mais à organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo. Correlativamente, o sofrimento aumenta (DEJOURS, 1998, p.52.)

Isto é, a relevância do profissional em um conjunto social se apresenta para o trabalhador como um fator de motivação no processo de trabalho, inundando significações para a sua atividade através de uma validação social.

O conteúdo significativo da atividade comporta, assim, uma significação narcísica, sustentada pela ideia de prestígio, reconhecimento ou diferenciação no conjunto social. “Trata-se mais da imagem de si que repercute do trabalho, tanto mais honroso se a tarefa é complexa, tanto mais admirada pelos outros se ela exige um know-how, responsabilidade, riscos” (DEJOURS, 1992, p.49).

Essa validação passa pelo reconhecimento, que segundo Dejours (1994) se difere entre reconhecimento da hierarquia e dos pares. O autor reforça que esses dois modos não são equivalentes. O reconhecimento pela hierarquia está relacionado à utilidade do trabalhador e o

reconhecimento pelos pares direcionado à habilidade, inteligência, talento, originalidade e até mesmo ao julgamento de beleza.

Segundo Dejours (1994, p.130) “só os pares têm condições de avaliar plenamente a qualidade da inovação técnica. Mesmo se é um feito fundamentalmente reconhecido pelos pares (coletivo ou comunidade de pertença), é também no registro do ser que o sujeito o capitaliza”.

O reconhecimento provoca um registro da identidade, tornando o trabalhador um sujeito único. Dessa forma, quando o trabalhador se vê com mais pressões, mais demandas de trabalho e menos autonomia para exercer suas funções, inicia um processo de descaracterização da sua autoimagem sobre o trabalho, o que pode vir a gerar sofrimento e insatisfação.

O prazer e a satisfação no trabalho advêm da obtenção do reconhecimento da utilidade e da qualidade do trabalho do profissional. O sofrimento está relacionado à objetificação do trabalhador e de sua subjetividade. Neste sentido, a satisfação e o sofrimento são duas consequências que iremos refletir neste trabalho. Segundo Dejours “o trabalho se revela essencialmente ambivalente. Pode causar infelicidade, alienação e doença mental, mas pode também ser mediador da autorrealização, da sublimação e da saúde” (DEJOURS, 2006, p.98).

Em que pese todo trabalho se torna fonte de sofrimento, pois está intrínseco ao trabalhar e aos desafios impostos na convocação para tomada decisões perante a situação real. O trabalhador em sua luta contra este sofrimento, por vezes, elabora soluções originais que são favoráveis tanto à produção quanto à saúde. Tal forma de sofrimento foi designada por Dejours como *sofrimento criativo*. Quando, ao contrário, nessa luta contra o sofrimento, o sujeito não chega a soluções favoráveis, tal forma de sofrimento caracteriza-se como *sofrimento patogênico*.

O *sofrimento patogênico* ocorre pela impossibilidade do indivíduo de estabelecer no seu trabalho a ressonância simbólica, não encontrando um espaço de palavra (espaço público) para expressar suas questões internas. O sofrimento assume um papel de mediador entre o patológico e o saudável na medida em que mobiliza o sujeito à mudança da situação desencadeadora de desconforto e conflito. No caso do sofrimento patogênico, não há possibilidade de negociação entre o sujeito e a organização do trabalho. Isto é, o trabalhador se vê limitado diante da questão que é a causa de seu sofrimento (DEJOURS, 1998).

Ressalta-se que, no contexto atual de trabalho, quando a carga de trabalho e os quantitativos de produção ultrapassam os limites intelectuais, físicos e psíquicos, o profissional se vê pressionado a fazer escolhas que antes reprovava, a fim de atender a essa demanda. Esse movimento pode ser nomeado de *sofrimento ético* (DEJOURS, 2006).

O trabalho é individual e coletivo, para Dejours (2012, p.58) “é a oportunidade de formação, entre os membros de um coletivo, dos elos que não são apenas de regulação quanto à eficiência do trabalho, mas presidem também à estruturação do viver junto e da comunicação orientada rumo ao entendimento”.

Dessa forma, o trabalho onde o trabalhador coloca sua inteligência e experiências por vezes, renunciando parte de sua individualidade em prol de um coletivo, de uma cooperação. Dejours (2012) salienta a diferença entre os termos “coordenação” e “cooperação” Sendo coordenação a organização dos trabalhadores de forma prescrita e a cooperação a organização efetiva desses trabalhadores. Ou seja, a cooperação (real) é uma resposta à coordenação (prescrita) pela organização do trabalho.

Como forma de preservar a sua saúde mental, o trabalhador necessita de um ambiente onde haja confiança, uma dessas formas é através de estratégias coletivas, pela união de forças dos trabalhadores. Isto é, são construídas por um grupo de trabalhadores para resistir aos efeitos desestabilizadores e para lidar com as contradições advindas do trabalho. Elas contribuem para a coesão do coletivo de trabalho. A utilização dessas estratégias de defesa propicia proteção do sofrimento e a manutenção do equilíbrio psíquico por possibilitar o enfrentamento e a eufemização das situações causadoras do sofrimento (DEJOURS, 2006).

Segundo Dejours (1993b) é pela intermediação e relações do trabalho, que o sujeito se engaja nas relações sociais, para onde ele transfere as questões herdadas de seu passado e de sua história afetiva. Entretanto a organização do trabalho pode afetar as relações sociais, tendo em vista que a terceirização e a precarização e flexibilização do trabalho causados pelo neoliberalismo reforça a ideia de individualismo e competitividade entre os trabalhadores, convergindo na perda da coletividade.

A perda da coletividade é uma expressão significativa dos impactos das mudanças no relacionamento entre os profissionais. A insegurança, principalmente o medo, gera estresse diários entre os profissionais, pois os mesmos se veem pressionados pelas metas que precisam bater. Entretanto a organização do trabalho não dá subsídios para que esse trabalho seja feito de forma eficaz.

Utilizaremos os conceitos imersos ao arcabouço teórico da Ergologia e da Psicodinâmica do Trabalho para refletir e analisar de forma conjunta com os ACS.

### 5.3. O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE A PARTIR DE ALGUNS ESTUDOS

No Brasil, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) teve início em 1991, através da inserção de mulheres em um projeto emergencial nas frentes de emergências nos períodos de seca no Estado do Ceará, sob supervisão de enfermeiros/as. Dessa forma, o PNACS iniciou no Nordeste com a proposta de expandir as ações básicas de saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários em áreas carentes - rurais e periferias urbanas. Essa iniciativa gerou um avanço significativo na diminuição da morbimortalidade infantil nessa região (BRASIL, 1993; CARVALHO, 2002; GIL, 2006).

O programa se estendeu, em caráter emergencial, para a região Norte em decorrência da epidemia de cólera. Em 1992, o PNACS passou a ser denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com ampliação para outros estados e municípios do Norte e Nordeste e para a região Centro-Oeste. Apesar da mudança de nome não houve qualquer modificação em sua proposta inicial.

Vale salientar a importância do PACS para a facilitação da implantação da Saúde da Família. Segundo Barros,

os ACSs não constituíam uma categoria definida, não tinham escolaridade definida e não faziam parte da equipe de saúde, apesar de terem supervisão dos enfermeiros. A finalidade desses profissionais era a de serem educadores permanentes e elos entre os serviços de saúde e a comunidade. (BARROS, 2010, p.82)

As diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foram fixadas em 1999, através do Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. As tarefas previstas no decreto, segundo o Art.2º deste decreto eram:

utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação; executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva; registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida; desenvolver outras atividades pertinentes à função do agente comunitário de saúde.

Embora esta lista de atividades típicas seja aqui mencionada de maneira bastante sumária, serve para dar uma ideia do que se pode denominar perfil ocupacional do ACS. Apesar do conceito de perfil ocupacional ou profissional ser comumente de fácil entendimento tendo em vista suas normas institucionais e legais, as atividades atreladas a esse perfil estão

suscetíveis a variações tendo em vista as necessidades ditadas pela divisão organizacional do trabalho ou podendo ser ampliada devido ao tempo.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde só foi oficialmente regulamentada em 2006, após 11 anos de criação e atuação. Na PNAB 2017, o Agente Comunitário de Saúde pode ser membro da Equipe de Saúde da Família (eSF) e da Equipe de Atenção Básica (eAB), ficando a cargo do gestor a decisão de ter eAB ou eSF. O ACS permanece obrigatório na ESF (quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local, em áreas de vulnerabilidade), mas se torna facultativo na eAB. Para, além disso, a PNAB 2017 amplia as atribuições dos ACS, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de nível superior e após treinamento e com autorização legal ( aferir a pressão, medição da glicemia e aferir temperatura e realizar técnicas limpas de curativo).

Oliveira e Spiri (2006), Lunardelo (2004), Nunes *et al.* (2002), Silva e Dalmaso (2002) e Tomaz (2002) corroboram e afirmam que o ACS é um profissional que emerge da comunidade e se integra às equipes de saúde, sem bagagem técnica específica, e trabalha por meio do diálogo com a comunidade buscando conscientizar e ser um agente educador

Com isso, o ACS é um profissional genérico. A ideia de que o ACS é um trabalhador genérico pode ser entendida tanto no sentido de que se trata de um não-profissional quanto no de que suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem bem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população (NOGUEIRA, 2000).

Esses atributos de generalidade permitem que o ACS não seja visto como uma categoria ocupacional pertencente, ainda que não legitimamente, ao grupo de enfermagem, mas, sim, como uma categoria muito particular, que não deve ser comparada nem agrupada com outras que preexistem historicamente no campo da saúde. Essa particularidade é reforçada pelo fato de a política que lhe deu origem exigir desse recurso humano um perfil social fora do comum. (NOGUEIRA, 2000, p.7).

O processo de trabalho em saúde é compreendido como resultado da soma de processos pelos quais indivíduos atuam utilizando meios de produção, sobre algum objeto para, modificando-o, obterem determinado resultado/produto (RAMOS, 2007).

No caso dos ACS, os objetos são as condições ou necessidades sócio-sanitárias em saúde dos indivíduos e famílias; os meios de produção ou instrumentos de trabalho são os conhecimentos, as habilidades, as ferramentas e/ou equipamentos em geral; e as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas, conforme sua organização social, em dado momento histórico (MACIEL *et al.* 2020).

Todo ACS está inserido em uma eSF que é composta minimamente por: ACS, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem. A equipe de saúde bucal é a ampliação da eSF sendo composta por: dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal.

Vale reforçar que, os ACS são moradores de sua área de atuação e possuem um conhecimento ainda maior sobre o seu território em comparação aos demais profissionais da eSF, o que faz toda a diferença no trabalho em saúde, tendo em vista que o território é vivo e apresenta suas particularidades, peculiaridades, suas próprias necessidades e singularidades. O trabalho do ACS é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que ele é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal.

O papel de mediador social atribuído e executado pelo ACS é também uma forma de regulação do Estado sobre a saúde, condições de vida e modos de viver da população através desse profissional. Ao designar que este seja o elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (NOGUEIRA, 2000).

Os ACS justificam a importância de ser morador da área em função de compartilhar os códigos e valores locais, conhecer a dinâmica do território e compreender a linguagem simbólica que permeia a vida na comunidade. É o convívio diário com os moradores que favorece exercer o seu papel de mediador entre as classes populares e a equipe de saúde, aproximando os diferentes atores sociais e tentando reduzir a distância entre dois mundos separados física e simbolicamente. (LACERDA, 2010 p.110)

Estudos anteriores apontam que o fato de residirem na mesma comunidade onde atuam facilita a criação do vínculo e o desenvolvimento das atividades, entretanto o fato de os ACS residirem na mesma área que os usuários evidenciou que, continuamente, eles são procurados em suas residências para realizar atribuições fora do horário de trabalho, muitas vezes se envolvendo emocionalmente com os problemas sociais da comunidade e até pessoais, fazendo com que a carga horária trabalhada seja maior do que a preconizada pelo Ministério da Saúde, que seria de 40 horas semanais (OLIVEIRA; NERY, 2019).

O ACS tem como caracterização de sua função a Visita Domiciliar, é através desta atividade de trabalho que é reconhecido pela população e enquanto profissional. É através das visitas que realiza o cadastramento da sua microárea e assim, estabelece um vínculo com os seus usuários e com o território. No caso do ACS, essa socialização se dá com a população adscrita do seu território e com a sua eSF.

Se por um lado, a ida ao domicílio revela um momento delicado no sentido de articular a vida pública com a vida privada, ou seja, o ACS enquanto representante do Estado compartilha a intimidade dos moradores, por outro, tais visitas efetivam o potencial de encontro entre trabalhadores e usuários na produção do cuidado, na expressão da afetividade, no reconhecimento recíproco e na formação de redes de apoio. Por meio da atuação no território, principalmente nas visitas domiciliares sistemáticas, os ACS vão tecendo redes de apoio social que dão sustentação às suas ações. (LACERDA, 2010 p.183)

Apesar de ser uma função que caracteriza a profissional ACS, essa função não é exclusiva a essa trabalhadora e sim de toda a eSF. Segundo a PNAB 2017, a visita domiciliar é uma atribuição geral de toda a equipe de Atenção Básica e uma atribuição comum do ACS e do Agente Comunitário de Endemias (ACE).

Vale ressaltar que o domicílio desses usuários não é um território público e o seu acesso nem sempre é evidente e fácil; portanto, para realizar seu trabalho, a agente deve estabelecer vínculo e relações de confiança com a comunidade. O agente somente adentra e conhece a intimidade dos usuários com permissão da família, devendo sempre preservar essa privacidade (LUNARDELO, 2004).

O vínculo e a confiança que a população atrela às ACS são aspectos fundamentais e importantes para a concretização do trabalho que essas profissionais desenvolvem. Essa credibilidade tem o sentido de criar relações de confiança com os usuários para que recebam os agentes, abram suas casas, contem seus problemas pessoais, e que as demandas sejam solucionadas ou encaminhadas, assegurando a continuidade da relação saudável agente-comunidade. É importante salientar que esse processo de confiança entre profissional e usuários é dinâmico e precisa ser constantemente reassegurado (LANCMAN *et al.*, 2007).

Segundo a pesquisa de Vianna com os ACS de Manguinhos (2013, p.110) pode-se perceber uma forte correlação entre a gratificação que o trabalho gera e o contato com o público, visto que o ACS é o mediador entre o serviço de saúde e a comunidade, existindo, portanto, uma relação direta com o público que assiste. Em entrevistas em grupo os ACS afirmaram que o fundamental de sua atividade (a meta) é melhorar as condições de saúde e vida da comunidade em que trabalham e moram, acrescentando que como moradoras e usuárias do SUS se identificam e conhecem todas as dificuldades vivenciadas pelos pacientes. Logo, ao conseguirem resolver os problemas de saúde apresentados por estes pacientes se sentem altamente gratificadas, sendo este o real valor de ser ACS.

O cuidado periódico desta relação de confiança se associa à resolutividade imediata dos ACS aos problemas apresentados pela população adscrita, entretanto essa resolutividade é atravessada por vários aspectos como: estruturação do serviço e à inoperância do sistema de

saúde em atender as necessidades da comunidade e na necessidade de encaminhamento dos usuários a outros profissionais da eSF, tendo em vista alguns problemas de saúde.

Vianna (2013) ressaltou que o diálogo entre a equipe é ponto importante das relações estabelecidas no trabalho, onde a troca de saberes e prática auxiliam na resolução dos problemas demandados pelos usuários e na elaboração de saídas que amenizem as adversidades e penosidades vivenciadas no trabalho como ACS.

A coletividade dos ACS e sua relação com a eSF é muito importante para o andamento de seu trabalho. Na ESF a atuação se dá de forma coletiva e social, tendo em vista que, o foco do trabalho é a integralidade do cuidado. Entretanto, essa coletividade pode se dar de forma conflituosa.

Dificuldades relacionadas à dinâmica de trabalho nas equipes também atravessam a prática cotidiana dos ACS. Peres *et al.* discutem a hierarquização presente nas equipes de saúde, em que aqueles que possuem um saber técnico especializado ou formação superior ocupam lugar de destaque, e reforçam a necessidade da horizontalização das ações na ESF, com responsabilidades compartilhadas entre os membros das equipes de saúde. Também Sakata e Mishima discutem sobre a relação dos ACS com pessoas com maior conhecimento técnico, como em situações em que estes sentem receio em questionar e se posicionar frente a trabalhadores de nível universitário. Pupin e Cardoso relatam a desvalorização do trabalho do ACS, que se queixam, dentre outras coisas, da baixa remuneração considerando a carga horária de trabalho e suas inúmeras responsabilidades. (GUANAES-LORENZI, 2016 p. 2540)

Entre essas possíveis penosidades, se encontra a burocratização do trabalho do ACS, processo que ocorre no interior das Clínicas da Família. Este processo atravessa diretamente a qualidade principal do Agente Comunitário de Saúde: o vínculo com a sua população adscrita. O processo de descaracterização e burocratização do ACS ocorre quando o mesmo é colocado no acolhimento em uma função de recepcionista na ESF do Rio de Janeiro. Isso se dá também, devido descaracterização do próprio conceito real de acolhimento.

Neste caminho, vale salientar que o ACS não é reconhecido como profissional de saúde, o que torna a sua atividade interna, incluindo o Acolhimento muito mais burocratizado, onde o Agente Comunitário de Saúde se vê fragilizado diante das situações que surgem, tendo que sempre recorrer à um profissional da equipe técnica (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem).

A burocratização do trabalho do ACS é um processo constituído por mediações históricas que conformam o mundo do trabalho, o setor produtivo e o setor de serviços. É inerente ao avanço do gerencialismo nas políticas públicas, enfatiza práticas de saúde individuais em detrimento das coletivas e ratifica o modelo de atenção biomédico. É constituída pela implantação de modelos de gestão que legitimam a orientação gerencialista como indutora de práticas na APS. Acrescenta-se a isso a informatização do processo de trabalho e, assim, há descaracterização das atribuições dos ACS, das ações coletivas e comunitárias. Neste sentido, a burocratização do trabalho do ACS, fomentada pelo gerencialismo, pode agravar o processo de estranhamento do ACS para com o seu trabalho. (NOGUEIRA, 2019, p.321)

A burocratização dos ACS vai de encontro ao verdadeiro significado de seu trabalho, o vínculo que essas profissionais constroem com sua população. Esse processo é entendido pelos trabalhadores também a partir da orientação do processo de trabalho para a coleta de informações a serem preenchidas nos sistemas de informação e metas a serem cumpridas, afetando, inclusive, o processo de realização das VD (NOGUEIRA, 2019).

Em contexto de pandemia da Covid-19, esse vínculo foi afetado novamente, tendo em vista que as UBS tiveram que se readequar ao momento sanitário, especialmente para atender às necessidades de prevenção, identificação precoce e acompanhamento dos casos e disseminação de informação para a população. Para o ACS isso teve um peso importante, uma vez que suas atividades mais características envolvem vínculo presencial, como as visitas domiciliares (NOGUEIRA *et al.* 2020b).

Vale reforçar que os vínculos dos ACS com seus parceiros de eSF também foram afetados. Segundo o 2º Boletim de Monitoramento da Saúde dos ACS em tempos de Covid-19,

Do total de ACS participantes da pesquisa (884), 60,9% (538) vivenciaram, nos meses de junho e julho, a morte por Covid-19 de pessoas com quem mantinham vínculos. Desses, 23% (204) referiram ter perdido familiar, amigo e/ou colega de trabalho; e 22% (194) perderam usuários que acompanhavam no seu cotidiano de trabalho. Cabe destacar que 15,9% dos ACS (140) informaram ter perdido familiar, amigo e/ou colega de trabalho, incluindo, também, usuários que acompanhavam. (NOGUEIRA *et al.* 2020b, p.25).

Vianna (2013) concluiu que o agir dos ACS é amparado por seu sentimento de pertencimento à comunidade em que mora e assiste, levando a prosseguir em seu ofício apesar da dor e do sofrimento. Dessa forma, essas utilizam do jeitinho, para dar conta do inesperado, do esperado e não concretizado.

Corroborando Vianna (2013), Lacerda (2010) relata que a dimensão relacional no trabalho dos ACS propicia a produção de novas reconfigurações na relação entre trabalho prescrito e trabalho real. A autora sinaliza que essas reconfigurações são evidenciadas através das ações de cuidado pautadas em valores que enfatizam os usuários e família.

Na perspectiva de tentar dar conta do trabalho, foi identificado que, apesar das orientações para afastamento das atividades de visitas domiciliares presenciais, essas continuaram acontecendo. O 2º Boletim de Monitoramento de saúde dos ACS em tempos de Covid-19 identificou que,

83,3% (736) dos ACS que participaram da relataram que nos meses de junho e julho de 2020 continuaram realizando visitas domiciliares. Com base nos dados levantados, os percentuais se distribuem do seguinte modo: 47,9% (423) relataram redução das visitas domiciliares no período; 24,9% (220) referiram não haver mudança; e 10,5% (93) relataram aumento das VDs. Houve suspensão das visitas, fato indicado por 16,7% (148) dos participantes. (NOGUEIRA *et al.* 2020b, p.15)

Como forma de manutenção do cuidado, alguns documentos técnicos recomendaram como possibilidade a realização de “visitas online”, em ‘substituição’ às visitas domiciliares, intermediada por canais de comunicação (*whatsapp, email, telefone* e outros) da ESF, como forma da APS monitorar, comunicar a população sobre o cancelamento de consultas e orientar sobre a rotina de trabalho da UBS em contexto de pandemia e isolamento social. (MACIEL *et al.* 2020).

Entretanto, vale salientar que as Unidades de Saúde possuem pouca disponibilidade de internet, bem como a disponibilidade de aparelhos de celular são escassas, o que leva à profissional a utilizar seus equipamentos e recursos pessoais (BOUSQUAT *et al.*, 2020).

Pesquisas apontam que a escassez não era somente nas questões tecnológicas, mas havia carência também de equipamentos para a proteção desses ACS. Costa *et al.* (2020) apontou necessidade de massificação da distribuição de equipamento de proteção individual (EPI) para os ACS, uma vez que a maioria deles mantém as visitas domiciliares no contexto da pandemia e parte deles o faz sem proteção. O 2º Boletim de Monitoramento de saúde dos ACS em tempos de Covid-19 verificou que,

Dos ACS respondentes no período de junho e julho, 86,1% (761) informaram que a UBS forneceu EPIs aos profissionais, 10,4% (92) dos ACS afirmaram que houve fornecimento de EPIs aos profissionais, mas não houve destinação, especificamente, aos ACS, e 3,5% (31) afirmaram que a UBS não forneceu EPIs aos profissionais. (NOGUEIRA *et al.* 2020b, p.10)

Contudo, é essencial o fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) e outros equipamentos (termômetro, oxímetros de pulso portáteis), assim como o devido treinamento para os ACS estarem qualificados e seguirem de forma eficaz e resolutiva, os protocolos indicados na situação da pandemia (MACIEL *et al.* 2020).

Apesar do fornecimento dos EPIs, muitos ACS não receberam nenhum tipo de formação ou treinamento com objetivo de qualificar seu trabalho frente à Covid-19. O estudo realizado por Costa *et al.* (2020), voltado para os ACS e a pandemia da Covid-19 nas favelas do Brasil, apontou que um agravante da insegurança dos ACS está relacionado ao fato destes trabalhadores não terem recebido formação para atuação na pandemia.

O 2º Boletim de Monitoramento de saúde dos ACS em tempos de Covid-19 identificou que, entre os 884 ACS participantes da pesquisa,

54,8% (484) afirmaram não ter recebido nenhum tipo de formação ou treinamento sobre Covid-19 ofertada pela UBS ou pela Secretaria de Saúde. Quadro agravado, porque 28,7% (254) receberam alguma formação, porém insuficiente. Apenas 16,5% (146) informaram ter recebido uma boa formação, durante os meses de junho e julho de 2020, sobre a Covid-19. (NOGUEIRA *et al.* 2020b, p.28)

Neste sentido, iremos refletir sobre o trabalho e atuação dos ACS de uma área programática do Rio de Janeiro, inseridas em um processo de trabalho composto por diversos elementos como: equipe, carga horária profissional, equipamentos de proteção adequados, formação, entre outros elementos que nos levam à reflexão em busca de identificar junto aos trabalhadores, fatores que possam contribuir para o adoecimento ou comprometimento à sua saúde em contexto de fragilização da APS e de Covid-19.

## 6. METODOLOGIA

A proposta deste trabalho é a de compreender a atividade de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e suas consequências para a saúde física e mental em contexto de desmonte da Atenção Primária à Saúde e pandemia da Covid-19, no município do Rio de Janeiro a partir do uso do ponto de vista da atividade.

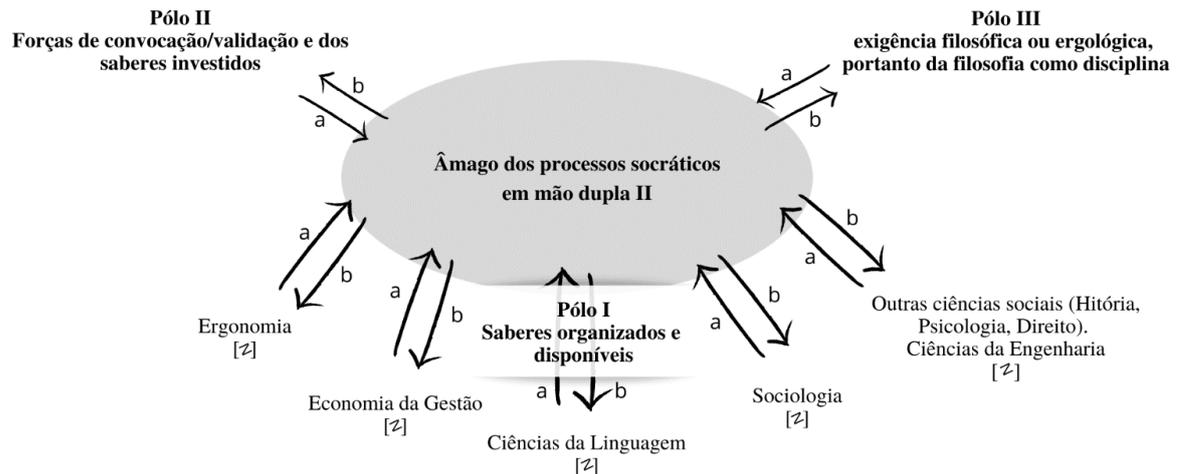
O cunho da pesquisa é qualitativo tendo em vista que a mesma possibilita uma aproximação maior da realidade dos ACS, sendo esses os atores sociais da pesquisa. Segundo Minayo (2009, p.21), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado.”

A abordagem qualitativa também proporciona um olhar ampliado sobre as percepções, motivações, valores, atitudes, princípios desses profissionais em seus processos de relações humanas, que não podem ser quantificados. Dessa forma, a pesquisa aqui apresentada está amparada na abordagem qualitativa, que decorre da compreensão que o trabalho em saúde envolve as categorias saúde e doença e que estas “trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico” (MINAYO, 2009, p. 22).

Como forma de compreender a atividade, utilizamos uma postura ética e epistemológica a partir do Dispositivo Dinâmico de 3 Polos (DD3P), uma perspectiva formativa e de reconhecimento do saber da experiência em circulação com os saberes técnico-científicos. Segundo Schwartz e Durrive (2015), o DD3P consiste em um dispositivo de trabalho cooperativo de formação. Um modelo para articulação entre: os saberes organizados e disponíveis (polo dos conceitos); os saberes e valores atribuídos e gerados através das experiências e vivências dos trabalhadores nas atividades (polo das forças de convocação e de validação); e por fim o local onde é possibilitado o encontro frutífero desses polos (chamado de polo das exigências éticas e epistemológicas).

Como podemos ver, na figura a seguir (Figura 3), Schwartz e Durrive (2015) ilustram através desse esquema a dialética circular do DD3P.

Figura 3 - Esquema Circular do Dispositivo Dinâmico de 3 Polos



a e b: o sentido das flechas é pertinente a convocações mútuas  
 b: o retorno para as competências disciplinares de origem  
 [Z]: esse grifo indica o retrabalho eventual na disciplina de origem

Fonte: Schwartz e Durrive (2015, p.267)

O DD3P, segundo Schwartz e Durrive (2015) é o lugar de encontro e da circulação dos saberes visando conhecer as normas antecedentes e compreender os recentramentos operados na atividade. É o lugar do trabalho em comum em que se ativa uma espécie de espiral permanente de retrabalho dos saberes, que produz retrabalho junto às disciplinas, uma em relação às outras, portanto que transforma eventualmente um certo número de hipóteses, de conceitos entre as disciplinas.

Dessa forma, o percurso metodológico baseou-se em cinco etapas: (i) aproximação com campo empírico através de visitas as unidades; (ii) conhecimento da realidade de trabalho através de informações qualitativas e quantitativas obtidas de Questionário Saúde e Trabalho em Atividades de Serviço – QSATS; (iii) realização de conversas sobre o trabalho através de contato telefônico com base na perspectiva ergológica - DD3P; (iv) devolutiva aos trabalhadores dos resultados da pesquisa através de um infográfico enviado via *whatsapp* e *e-mail*.

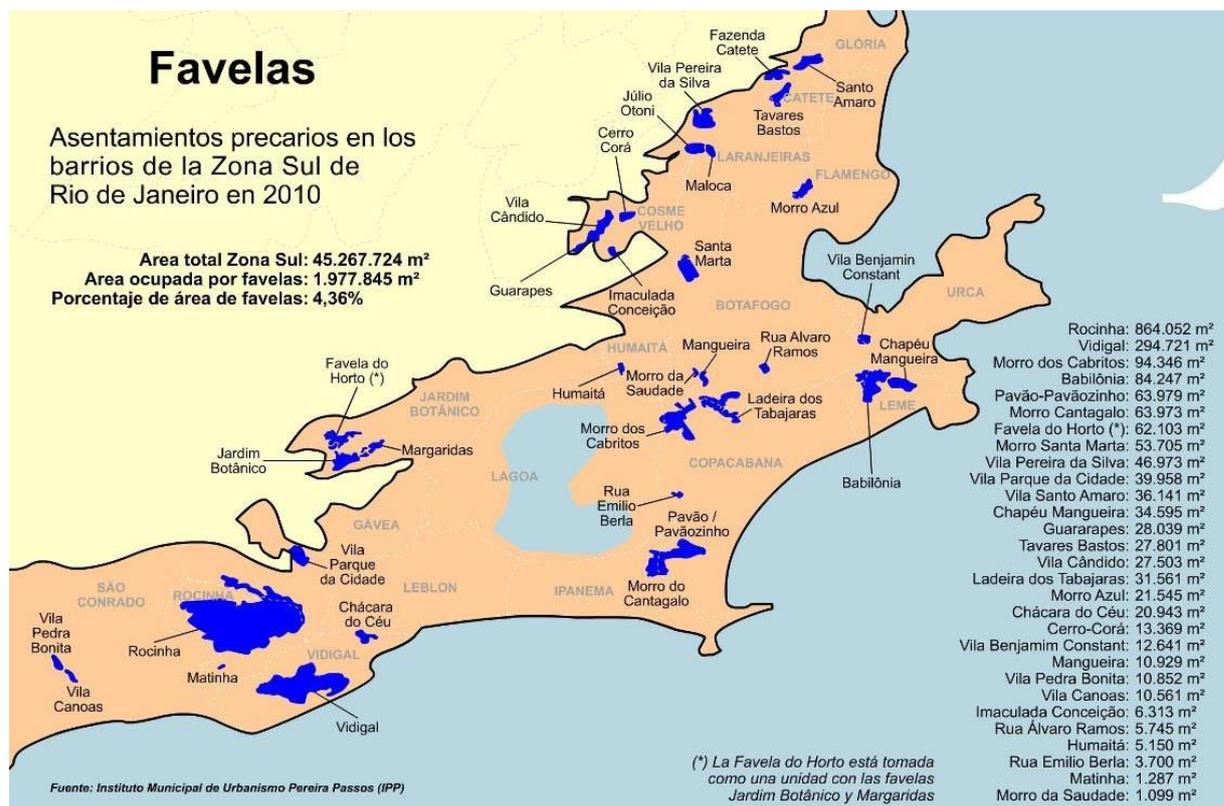
### *Campo empírico*

A escolha pela Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área Programática 2.1 (CAP 2.1) foi com base na tentativa de realizar um acompanhamento dos ACS da área, tendo em vista a pesquisa anterior realizada nessa área programática. Atualmente a CAP 2.1 é

composta por 56 equipes de Saúde da Família, cada equipe possui no mínimo 2 ACS, totalizando o número de 112 ACS.

Essa área programática está localizada na Zona Sul do Rio de Janeiro e tem como característica ser um local onde habitam a população com maior poder aquisitivo, maior número de idosos, maior densidade demográfica, maior IDH e imagem simbólica do MRJ. Entretanto, segundo o Mapa das Favelas de 2010, estão localizadas na Zona Sul do RJ 29 favelas/morros, controlados pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro ou pelo poder paralelo, como tráfico e as milícias.

Figura 4 - Mapa das favelas do Rio de Janeiro em 2010



Fonte: <https://pt.map-of-rio-de-janeiro.com/favelas-mapas/favelas-zona-sul-do-rio-de-janeiro-mapa>

Como forma de aproximação com o campo, procuramos algumas Assessoras Técnicas da CAP 2.1 com objetivo de explicar sobre a pesquisa e conseguir o Termo de Anuência. Esse encontro se deu de forma virtual, através de e-mails e mensagens, que possibilitou um contato com a coordenadora responsável pela área programática.

Tendo em vista a exigência do Comitê de Ética da Prefeitura do Rio de Janeiro, além da assinatura da coordenadora da área programática, solicitamos a assinatura de todos os gestores das 13 unidades de saúde da AP 2.1. Dessa forma, divulgamos a pesquisa aos gerentes das

unidades através de e-mail, mensagens e ligações telefônicas e por fim, conseguimos os 14 Termos de Anuência.

### *Visitas de campo*

Após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da ENSP e no da Prefeitura do Rio de Janeiro, realizei visitas a oito unidades de saúde da AP 2.1 para apresentar a pesquisa aos ACS. As visitas seguiram a agenda da UBS e foram realizadas em dias de reuniões de equipe, com objetivo de divulgar e convidar os ACS para participarem da pesquisa. Vale salientar que, não foi possível realizar visita às treze UBS tendo em vista a agenda das unidades e às incertezas da pandemia.

Nas visitas, utilizei como auxílio um diário de campo como instrumento e dispositivo para registrar as interlocuções da/na pesquisa. Segundo Macedo (2010), o diário de campo além de ter seu cunho reflexivo para o pesquisador, ele é utilizado como forma de conhecer o vivido dos atores pesquisados, quando a problemática da pesquisa aponta para a apreensão dos significados que os atores sociais dão à situação vivida. O diário é um dispositivo na investigação, pelo seu caráter subjetivo, intimista.

Através dessas visitas, pude observar e conhecer melhor a rotina das eSF mediante a pandemia de Covid-19, bem como obter o contato das profissionais que se interessaram em participar da pesquisa. Vale salientar que as oito visitas foram possibilitadas devido ao avanço da vacinação e a diminuição dos casos de óbitos e infecção por Covid-19 no município do Rio de Janeiro no período de agosto a novembro/2021.

Além disso, as visitas me proporcionaram uma escuta inicial dos ACS que, no momento em que eu apresentava a pesquisa, faziam alguns relatos sobre o dia-a-dia na unidade. Foi através desses relatos que pude perceber que a Organização Social de Saúde (OS) contratante dos ACS da 2.1 é diferente da OS que contrata o restante dos profissionais das equipes de Saúde da Família da Área Programática. Foi por meio destas visitas que também pude identificar duas unidades de saúde onde havia pouquíssimos homens atuando em toda UBS (em uma somente o vigia era do sexo masculino e em outra somente dois ACS eram do sexo masculino).

### *Instrumentos de pesquisa*

Na pesquisa em questão foi utilizado o Questionário Saúde e Trabalho em Atividades de Serviço - QSATS 100 associado ao dispositivo ergológico Encontros sobre o Trabalho (SCHWARTZ, 2015).

O QSATS 100 é uma versão atualizada em 2020. Trata-se de um aprimoramento do INSATS - Inquérito em Saúde e Trabalho em Atividades de Serviço (primeira adaptação do INSAT para o contexto brasileiro).<sup>14</sup>

O questionário objetiva compreender as relações entre saúde e trabalho nas atividades de serviço. Está organizado em cinco partes, englobando a caracterização do trabalho, organização do trabalho, as condições de trabalho, a vida pessoal e a saúde. Este instrumento possibilita um encontro entre o trabalhador e o seu trabalho, promove reflexões acerca do trabalho e sobre o processo saúde-doença (BRITO; GOMES; OLIVEIRA, 2013). Com intuito de identificar o impacto da Covid-19 nas profissionais, acrescentamos questões sobre a pandemia ao QSATS.

Dessa forma, o questionário aqui referido tem como possibilidade o cruzamento de saberes e a correlação com as Clínicas do Trabalho, tendo em vista que propõe uma análise global sobre a atividade.

Vale reforçar que, segundo as autoras, através do QSATS é possível identificar não apenas as patológicas autorreferidas, mas os problemas de saúde subclínicos que expressam a nocividade das condições de trabalho. Outro fator positivo do instrumento está na possibilidade de abordar diferentes dimensões da relação trabalho e saúde com foco na atividade, viabilizando a convocação subjetiva dos/as trabalhadores/as para maior compreensão e transformação dessa relação (BRITO; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

A aplicação do QSATS ocorreu de maneiras variadas em função das possibilidades oferecidas pelo campo e das dificuldades oferecidas pelo contexto pandêmico do município do Rio de Janeiro. Inicialmente coletamos os telefones e e-mails dos ACS que manifestaram interesse em participar da pesquisa através das visitas de campo.

O questionário foi preenchido pelos ACS na plataforma do *Google Forms*, que nos permitiu compor de maneira automática um banco de dados a partir das respostas. O instrumento foi enviado às profissionais através do e-mail e do whatsapp disponibilizados, totalizando o envio do QSATS a 70 ACS. Entretanto após dois meses convidando-as só obtivemos oito questionários respondidos.

---

<sup>14</sup> O QSATS 100 - 2020 foi desenvolvido na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ por Jussara Brito (ENSP/Fiocruz), Amanda Hyppolito (UFF), Letícia Masson (ENSP/Fiocruz) e Simone Oliveira (ENSP/Fiocruz), a partir do QSATS 2015 (Jussara Brito, Luciana Gomes e Simone Oliveira). Sua formulação é baseada no INSAT (Inquérito Saúde e Trabalho), instrumento criado por Marianne Lacomblez, do Centro de Psicologia da Universidade do Porto (CP-UP), Líliliana Cunha (CP-UP) e Carla Barros-Duarte, da Universidade Fernando Pessoa, como resultado de um projeto de cooperação internacional, realizado entre 2009 e 2014, com apoio da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Brasil) e da FCT (Fundação para Ciência e Tecnologia/Portugal).

Como forma de avançar mudamos a estratégia e imprimimos os questionários e retornei à duas UBS para a aplicação de forma presencial, o que elevou o número de participantes de 8 para 44 e possibilitou vários registros ao diário de campo.

Vale salientar que a seleção desses atores sociais teve como critério o tempo em que os ACS atuam na UBS, ou seja, no âmbito desta pesquisa definimos que os sujeitos participantes seriam Agentes Comunitários de Saúde que estão há mais de cinco anos exercendo essa profissão. Devido ao tempo de atividade esses profissionais, atravessaram diversos momentos da política e gestão do sistema de saúde enfrentando diferentes problemas. Além disso, esses profissionais atuaram antes e depois da chegada da Covid-19, possibilitando a percepção sobre as alterações em seu processo de trabalho decorrentes da pandemia.

Ainda no caminho de obter mais participantes para a pesquisa um novo atravessamento surgiu no final de novembro/2021: o surto de síndrome gripal. Com isso, os agendamentos de visitas às unidades foram paulatinamente cancelados. As unidades de saúde estavam lotadas, o que não permitia a “retirada dos ACS”<sup>15</sup> de suas funções para a participação na pesquisa.

Nas visitas para apresentação da pesquisa, sempre falava sobre a segunda ação da metodologia, os Encontros sobre o Trabalho (EST). Vários questionamentos surgiram sobre o anonimato desses encontros. Quando informava que, por se tratar de uma pesquisa em ambiente virtual e em grupo, isto poderia apresentar limitações em assegurar total confidencialidade, muitos já sinalizavam que não participariam da segunda etapa.

Os EST tem o objetivo de construir uma aproximação com os trabalhadores/as através do diálogo entre-os diferentes saberes. O caminho proposto para os encontros não é linear, mas tem como objetivo a circulação das questões, onde cada participante pode se colocar com base em seu campo de ação. É estruturado em três fase: tomada de consciência de sua própria atividade; problematização da atividade; convocação dos saberes formais estabelecendo a confrontação (SCHWARTZ; DURRIVE, 2015).

Inicialmente, prevíamos três encontros compostos por um conjunto entre 8-10 profissionais e duas pesquisadoras, com duração de 45 a 60 minutos. As atividades se dariam de forma remota/virtual, devido à pandemia de Covid-19.

Tendo em vista o tempo hábil para execução da pesquisa, optamos por realizar os Encontros como forma de apresentar os resultados do QSATS de forma presencial. Entretanto, nos meses destinados à realização dessa atividade, o Município do Rio de Janeiro se encontrou, mais uma vez, em surto de Covid-19 e de Influenza de H3N2. Dessa forma, realizamos um

---

<sup>15</sup> Termo utilizado pelos gestores.

contato telefônico com algumas ACS com objetivo de estabelecer uma conversa sobre a situação atual delas nesse contexto de novo surto de doença em seus territórios.

### *Análise e interpretação dos dados*

Após a pesquisa de campo e a coleta de dados, ocorreu a tabulação dos dados do QSATS a partir de uma simples tabulação de dados seguindo seus cinco tópicos. Em seguida, realizou-se a transcrição das conversas e uma leitura flutuante com intuito de alinhar as falas dos participantes com as questões norteadoras da pesquisa. Após esta compilação foi realizada uma análise interpretativa em diálogo com o referencial teórico.

Nesse sentido, os dados foram interpretados à luz do ponto de vista da atividade com base na perspectiva ergológica e da Psicodinâmica do Trabalho, considerando o cuidado em saúde e a dimensão das relações de gênero. Segundo Minayo (2009), a interpretação por meio da construção de categorias se refere a um conceito que abrange elementos que se inter-relacionam. Dessa forma, utilizamos os resultados brutos para o tratamento dos dados, tornando-os significativos e válidos, tendo como objetivo interpretar para além do conteúdo manifesto através do questionário e das conversas, visando assim identificar o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido.

Vale salientar que as citações das falas das profissionais que participaram da pesquisa serão caracterizadas com nomes de pedras preciosas brasileiras, tendo em vista a preciosidade e a importância dessas profissionais. Iremos retratar a categoria de Agentes Comunitárias de Saúde no feminino, com objetivo de dar visibilidade aos resultados obtidos, bem como a história e luta das mulheres ACS.

### *Devolutiva aos profissionais*

Por fim, como forma de devolver às trabalhadoras e aos trabalhadores os resultados da pesquisa, elaboramos um infográfico com os resultados obtidos e enviamos para as Agentes Comunitárias de Saúde envolvidas, bem como aos demais profissionais das unidades participantes e aos gestores da Área Programática selecionada. Devido ao contexto pandêmico, o envio do boletim (Apêndice IV) foi realizado através de *e-mail* e de *whatsapp*.

### *Aspectos éticos*

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), e está referenciado pelas resoluções nº 466/2012 e 510/2016. Os participantes da pesquisa

assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, conforme previsto nas resoluções 466 e 510. Desse modo, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ (CAAE: 45548721.3.0000.5240), bem como da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ (CAAE: 15583719.0.3001.5279) e centros de estudos da Coordenadoria de Atenção Primária da área programática 2.1.

## 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa com base na aplicação do QSATS, nos registros do diário de campo e nas conversas realizadas com as profissionais. Cabe ressaltar que, preencheram ao QSATS 44 Agentes Comunitários de Saúde, entretanto três participantes foram excluídas dessa pesquisa com intuito de atender aos critérios de exclusão, tendo em vista que essas tinham menos de 5 anos de atuação enquanto ACS.

No momento da produção de dados, a área programática 2.1 contava com 13 unidades de saúde localizadas na Zona Sul do Rio de Janeiro. As Organizações Sociais que geriam a área programática referida eram: Gnosis (contratante das eSF – exceto ACS) e RioSaúde (contratante dos ACS). Dessa forma, apesar das conversas com os gerentes das unidades que relataram sobre a proposta de retomada de eSF que foram desfeitas na gestão municipal anterior (gestão de Marcelo Crivella), havia 56 equipes implantadas até o fim de 2021.

### *Perfil*

Apresentamos o perfil das 41 ACS que contribuíram para a construção desta pesquisa, como: sexo, idade, escolaridade e tempo de trabalho na instituição.

Dentre os participantes da pesquisa, 87,2% (36) são do sexo feminino e 12,8% (5) do sexo masculino. A faixa etária que engloba maior número de participantes é de 36 a 45 anos, totalizando 43,59% (18) dos ACS. No quesito raça/cor, 43,6% (19) se autodeclararam como pardas e 30,8% (12) como pretas, totalizando 84,4% (31) de profissionais negras.

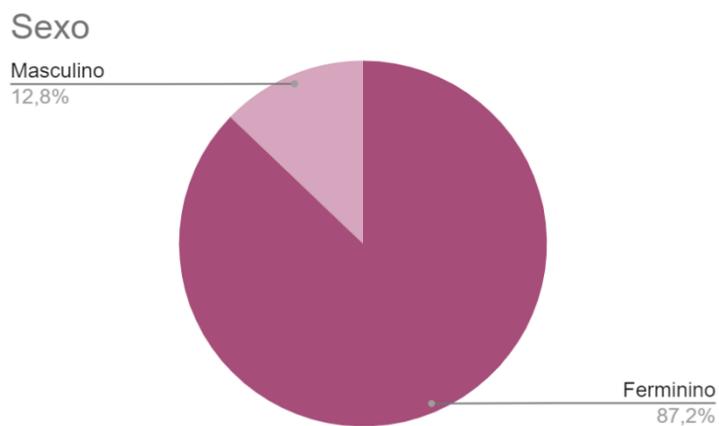
Destaca-se que o quesito raça ou cor são essenciais para o planejamento, execução e avaliação de políticas públicas no país, e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são definidas como “branca”, “parda”, “amarela”, “indígena” e “preta”, sendo a população negra a somatória de “pretos” e “pardos” (ANJOS, 2013).

Esses dados são uma constante em pesquisas com Agentes Comunitárias de Saúde. O predomínio das mulheres negras enquanto ACS é um dado histórico e persistente, que podemos identificar em alguns estudos (PINTO, 2015; GARCIA *et al.* 2019). O Monitoramento de Saúde dos ACS em contexto de pandemia que teve 1.978 ACS como participantes, apresentou como perfil: 92,4% eram mulheres, entre 30 e 49 anos (57,5%) e que se autodeclararam pardas ou pretas 71,4% (NOGUEIRA *et al.*, 2021). Em pesquisa sobre o processo de trabalho na mediação entre equipe e comunidade dos ACS de Cuiabá, em um universo de 49 participantes, os dados informaram que 92% eram mulheres, com idade entre 23 e 61 anos, 80% declararam ser da cor

parda ou preta e 75,51% possuem renda mensal entre 01 até 1,5 salários mínimos (SM) (MEDEIROS, 2020).

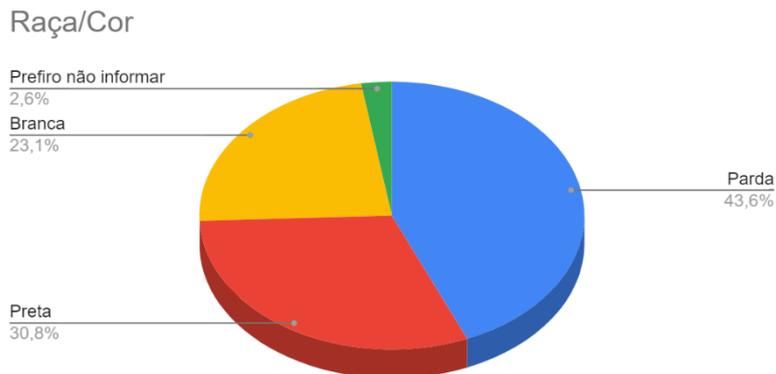
Salienta-se que a partir daqui esse trabalho retratará da categoria de Agentes Comunitárias de Saúde no feminino, com objetivo de dar visibilidade ao dado supracitado, bem como a história e luta das mulheres ACS.

Gráfico 1 - Sexo



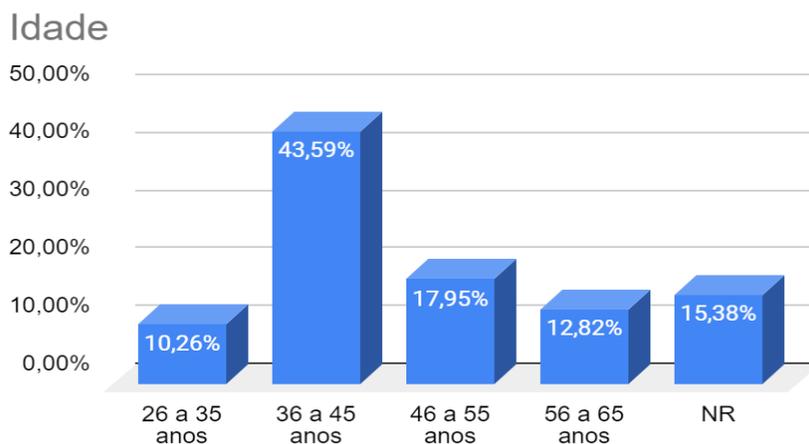
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2 – Raça/Cor



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 3 - Idade



Fonte: Elaboração própria

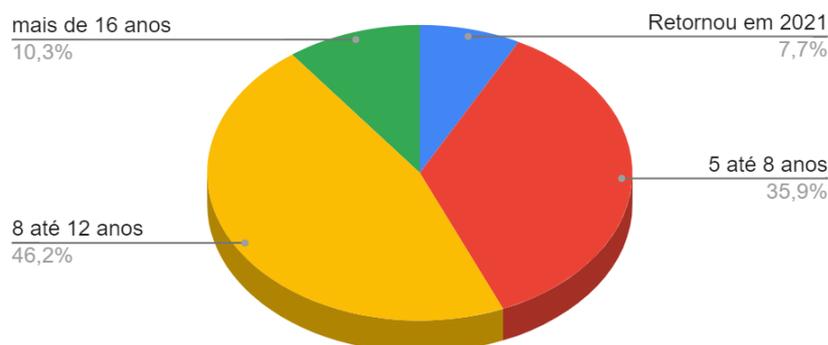
Além disso, identificamos também que as ACS criam um vínculo com seus locais de trabalho, tendo em vista que, 56,5% (23) das participantes ocupam a função de Agentes Comunitárias de Saúde há mais de 8 anos. Tendo em vista o tempo de atuação dessas profissionais, podemos identificar que, a grande maioria participou e presenciou a expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, bem como o processo de inserção das OSS e todas as alterações relacionadas as mudanças de Contratos de Gestão.

Vale reforçar que, três ACS foram demitidas em 2018 e retornaram em 2021 com a volta da gestão do prefeito Eduardo Paes. Essas 3 ACS, antes de serem demitidas já totalizavam mais de cinco anos de atuação na ESF.

Nesta pesquisa, todas as trabalhadoras entrevistadas têm contrato pela Consolidação das Leis Trabalhista, ou seja, o vínculo obedece ao regime CLT, com carga horária de 40 horas semanais, contrato pela RioSaúde, com rendimento de até dois salários mínimos. Apesar de o ingresso na profissão de ACS conceder a formalidade do vínculo trabalhista, essas profissionais continuam em posições ocupacionais de prestação de serviço de baixos rendimentos (MILANEZI *et al.* 2020).

Gráfico 4 - Tempo de trabalho

## Tempo de Trabalho



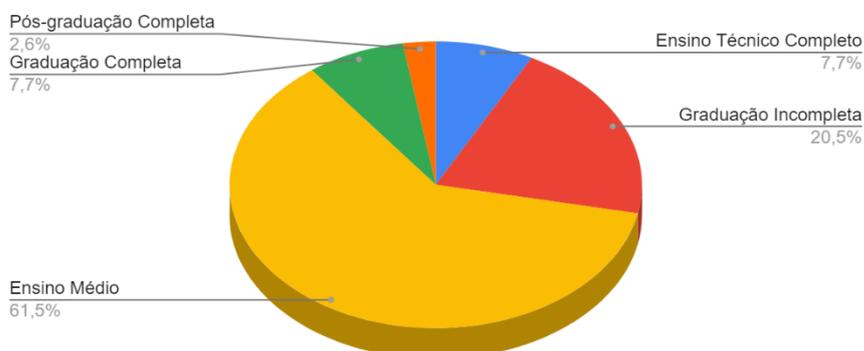
Fonte: Elaboração própria

*Formação das ACS*

Quanto a escolaridade, 61,5% (26) das participantes possuem o ensino médio completo, 20,9% (9) iniciaram a graduação e não finalizaram (podendo estar em curso ou ter sido interrompida no processo) e 7,7% (3) possuem graduação completa. Vale salientar que, o número de ACS com ensino técnico completo é de também de 7,7% (3), como podemos identificar no gráfico a seguir (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Escolaridade

## Escolaridade



Fonte: Elaboração própria

Com base nas portarias e decretos referentes a atuação das ACS a contratação das profissionais tem como formação requerida o ensino médio. Apesar disso, todos os gestores devem promover um curso introdutório de 40 horas para as ACS e também para os demais

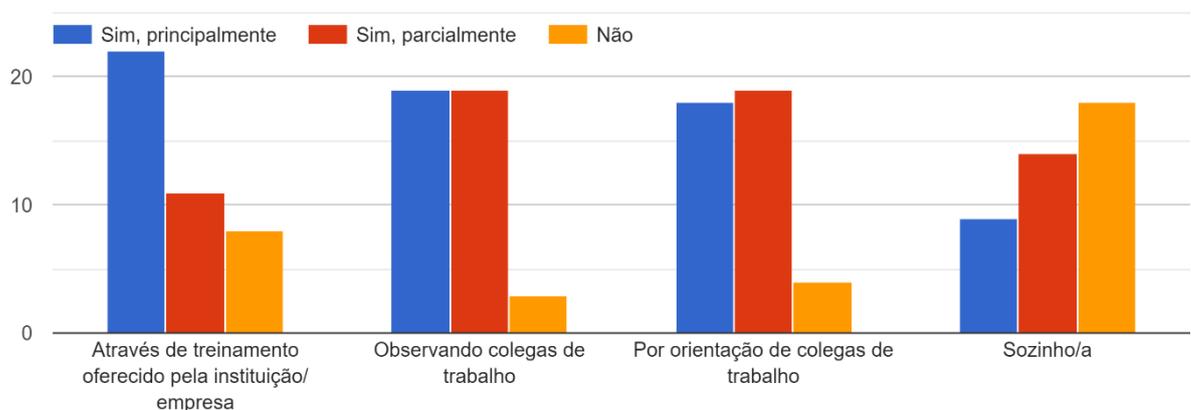
membros da equipe. Esse treinamento inicial e curso introdutório é voltado para a apresentação de suas atividades e tarefas, se tonando insuficiente para a formação dessas profissionais tendo em vista a complexidade de sua atividade. Dessa forma, é no dia-a-dia de trabalho que se dá realmente processo de aprendizagem dessas profissionais (PELKEMAN; CONCEIÇÃO, 2016).

Segundo Schwartz (1995), a qualificação profissional apresenta três dimensões: a conceitual, relacionada à formação e à certificação profissional; a experimental, relacionada ao conteúdo real da formação, incluindo os saberes tácitos; e a social, que insere a qualificação no âmbito das relações sociais.

Essas dimensões podem ser identificadas através das respostas das profissionais à pergunta sobre a formação específica exigida para realizar o trabalho, 46,3% (19) responderam “não se aplica”, 36,6% responderam “cursos de curta duração” (15) e 12,2% (5) responderam “formação técnica” para formação específica exigida para realizar o trabalho. Ao mesmo tempo, quando se trata sobre a aprendizagem das atividades específicas, a maioria (22) respondeu que adquiriu o conhecimento através de treinamento oferecido pela instituição/empresa. As ACS responderam também que o processo de aprendizagem se deu através da observação e orientação dos colegas de trabalho.

Gráfico 6 - Formas de aprendizagem

No local de trabalho, a aprendizagem das atividades específicas se deu:



Fonte: Elaboração própria

Com base nessa perspectiva, se analisarmos as características da qualificação predominante das ACS temos uma qualificação classificada como de nível básico da educação

profissional, portanto, não regulamentada, sem pré-requisitos e que não confere habilitação. Dessa forma, a capacitação é realizada em serviço, essa qualificação tem conteúdos que variam em função dos problemas locais, em que a avaliação se pauta nas atividades realizadas no serviço e o material educativo estrutura-se em torno das atividades a serem realizadas (MOROSINI, 2007).

A formação das ACS é muito frágil, apesar do curso introdutório oferecido no início da sua atuação, o processo de qualificação da ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver todas as competências necessárias para o desempenho complexo de seu papel (TOMAZ, 2002).

Segundo Nogueira (2017, p. 229), “do ano de 2004 até 2016 somente os estados de Tocantins, Acre, alguns municípios maranhenses e as cidades do Recife, Manaus, Rio de Janeiro e Gravataí concluíram turmas do curso de formação técnica dos ACS.”

O Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS) busca a formação com foco no protagonismo das ACS nos processos educativos em saúde, de promoção social e proteção da cidadania, além de ter como proposta a carga horária mínima prevista de 1.200 horas distribuídas em etapas formativas.

O MS através da Portaria 3.241 de 2020 instituiu o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Segundo o parágrafo único da portaria, a oferta dos cursos ocorrerá no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em ciclo único, abrangendo o biênio 2021-2022. Apesar da instituição da portaria, constata-se através da aplicação do QSATS que poucas são as ACS que já realizaram o CTACS.

Dessa forma, faz-se necessário que as ACS realizem suas atividades de trabalho com base no saber adquirido através da experiência profissional que, apesar de atravessar as trabalhadoras de forma singular, também sofre influência da coletividade da categoria através da observação do trabalho do outro e do trabalho em equipe. Desse modo, o saber constituído ou acadêmico, oficialmente formalizado através dos CTACS, não é o saber basilar para a atuação dessas profissionais.

Apesar da importância inerente ao saber adquirido através da experiência, reforça-se que as ACS são uma das poucas profissionais de saúde que ingressam sem uma formação específica e técnica para exercer suas funções. A (não) formação técnica e qualificação das ACS, justificada por essa trabalhadora ser representante da comunidade em que atua, denota a desvalorização da dimensão conceitual de sua qualificação, o que fortalece a desvalorização social dessa trabalhadora, sustenta a sua baixa remuneração e contrapõe-se à pauta política por

uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde, de uma maneira geral (MOROSINI, 2007; NOGUEIRA *et al*, 2017).

### *Modos de viver*

A desvalorização social e a baixa remuneração das ACS se refletem em seus modos de vida. Através do QSATS também identificamos que a grande maioria dessas profissionais (26 ACS - 63,4%) contribuem financeiramente de modo majoritário, se tornando as maiores contribuintes de seus lares. O salário das ACS hoje é de R\$ 1.550,00 (piso salarial). Esse valor correlacionado ao salário mínimo de 2021 equivale a um salário mínimo e meio.

Além de contribuírem mais, 87,8% (36) possuem filhos e/ou enteados e 75,6% (30) são responsáveis pelo cuidado de outras pessoas como: crianças e idosos. Através das respostas obtidas no questionário, podemos identificar que 39% (16) das profissionais se encontram solteiras, 22% (9) estão separadas, divorciadas ou viúvas e 39% (16) estão casadas. Ou seja, 61% das ACS não tem um companheiro ou companheira.

Cabe aqui nos atentarmos à questão de gênero, tendo em vista que a estruturação do trabalho em saúde em práticas de tratamento e de cuidado orientou a divisão sexual do trabalho no setor e definiu os mundos feminino e masculino no interior dessas práticas. Desse modo, as práticas de cuidado são direcionadas e atribuídas às mulheres. (ARAUJO e ROTENBERG, 2011).

O conceito de gênero foi elaborado historicamente no bojo dos movimentos de mulheres nas lutas por direitos, que articulou dialeticamente, desde sua origem, teoria e prática, sujeito e objeto de conhecimento, identificando, na teorização, uma ferramenta para se compreender, denunciar e/ou transformar a situação de opressão e exploração das mulheres (SIMÕES-BARBOSA, 2001; BARBOSA, 2012). O enfoque dialético aqui adotado assume que as relações sociais entre os sexos são uma dimensão das relações sociais, sendo que estas, por seu lado, não perdem sua dimensão sexuada. Postula-se, portanto, a transversalidade do gênero na classe social, na raça/etnia e em outras dimensões identitárias que se entrelaçam, configurando situações particulares em contextos socio-históricos específicos (BARBOSA, 2012; KERGOAT, 2009; GIFFIN, 2002; SIMÕES-BARBOSA, 2001; BRITO, 2000; CASTRO, 1992; SAFFIOTI, 1992).

### Gráfico 7 - Estado Civil

Atualmente me encontro:  
41 respostas



Fonte: Elaboração própria

### Gráfico 8 - Contribuição com o rendimento familiar

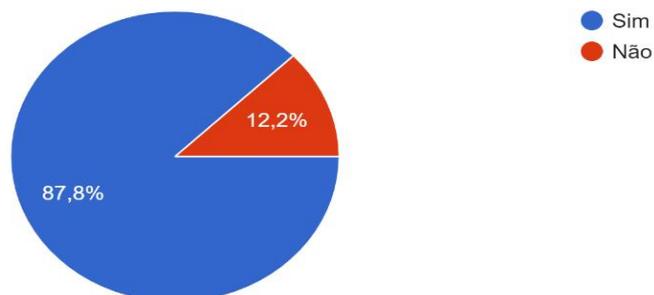
Na minha casa:  
41 respostas



Fonte: Elaboração própria

### Gráfico 9 - Filhos ou enteados

Tenho filhos e/ou enteados?  
41 respostas

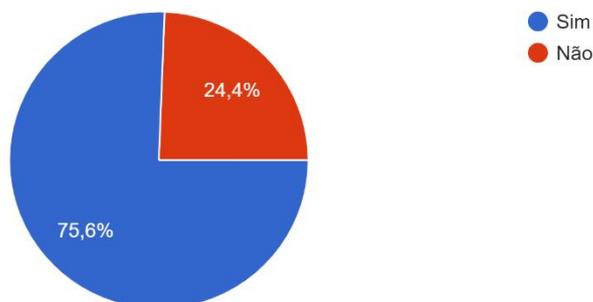


Fonte: Elaboração própria

Gráfico 10 - ACS que possuem pessoas dependentes de seus cuidados

Há pessoas que precisam de meus cuidados?

41 respostas



Fonte: Elaboração própria

Reforçamos aqui que 63,4% das ACS são chefes de família e com isso, são responsáveis não só pelo rendimento, mas pelo cuidado de outras pessoas de seu convívio familiar (75%). Dessa forma, essas mulheres são tomadas de responsabilidades que, por muitas vezes carregam sozinhas. Vale refletir que, essas mulheres para darem conta dessas responsabilidades, muitas vezes, contam com ajuda de suas mães e amigas, tecendo uma rede de apoio feminina.

No modelo tradicional e patriarcal, os papéis na família são estabelecidos de forma em que as mulheres ficam responsáveis pelo cuidado da casa e dos filhos, e aos homens está atribuído o “papéis de provedor da casa”. Através das novas configurações da divisão sexual do trabalho, podemos identificar que as mulheres estão se profissionalizando, entretanto o cuidado da casa e dos filhos permanece com elas, que dessa forma passam a assumir os dois papéis. Assim, as ACS assumem o papel de cuidadoras enquanto profissionais de saúde, cuidadoras de suas famílias, nas quais elas são também as responsáveis financeiras.

O trabalho de ACS é uma modalidade intrinsecamente associada ao trabalho doméstico feminino do ‘cuidado’. Em uma sociedade onde persistem arraigados valores patriarcais, as mulheres (ainda) são, por ‘natureza’, vocacionadas para o cuidado do ‘outro’, o que justifica e sustenta a permanência de uma injusta divisão social.

Vale reforçar aqui que estamos falando de profissionais de saúde que são mulheres e negras. A antropóloga política Lélia Gonzalez em suas análises acerca das representações sobre mãe preta e mucama, doméstica e mulata, destaca a questão dos estereótipos em torno da mulher negra que limitavam seu lugar na sociedade.

Enquanto escrava do eito, ninguém melhor do que a mulher para estimular seus companheiros para a fuga ou a revolta — trabalhando de sol a sol, subalimentada e, muitas vezes, cometendo o suicídio para que o filho que trazia no ventre não tivesse o mesmo destino que ela. [...] convidava parentes mais jovens para se iniciarem sexualmente com as mucamas mais atraentes. Desnecessário dizer o quanto eram objeto do ciúme rancoroso da senhora. Após o trabalho pesado na casa-grande, cabia-lhes também o cuidado dos próprios filhos, além da assistência aos companheiros chegados das plantações, engenhos etc. quase mortos de fome e de cansaço. Foi em função de sua atuação como mucama que a mulher negra deu origem à figura da mãe preta, ou seja, aquela que efetivamente, ao menos em termos de primeira infância (fundamental na formação da estrutura psíquica de quem quer que seja), cuidou e educou os filhos de seus senhores, contando-lhes histórias sobre o quibungo, mula sem cabeça e outras figuras do imaginário popular (Zumbi, por exemplo) (GONZALEZ; LUZ, 1982).

Seja enquanto doméstica, mucama, mãe preta ou escrava do eito, podemos identificar uma função que atravessa todas as atividades dessas mulheres, a função do cuidar. Enquanto profissional da APS, as Agentes Comunitárias de Saúde têm como perspectiva o cuidado em saúde que é caracterizado como uma dimensão da integralidade em saúde, indo na contramão do modelo hegemônico e biologicista, por isso essa categoria é tão importante nos serviços de saúde da Atenção Primária.

A dedicação dessas profissionais ao próximo, sejam usuários, família ou amigos, pode ocasionar um esquecimento de si. Quando perguntadas sobre o tempo médio de lazer que dedicam ao lazer (leitura, cinema, teatro, TV, encontros com amigos e familiares, esportes, entre outros), 73,2% (30) responderam que dedicam até 5h por semana, o que é um valor muito baixo, tendo em vista que elas não aproveitam nem um final de semana por inteiro, por exemplo.

Um reflexo disso é que, mesmo estando em casa, a maioria dessas profissionais continuam a se preocupar com o trabalho (29 respondentes) ou necessitam realizar atividades relacionadas com a vida familiar ou pessoal (33 respondentes). Além disso, das 41 ACS que responderam ao QSATS, somente 9 praticam atividades físicas regularmente.

Com base nas respostas, a possível compensação pelos dias trabalhados através das atividades de lazer realizadas em suas folgas, não acontece frequentemente. A necessidade de momentos de lazer consiste na relação de atividades para além das obrigações do trabalho, da família e da sociedade. Atividades que são livremente escolhidas e realizadas no intuito de obter momento de relaxamento, diversão, interação social ou auto-expressão criativa. (RUCHA, 2011).

Dejours (1987) relata sobre a contaminação do tempo fora do trabalho, onde o uso desse tempo é muitas vezes situado nas práticas paternalistas em vigor, como por exemplo a exigência do cuidado com a casa. Dessa forma, a contaminação desses momentos, principalmente dos

fins de semana, devido à intensificação e à acumulação do trabalho doméstico são marcas das relações de gênero construídas historicamente.

### *Trabalho prescrito x Trabalho real*

A atividade de trabalho está diretamente ligada às atribuições de um profissional. As ACS têm algumas atribuições em comum com os Agentes Comunitários de Endemias e suas atribuições próprias da profissão. Segundo a PNAB 2017, são atribuições comuns da ACS e ACE

- I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
- II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;
- III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;
- IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;
- V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
- VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;
- VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
- VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IX - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e
- XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

### São atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde:

- I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Pensar em trabalho e em atividade de trabalho é identificar que, apesar de haver atribuições específicas e pré determinadas para serem feitas, na realidade de trabalho, as Agentes Comunitárias de Saúde fazem muito além, trabalham muito mais do que está estabelecido e prefixado.

As atribuições das Agentes Comunitárias de Saúde, supracitadas e listadas na PNAB 2017, nada mais é que o trabalho prescrito. O trabalho prescrito se trata de objetivos fixados pela organização do trabalho para a realização das atividades profissionais dentro de um processo de trabalho. De forma explicativa, o trabalho prescrito é o que “deve ser feito”, as normas de trabalho inseridas no processo de trabalho.

Já o trabalho real é a atividade realizada pelas trabalhadoras no seu processo de trabalho. É o desenvolvimento das atividades das trabalhadoras como resposta ao trabalho prescrito. Tendo em vista a dinamicidade do trabalho, as trabalhadoras recorrem à criatividade para responder às questões que aparecem no decorrer da sua rotina de trabalho, com isso, elas desenvolvem atividades para além daquelas já prefixadas.

Quando perguntadas sobre as atividades que são realizadas, as mesmas responderam: visita domiciliar, acolhimento, acompanhamento da população adscrita, cadastramento, sala de vacina e escriba<sup>16</sup>. Algumas dessas atividades compõem a lista de atribuições das ACS, entretanto podemos identificar que algumas outras além de não serem atribuição, atividades que foram direcionadas a essas profissionais em decorrência da pandemia de Covid-19.

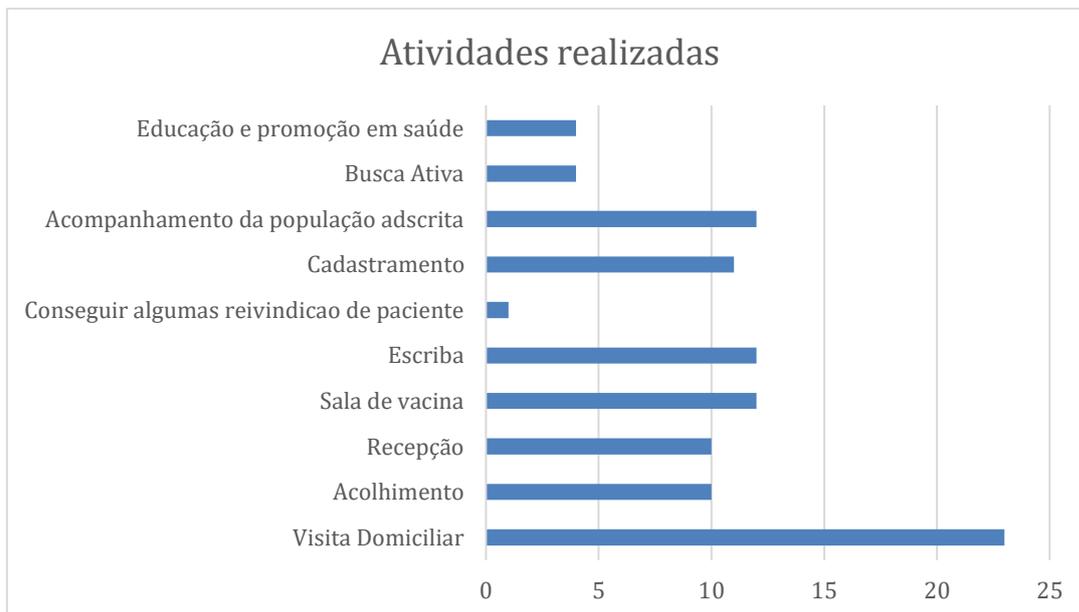
Segundo as recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19 desenvolvido pelo Ministério da Saúde, são competências das ACS:

---

<sup>16</sup> Escriba é o nome da função das trabalhadoras que foram destinadas para anotação das informações dos usuários vacinados. Além disso, essas profissionais alimentavam o sistema vinculado ao ConecteSUS (programa desenvolvido pelo Governo Federal do Brasil que prevê a informatização e integração dos dados de saúde dos cidadãos entre estabelecimentos de saúde e os órgãos de gestão em saúde dos entes federativos).

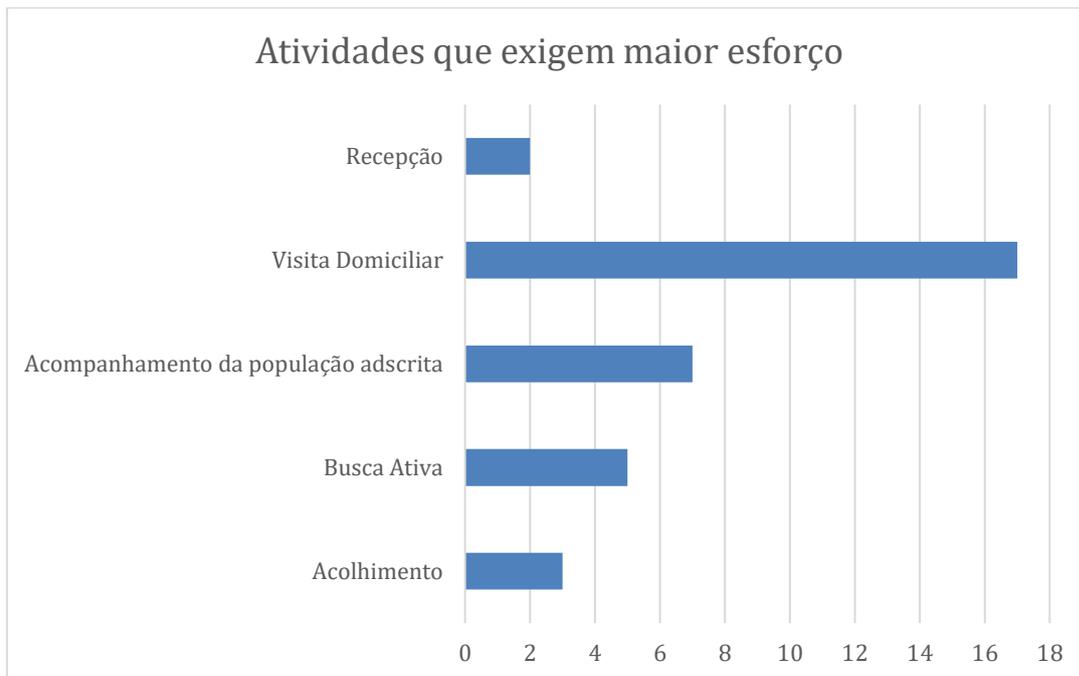
Orientar a população sobre a doença, medidas de prevenção e sinais e sintomas. Auxiliar a equipe na identificação de casos suspeitos. Orientar durante as visitas domiciliares que crianças menores de 5 anos com sinais e sintomas respiratórios devem procurar a unidade de saúde. Caso o município e/ou a unidade apresentem fluxo próprios, os mesmos devem ser seguidos. Orientar durante as visitas domiciliares que pessoas com 60 anos ou mais com sinais e sintomas respiratórios devem entrar em contato com a unidade de saúde. Caso o município e/ou a unidade apresentem fluxo próprios, os mesmos devem ser seguidos. Auxiliar no atendimento através do FAST-TRACK Covid-19 (anexo 01 e 02) na identificação de pacientes sintomáticos, tomando os devidos cuidados de proteção e isolamento. Auxiliar a equipe no monitoramento dos casos suspeitos e confirmados. Realizar busca ativa de novos casos suspeitos de síndrome gripal na comunidade. Realizar busca ativa quando solicitado. Principalmente em casos de pacientes que se enquadram no grupo de risco (gestante, pessoas com doenças crônicas, puérperas e idosos) e não compareceram a unidade de saúde para a realizar a vacina contra influenza. Organizar o fluxo de acolhimento de modo a evitar aglomeração de grupos com mais de 10 pessoas e, preferencialmente em ambientes arejados. Auxiliar as atividades de campanha de vacinação de modo a preservar o trânsito entre pacientes que estejam na unidade por conta de complicações relacionadas ao Covid-19, priorizar os idosos. Realizar atividades educativas na unidade enquanto os pacientes aguardam atendimento. (SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2020).

Gráfico 11 - Atividades realizadas



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 12 - Atividades que exigem maior esforço



Fonte: Elaboração própria

Entre as atividades que exigem maior esforço das profissionais também se encontra a Visita Domiciliar e mais duas atividades que estão diretamente vinculadas às visitas, que são: acompanhamento da população adscrita e busca ativa.

A visita domiciliar possibilita um acompanhamento regular das famílias, contribui para uma maior compreensão dos modos de vida, condições de moradia e propicia a construção de um vínculo mais sólido com o grupo familiar. Além disso, elas favorecem um processo de educação em saúde contínuo, singular e interativo; o que é fundamental para ações de promoção de saúde (NOGUEIRA *et al.* 2020).

A Agente Comunitária de Saúde tem como caracterização de sua função a Visita Domiciliar (VD), é através desta atividade de trabalho que a ACS é reconhecida pela população enquanto profissional. É através das visitas que as ACS realizam outras atividades centrais para a consolidação de seu trabalho. Dessa forma, essa atividade se torna um elemento de identificação da profissional ACS, pois apesar de todos os profissionais da eSF terem a visita como atribuição, para que essas aconteçam, faz-se necessária a presença e o acompanhamento de um ACS.

Para as Clínicas do Trabalho, o processo de reconhecimento no trabalho está diretamente ligado e é central para a construção da identidade profissional (BENDASSOLLI, 2012). Segundo a Psicodinâmica do Trabalho, o reconhecimento se submete a julgamentos

vinculados à qualidade do trabalho realizado, entretanto essa qualidade associa-se à personalidade ao se tratar de registro da identidade (DEJOURS, 2002).

O reconhecimento é conceituado como “a forma específica de retribuição moral-simbólica dada ao ego, como compensação por sua contribuição à eficácia da organização do trabalho, isto é, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência” (DEJOURS, 2002 p.55).

Para Dejours (2002), a dinâmica do reconhecimento está diretamente ligada à construção da identidade mediada pela atividade de trabalho. Segundo o autor, o reconhecimento envolve o julgamento dos pares, que é possibilitada através da existência de um coletivo ou comunidade de pares. Ainda sobre a dinâmica do reconhecimento, essa também se trata do "processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para a realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, traduzida efetivamente por vivência de prazer e de realização de si mesmo" (MENDES, 2007 p. 44).

Dessa forma, Dejours (2004) compreende o reconhecimento em duas dimensões: a dimensão de constatação e a dimensão da gratidão. A dimensão de constatação pressupõe o embate de importantes resistências hierárquicas. Refere-se ao reconhecimento de falhas organizacionais do trabalho prescrito, o que implica no reconhecimento e na necessidade de novas contribuições do trabalhador, o que ressalta seu valor indispensável para que o processo de trabalho funcione. A segunda dimensão tem relação ao reconhecimento da contribuição do trabalhador à organização do trabalho. Segundo o autor, este tipo de reconhecimento é concedido de forma esporádica.

O trabalho das ACS é muito complexo e envolve atividades de promoção e vigilância à saúde como pré-natal, imunizações, hipertensão, diabetes, cuidado com idosos, além da articulação de políticas públicas no território (BARRETO *et al.* 2018). Para além da VD, outras atividades que apareceram foram: Sala de vacina, escriba, acolhimento e recepção. Com a chegada da Covid-19, as ACS precisaram se reorganizar junto às eSF e a UBS. Dessa forma, essas que já assumiam trabalho como recepcionar os usuários e acolhimento, ficaram responsáveis por recepcionar os usuários nas salas de vacina e pela organização da mesma através da função de escriba.

Vale salientar aqui, a diferença entre recepção e acolhimento, pois essas funções se confundem um pouco na dinâmica e no cotidiano das ACS. O acolhimento é compreendido como método de escuta qualificada, de forma a oferecer respostas, porém, alguns estudos demonstraram que, na prática, o acolhimento se restringe a atendimentos pontuais e a ações de atendimento às urgências (TAKEMOTO; SILVA, 2007; OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; BREHMER; VERDI, 2010, COUTINHO, 2015).

Na APS do município do Rio de Janeiro, uma ACS de cada eSF fica no guichê/recepção para receber os usuários de suas equipes, dessa forma o acolhimento é iniciado na recepção da UBS. Apesar dessas funções serem atravessadas uma pela outra, elas não são a mesma coisa.

Com a implementação de salas e pontos de vacinação contra a Covid-19, a recepção e o acolhimento precisaram ser deslocados, dessa forma as ACS assumiram a função de escriba das salas de vacina para auxiliar na organização do novo processo de trabalho. Através das idas às UBS observamos essas mudanças, sempre que perguntávamos sobre a quantidade de ACS nas unidades era sinalizado que algumas profissionais se encontravam nos pontos de vacinação.

Através das visitas realizadas às UBS, escutamos as seguintes falas das ACS:

“Agora a gente virou escriba de sala de vacina e essa função é escala. Muitas vezes precisamos ir aos pontos de vacinação. A gente faz porque tem que fazer, mas é mais uma função pra gente.” (ACS Esmeralda)

Além disso, com a chegada da variante Ômicron e a influenza H3N2 em dezembro de 2021, um novo surto ganhou força no município do Rio de Janeiro, o que resultou no estabelecimento de postos de testagem de Covid-19 em espaços amplos e abertos como: quadras de escolas de samba, quadras de colégios, entre outros locais que poderiam concentrar um maior número de pessoas sem que haja aglomerações. Apesar da contratação de mão de obra profissional temporária para atuação nesses postos, as gestões estão solicitando a presença das ACS nesses locais de trabalho.

“Agora com o surto de H3N2 e a retomada da Covid-19 eles querem colocar a gente nos pontos de testagem. Mas aí eu te pergunto, então porque contratou ADM, enfermeiro e técnico temporário se vão continuar exigindo sempre da gente?” (ACS Ametista)

O deslocamento das ACS para outros locais de trabalho e atuação em decorrência da Covid-19 gerou um grande desgaste entre elas, devido a necessidade de fazer escalas e não possuir um contingente profissional adequado, o que acaba por sobrecarregar essas profissionais.

No caso da pandemia de Covid-19, a situação de trabalho das ACS foi transformada, impondo a elas um novo fazer, ou “fazer de outra forma”. Desse modo, as ACS precisaram renormatizar. Essas renormatizações ocorrem no micro em diálogo com o macro, com escolhas baseadas em valores, princípios, história, experiências de trabalho dessas ACS. As profissionais são instigadas a tomadas de micro decisões e escolhas ao decorrer do percurso da atividade. Essas gestões realizadas são ancoradas nas experiências, nas dramáticas do corpo-si.

A dinâmica de trabalho das ACS é baseada em normas e saberes antecedentes, protocolos, registros e exige que as trabalhadoras incidam sobre as demandas do trabalho,

principalmente em situações de emergências como a Covid-19. Neste contexto, as trabalhadoras diante das exigências e pressões do trabalho, se veem implicadas a construir e reconstruir, renormatizar e refletir sobre as decisões durante o curso de sua atividade (HENNINGTON, 2008).

### *Organização e condições de Trabalho*

Para conhecer a organização e condições de trabalho das ACS, foram analisadas as diversas atividades desenvolvidas relativas: ao processo de trabalho; cuidado ao usuário; atividades administrativas; condições e ambiente de trabalho; e exigências do trabalho.

Na organização cotidiana do trabalho das ACS suas atividades se dividem entre: acolhimento na unidade de saúde; demandas do cotidiano da equipe para atendimento aos usuários; atividades de promoção da saúde; atividades administrativas por meio do preenchimento das fichas A, B e C; registro das informações no prontuário eletrônico; e visitas domiciliares (CASTRO, 2016).

A organização do trabalho expressa a forma como as profissionais agem diante às atividades e expectativas que lhe são impostas. Segundo Dejours (1987), a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora.

As atividades citadas como realizadas e que exigem maior esforço refletem na exposição aos riscos sofridos pelas ACS. Mais de 50% das ACS responderam que os maiores riscos de exposição estão associados a: contrair doenças, riscos de acidentes (como cair, escorregar e se cortar) e agentes biológicos (como contato com vírus ou bactérias).

Em relação às condições do ambiente de trabalho das ACS as exposições mais existentes são: 82% (29) relatam estar expostas a contrair doenças, 64% (21) acreditam estar expostas a risco de acidentes (como cair, escorregar e se cortar), 77% (29) sentem que estão expostas agentes biológicos e 62% (13) sinalizaram as variações de temperatura. Referente a informação sobre os riscos de saúde e segurança do meu trabalho: 49% (20) relataram que foram bem informadas e 32% (13) responderam que são razoavelmente informadas.

Sobre a disponibilidade de proteção individual como luvas, protetores auditivos, máscaras, calçado de proteção, óculos: 74% (31) informaram que os equipamentos estão disponíveis em suas UBS; 13% (5) relataram que não tem EPIs disponíveis e 13% (5) não souberam responder. Relacionado a percepção da eficácia na utilização de equipamentos de

proteção individual (EPI): 49% (20) das ACS disseram que são muito eficazes, 36% (16) disseram mais ou menos e 15% (5) relataram que os equipamentos são pouco eficazes.

Podemos identificar que apesar das UBS disponibilizarem os EPIs necessários e importantes para a proteção e prevenção dessas profissionais, principalmente em contexto de Covid-19, metade das ACS disseram que esses equipamentos são mais ou menos ou pouco eficazes. Essa percepção pode estar associada às instruções e treinamentos que são fornecidos em relação aos equipamentos disponibilizados, sendo essa “formação” pouco eficaz.

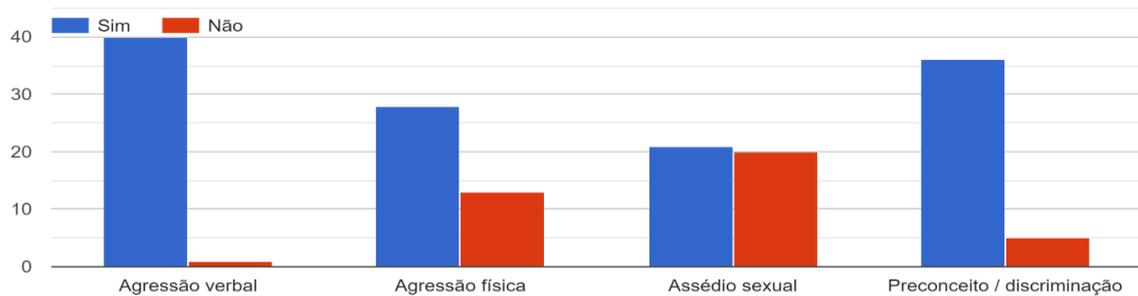
Sobre as condições de trabalho, 61% (24) das ACS relataram que as condições são insatisfatórias, 31,7% (13) referiram como satisfatórias e 9,8% (3) não souberam informar. Vale informar que 56% (23) das ACS referiram que a cobranças de produção interferem na qualidade do trabalho e 43% (18) sinalizaram que as cobranças não interferem.

As condições de trabalho podem estar associadas aos riscos que essas profissionais estão submetidas. Um dos riscos que as ACS estão expostas é a violência territorial. Das 41 ACS que responderam à questão discursiva relacionada aos outros riscos, 17 não responderam (NR) e 14 sinalizaram a violência territorial. Além disso, as ACS relataram que estão expostas à agressão verbal, agressão física, assédio sexual e preconceito. 97% (40) ACS responderam que estão expostas à agressão verbal, 68% (28) se sentem expostas à agressão física, 51% (21) à assédio sexual e 87% (36) relataram exposição à preconceito e discriminação.

Medeiros (2020) em sua pesquisa para a tese de doutorado sinalizou das ACS questionadas sobre a violência no local de trabalho, 40,82% dos ACS mostraram-se preocupadas e 20,41% muito preocupadas em relação ao fenômeno; sendo que 6,12% referem ter sofrido violência no trabalho nos últimos 12 meses e quanto ao tipo, 6,25% referem ameaça, 8,16% - assédio sexual; 6,12% - discriminação; 32,65% - testemunharam episódios de ameaça/agressão verbal e 6,12% - violência física. Embora possa haver significados distintos sobre o que constitui violência propriamente, tais percepções mostram que os/as ACS a vivenciam em seu cotidiano.

Gráfico 13 - Exposição a agressões

Além disso, fico exposto/a a:



Fonte: Elaboração própria

Os trabalhadores da área de saúde estão mais vulneráveis à violência no local de trabalho. As ACS por terem as ruas, becos e vielas como local de trabalho, estão expostas à violência territorial constantemente (LEE, 2006).

A área programática onde as ACS respondentes ao QSATS trabalham, apesar de estar localizada na Zona Sul do Rio de Janeiro, é cercada de favelas e morros. Esses locais, geralmente são comandados pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro ou pelo poder paralelo do tráfico ou das milícias. Áreas de desigualdade social, como é o caso das favelas, se distanciam dos grandes centros urbanos em diversos aspectos. Este abismo está na ausência acesso a saúde, educação, lazer, e cultura nas áreas vulneráveis. Os índices de criminalidade e o tratamento dos policiais à população das favelas não é o mesmo que recebe a população do “asfalto”.

O termo “violência territorial” também se assemelha a “violência urbana”, que pode ser compreendida como um fenômeno social genericamente designado como conjunto de expressões que afetam o sentimento de continuidade das rotinas diárias e da segurança pessoal de uma rede de pessoas com ou sem laços de parentesco fora do ambiente domiciliar. Essa rede é tecida por relações, representações e ordenamentos sociais no contexto da assistência à saúde, a violência tem sido um problema crescente dentro do próprio setor, sendo relacionado, em parte, à localização geográfica dos equipamentos de saúde em áreas de vulnerabilidade e risco, onde são comuns tensionamentos e conflitos diversos que colocam em perigo, implícita ou explicitamente, a segurança, o bem-estar social e a saúde das populações e dos trabalhadores (KRUGER *et al.*, 2002; FELTRAN, 2008; MACHADO, 2011; ALMEIDA *et al.* 2019).

Além disso, por ser uma categoria majoritariamente feminina, o risco de violência contra as ACS aumenta em três vezes (MEDEIROS, 2020). Vale reforçar que a violência territorial desenvolve sentimentos que influenciam e comprometem a saúde física e mental das trabalhadoras, como medo, ansiedade, impotência e frustração. Dessa forma, a violência territorial advém de comportamentos marcados pelas desigualdades e exclusão social. Em um cenário de extrema vulnerabilidade territorial o processo de trabalho em saúde sofre interferências no seu desenvolvimento pelas equipes de SF, se tornando um desafio para a prestação de assistência à saúde aos indivíduos e/ou famílias residentes em tal área de abrangência (POLARO; GONÇALVEZ; ALVAREZ, 2013; CASTRO, 2016).

Em relação as tarefas administrativas e assistenciais, 67% (28) das trabalhadoras sentem-se bem orientadas quanto à forma de realizarem as atividades; 67% (28) informaram que dispõem de guias, protocolos ou manuais de orientação; 72% (30) acreditam que as metas a cumprir são definidas claramente.

No entanto, outros dados importantes devem ser considerados, a saber: 90% das ACS informaram que precisam exercer seu trabalho em ritmo intenso, 88% precisam lidar com um número excessivo de usuários, 85% referiram que precisam se manter concentradas por muito tempo e 85% relataram que fazem várias coisas ao mesmo tempo.

Ainda, no que tange as condições de trabalho das ACS, (foi utilizada uma escala onde as opções de respostas eram: sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca) alguns incômodos são identificados frente às exigências do trabalho, tais como: 72% (29) informaram que precisam usar intensamente a voz, 67% (27) informam que permanecem muito tempo de pé em deslocamento; 64% (26) referem posturas cansativas; e 64% (26) fazem gestos repetitivos e minuciosos.

Com todas as questões supracitadas, a pergunta que fica é: o que essas trabalhadoras fazem para não adoecerem no trabalho? Para evitar o sofrimento, as trabalhadoras desenvolvem estratégias de defesa, através do investimento de inteligência, personalidade e de cooperação que, articulados entre si, mantém a saúde da trabalhadora, individualmente, mas talvez não sejam suficientes para mudar a realidade do trabalho (OLIVEIRA, 2013).

Apesar de considerarem que o número de trabalhadoras é incompatível com as tarefas a serem realizadas (61,54% - 24), podemos identificar que essas profissionais conseguem, mesmo de maneira inconsciente, elaborar métodos que as protejam de sofrimento mental. Algumas dessas estratégias sinalizadas pelas ACS foram: a troca de experiências e macetes para a realização das atividades (82% - 32) e a realização do trabalho em equipe com apoio dos colegas (82% - 32).

As percepções das ACS sobre seu trabalho demonstram e expõem a complexidade do trabalho dessas profissionais. Apesar da categoria profissional estar calcada a um modelo específico de organização do trabalho, essa também está inicialmente atrelada ao trabalho prescrito. A relação entre a organização do trabalho e o trabalho prescrito, tem como base os aspectos das tarefas, do sistema hierárquico e relações socioprofissionais.

Para Schwartz (2015), a Organização científica do trabalho – OCT tentou levar ao limite a tentativa de simplificar a atividade humana, ou seja, antecipá-la totalmente, de tal forma que uma vez modelada pelos outros, aqueles que devessem executá-la “não teriam que pensar”. Entretanto, mesmo no caso da organização do trabalho dita científica (e a expressão científica aqui é importante, registra que se trata de algo totalmente pensado, predeterminado), existe algo que escapa à predeterminação, à antecipação da atividade, então de certa maneira trata-se de algo que deve escapar sempre e por todo o lugar.

Desse modo, da mesma forma que o trabalho não pode ser simplificado, a simplificação da organização do trabalho também é ilusória, tendo em vista que a atividade técnica do trabalho (passível de medições), não constitui todo o trabalho, devido a distância entre o trabalho prescrito e o real.

Essa distância entre o prescrito e o real sempre é parcialmente singular, porque apesar do trabalho prescrito ser o mesmo, esse é introduzido na história das trabalhadoras, que é uma história particular de mulheres com características morfológicas, psíquicas e culturais diferentes (SCHWARTZ, 2015).

Dessa forma, apesar de terem respondido sobre algumas exigências que o trabalho impõe de forma mais coesa, podemos identificar também que há uma diferença entre as percepções das ACS e no modo que essas exigências afetam as trabalhadoras. As percepções das ACS evidenciam a singularidade da atividade, munida dos seus valores e dotada de uma capacidade que lhe permitem transformar-se à medida que produzem outras normas. Frente aos desafios colocados e às interferências no desenvolvimento do trabalho em saúde, há uma disputa entre várias normas – princípios, regras, modelos, formação técnico-científica, recursos disponíveis, pontos de vista – que exigem do trabalhador a realização de micro-escolhas com base em todos os valores descritos e acrescidos dos valores sociais e históricos presentes (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011).

### *Relações Interpessoais*

A atividade de trabalho das ACS tem como essência seu contato direto com os usuários. Com a chegada da Covid-19 e com o isolamento social, há uma intensificação no contato

indireto e virtual das ACS com a população adscrita. 31,7% (13) das ACS sinalizaram que seu contato é direto com o público e 68,3% (28) relataram fazer contato direto e virtual.

Esse contato com os usuários, segundo as ACS, se dá na maioria das vezes de forma agradável e gratificante (64% - 25). Lidar com a população adscrita pode ser um desafio para as ACS, tendo em vista que essas precisam lidar com demandas imprevisíveis ou difíceis de compreender (64% - 25) ou essas demandas não dependem diretamente das ACS estando além das suas atribuições (82% - 32).

A ESF se caracteriza por uma atenção territorializada, desenvolvida por equipes multiprofissionais responsáveis pelo planejamento de ações de acordo com as necessidades locais de uma comunidade, dessa forma, o trabalho e atuação coletiva se torna fundamental para a realização do trabalho (BRASIL, 2012).

A dinâmica do trabalho em saúde é complexa e demanda o envolvimento de diversos trabalhadores como elemento do processo de trabalho, o que implica na necessidade de cooperação, no entanto, há o predomínio de ações compartimentadas, onde cada área técnica se responsabiliza por uma etapa da atividade (PIRES, 2008).

“Aqui na unidade a relação com a equipe é muito tranquila, somos uma "grande família" ou um "grupão grandão". Agora que não tem mais reunião por causa da Covid-19” (ACS Rubelita).

“Nossa relação está péssima! Não tem mais reunião, os profissionais estão ficando de atestado, eu mal consigo ver meu companheiro de trabalho, minha enfermeira e minha médica.” (ACS Esmeralda).

Podemos identificar que devido ao contexto de pandemia, as ACS se encontram sem reuniões de equipe. Apesar de ter um teor burocrático de distribuição de SISREG e questões administrativas, as reuniões de equipe tinham também como objetivo a orientação aos profissionais, a discussão de casos e o diálogo entre a equipe que, estabelecia um elo entre eles, possibilitando tomadas de decisões de forma coletiva.

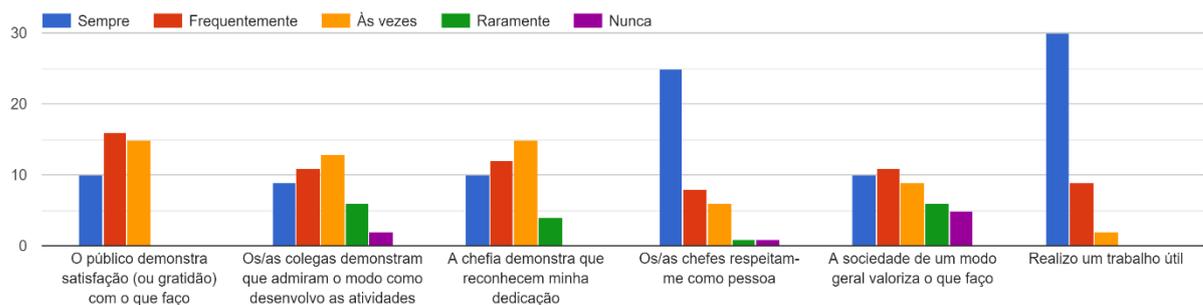
As dificuldades relacionadas ao trabalho nas eSF atravessam a prática cotidiana e as relações interpessoais das integrantes das equipes. Essas dificuldades podem ser atravessadas pela hierarquização do saber técnico e pela horizontalização das ações na ESF, com responsabilidades compartilhadas entre os membros das equipes de saúde (PERES, *et al.* 2011).

Reforça-se que as relações interpessoais também podem ser influenciadas pela desvalorização social da categoria ACS, que muitas vezes são silenciadas ou acabam silenciando-se em discussões com profissionais de nível técnico superior, devido o receio em questionar e se posicionar frente a esses profissionais (SAKATA E MISHIMA, 2012).

Para garantir a plenitude no trabalho em equipe, faz-se necessário ter o conhecimento sobre as demais áreas do conhecimento e valorizar o trabalho do outro, como também criar consenso entre os trabalhadores para estabelecer objetivos e metas. O trabalho em equipe permite continuar o acompanhamento e criar vínculo com os familiares, sendo necessária a boa interação entre os profissionais (CASTRO, 2016).

Gráfico 14 - Reconhecimento e valorização

Na minha percepção:



Fonte: Elaboração própria

Como podemos identificar no gráfico anterior, apesar de relatarmos que realizamos um trabalho útil, esse trabalho não é reconhecido por todos. Segundo as respostas das ACS, o maior reconhecimento e satisfação vem da população adscrita (63% - 25); 47% (19) das ACS informaram que suas colegas demonstram admiração pelo modo que desenvolvem suas atividades e 53% (22) relataram que a chefia reconhece a dedicação das profissionais. Entretanto, cabe ressaltar que, quando indagado sobre a valorização da sociedade em geral, 51% (21) informaram que identificam essa valorização.

Vale salientar que essa valorização social das ACS é o que dá sentido ao trabalho e assim, se torna fonte de prazer e de satisfação. Essa valorização social está associada às atividades realizadas em seu território.

Dessa forma, as ACS como profissionais que lidam com as demandas de saúde do território se deparam com questões que vão além de sua atribuição, mas que afetam diretamente a saúde dos usuários. Como na Covid-19, o desemprego e a fome que atingiu grande parcela da população de norte a sul do país (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2021).

Na oficina “Vivências do trabalho em saúde em contextos extremos: reflexões para a ação” realizada no Seminário de Desnaturalização de Desastres e Mobilização Comunitária:

crises ampliadas, redes e resistências, ao ser perguntada sobre os desafios em momento de Covid-19, a ACS da AP 2.1 que foi convidada respondeu:

“Todos, né? Porque o que você antes fazia como saúde você passou a batalhar com o alto desemprego. Porque em geral nas comunidades, muitas das pessoas vivem do trabalho sem carteira assinada e eles passaram a não ter. Principalmente quem vive de eventos. Então, a gente, em vez de a gente estar por exemplo, fazendo um acompanhamento de hipertensão, a gente estava correndo atrás de doação de cesta básica, porque ou a gente cuidava da hipertensão ou a gente cuidava da fome. As duas coisas não davam ao mesmo tempo. Então em vez de correr atrás da hipertensão ou do remédio deles, dos cuidados com a saúde, eu tive que cuidar da casa deles literalmente, porque era fome.”<sup>17</sup>

Através da fala da ACS conseguimos identificar as renormatizações realizadas devido às mudanças no território. Essas mudanças demandaram dessas profissionais a articulação com outros serviços. Cabe destacar aqui que a fome e a insegurança alimentar estão atreladas ao direito à saúde.

Dessa forma, as ACS para lidarem com as imprevisibilidades do território, realizaram gestões a partir de recursos individuais e coletivos. Individuais porque essas gestões estão relacionadas à experiência e vivência dessas trabalhadoras. Coletivas porque demandam uma mobilização do território e articulação intersetorial. Nesse caso, podemos verificar um debate de normas relacionado a valores do bem comum, do polo político. Os valores sem dimensão do SUS que permeiam as atividades dessas trabalhadoras as levam a renormatizarem, criando estratégias e novas formas de fazer em prol da garantia de direitos dos usuários.

Salientamos a importância do SUS e das trabalhadoras da saúde que, apesar das grandes pressões do polo mercantil como: precarização do trabalho, baixos salários e contratos temporários (podendo ou não serem renovados de acordo com a OS e a SMSRJ) conseguem se mobilizar e resistir.

Entretanto, a valorização profissional também permeia outras questões para além do reconhecimento da população. Segundo Lopes, Durão e Carvalho (2011), o reconhecimento social de uma profissão envolve aspectos objetivos e aspectos subjetivos. Um dos aspectos que constituem a valorização de uma categoria profissional se encontra na análise de questões como o valor do salário e o vínculo empregatício. No caso das ACS podemos identificar que os salários são extremamente baixos, o que pode sinalizar a desvalorização social dessa categoria profissional.

---

<sup>17</sup> Oficina “Vivências do trabalho em saúde em contextos extremos: reflexões para a ação” realizada no Seminário de Desnaturalização de Desastres e Mobilização Comunitária: crises ampliadas, redes e resistências realizada no dia 05 de outubro de 2021. Acesso através do link: <https://www.youtube.com/watch?v=9IZ56TdGvOA>

Por fim, vale reforçar que o reconhecimento no trabalho é uma das formas de retribuição psicológica fundamentais para criação da identidade no mundo do trabalho. Essa identidade no local de trabalho ou mesmo socialmente é um importante ingrediente para saúde mental das trabalhadoras (DEJOURS, 2004).

#### *A saúde das ACS em contexto de pandemia*

A precarização do trabalho, a falta de reconhecimento, os riscos quais estão expostas, as restrições de momentos de lazer, as exigências nas formas de organização do trabalho e as mudanças nos modos de vida das ACS podem gerar consequências à saúde mental e física dessas trabalhadoras.

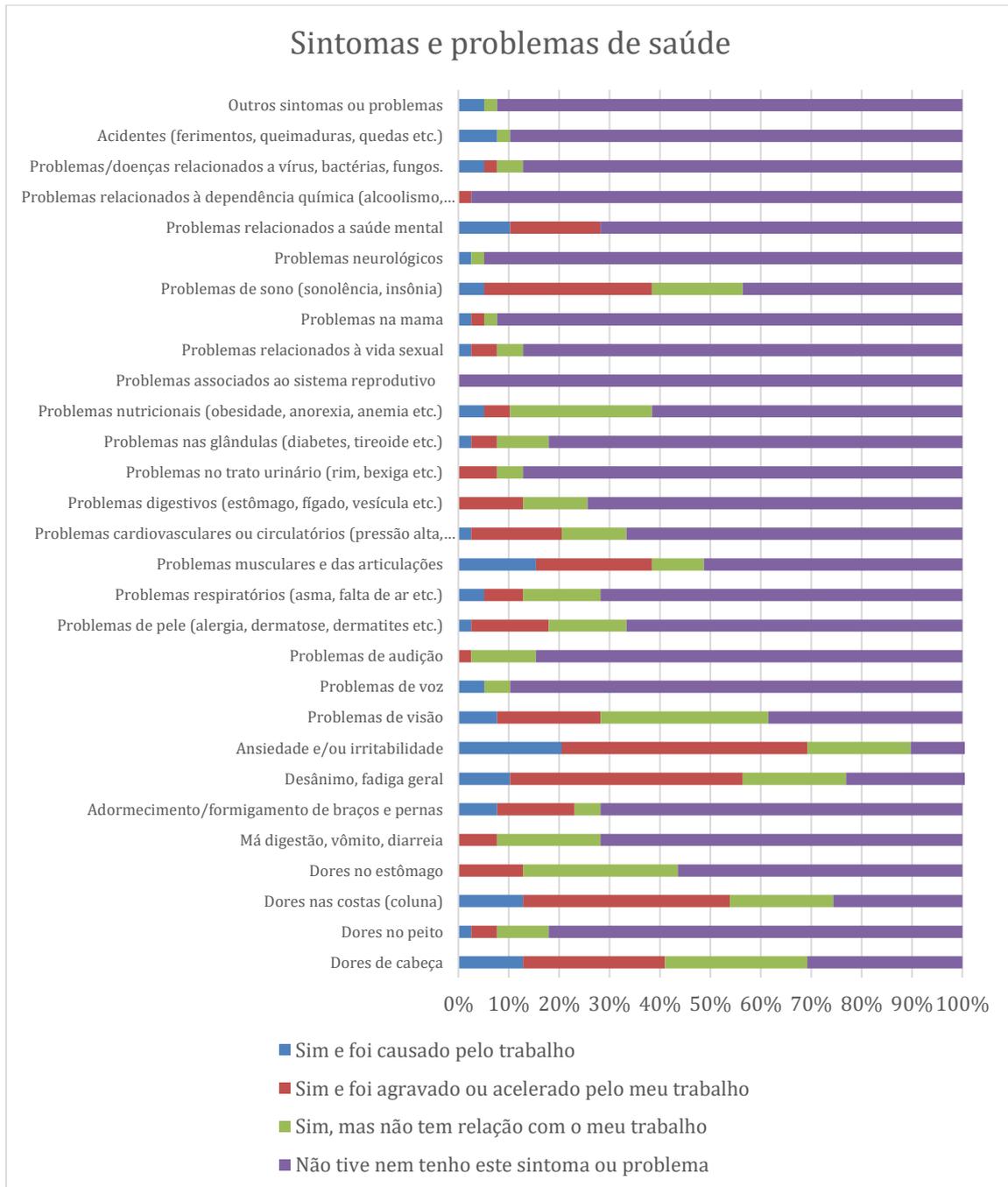
Dejours (1998) afirma que as relações de trabalho, dentro das organizações, frequentemente despojam do trabalhador a sua subjetividade, excluindo o sujeito e fazendo dele uma vítima do seu trabalho. O sofrimento não se apresenta como sinônimo de doença. O sofrimento é algo mais amplo e se relaciona com questões subjetivas engendradas nesse processo, somado à complexidade de relacioná-lo ao adoecimento.

Para falar do que é patológico ou não, precisamos definir o que é normal. Dejours (1994) “a normalidade como o equilíbrio psíquico entre constrangimento do trabalho desestabilizante ou patogênico e defesas psíquicas”. Já Canguilhem (1990 p.146), define que "o normal é poder viver em um meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis".

Com base no gráfico a seguir (Gráfico 15), podemos identificar que dores de cabeça, dores nas costas, desânimo e fadiga, ansiedade e/ou irritabilidade, problemas de sono, problemas relacionados a saúde mental, problemas digestivos, problemas cardiovasculares ou circulatórios, problemas musculares e das articulações foram agravados ou acelerados pelo trabalho.

Além disso, as ACS responderam que acidentes, problemas relacionados à saúde mental, problemas musculares e das articulações, ansiedade e/ou irritabilidade, desânimo e fadiga, adormecimento/formigamento de braços e pernas, dores nas costas, dores de cabeça foram causados pelo trabalho.

Gráfico 15 - Sintomas e problemas de saúde das ACS



Fonte: Elaboração própria

Podemos observar que nos dois casos supracitados, se repetem: dores de cabeça, dores nas costas, desânimo e fadiga, ansiedade e/ou irritabilidade, problemas relacionados à saúde mental e problemas musculares e das articulações. É importante perceber que a grande maioria dos sintomas e problemas de saúde que se repetem estão de alguma forma associada às questões de saúde mental.

Segundo Milanezi et al. (2020) o adoecimento mental é uma característica da categoria profissional de ACS. As agressões físicas nas quais são expostos e que podem acontecer são um dos ingredientes para esse adoecimento. Em consonância a essas agressões, há uma grande demanda de trabalho em decorrência da Covid-19, que exige dessas profissionais estratégias para lidar com essas pressões de sua atividade de trabalho.

Identificamos uma aproximação dos dados da pesquisa com o estudo sobre a saúde das ACS de Uberlândia. Segundo Resende *et al.* (2011), através do coeficiente de correlação de Spearman, verificou-se que quanto maior o número de eventos vitais<sup>18</sup> experienciados no último ano, mais "estresse psíquico", maior o "desejo de morte", mais "desconfianças no desempenho", mais "distúrbios do sono", mais "distúrbios psicossomáticos", pior a saúde mental geral das profissionais. Também foi constatado que, quanto maior a ansiedade, mais "estresse psíquico", maior o "desejo de morte", mais "desconfianças no desempenho", mais "distúrbios do sono", mais "distúrbios psicossomáticos" e pior a saúde mental geral.

Os dados da pesquisa com as ACS corroboram com a pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19, realizada pela Fiocruz em todo o território nacional, que mostra o quanto a pandemia alterou de modo significativo a vida dos trabalhadores de saúde. Relacionado à saúde mental, a pesquisa sinalizou que as alterações mais comuns em seu cotidiano, citadas pelos profissionais, foram perturbação do sono (15,8%), irritabilidade/choro frequente/distúrbios em geral (13,6%), incapacidade de relaxar/estresse (11,7%), dificuldade de concentração ou pensamento lento (9,2%), perda de satisfação na carreira ou na vida/tristeza/apatia (9,1%), sensação negativa do futuro/pensamento negativo, suicida (8,3%) e alteração no apetite/alteração do peso (8,1%).<sup>19</sup>

Podemos identificar que o sofrimento patogênico é algo recorrente na categoria ACS. Isso é resultado de uma tentativa frustrada de renormatizar seu trabalho, tendo em vista a ausência de autonomia na atuação das ACS e a burocratização de sua atividade.

Nesse caso, ao se ver com mais pressões, mais demandas de trabalho e menos autonomia para exercer suas funções, as trabalhadoras podem iniciar um processo de descaracterização da sua autoimagem sobre o trabalho, o que pode vir a gerar sofrimento e insatisfação.

---

<sup>18</sup> Segundo Resende et al (2011), os eventos vitais relacionados ao trabalho: aposentadoria, mudança de trabalho, dificuldades com chefia, perda de emprego e reconhecimento profissional; perda de suporte familiar: morte de alguém da família, morte de um amigo e morte de um cônjuge; família: doença na família, separação, casamento, gravidez, nascimento na família, reconciliação na família; mudança no ambiente: mudança de escola, mudança de casa, mudança no número de pessoas morando em casa; outros: acidentes, perdas financeiras, dificuldades sexuais, problemas de saúde, dívidas, mudança de hábitos pessoais, mudança de atividades recreativas, mudanças de atividades religiosas, mudanças de atividades sociais

<sup>19</sup><https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>

A Covid-19 tem provocado sofrimento individuais e coletivos às ACS. Estudos apontam para o aumento na prevalência de ansiedade devido à pandemia de Covid-19 (DAL' BOSCO *et al.*, 2020). O sofrimento social é captado em uma análise mais abrangente, não só por meio da repetição dos elementos em comum, contribuintes do sofrer de tantas pessoas em diferentes locais e com diferentes experiências, como nos fatores percebidos pelas lentes da determinação social (VILLAÇA, 2021).

O sofrimento psíquico expresso nas respostas das ACS pode ser considerado uma demanda em saúde mental que necessita de acolhimento e encaminhamento adequados. Estudos apontam que 80,8% (714) relataram sofrimento relacionado ao contexto da Covid-19 no período. Os sintomas mais frequentemente indicados pelas ACS foram a ansiedade 63% (557), seguida pela angústia 60,6% (536) e pela insônia 48,8% (432) (NOGUEIRA *et al.* 2020).

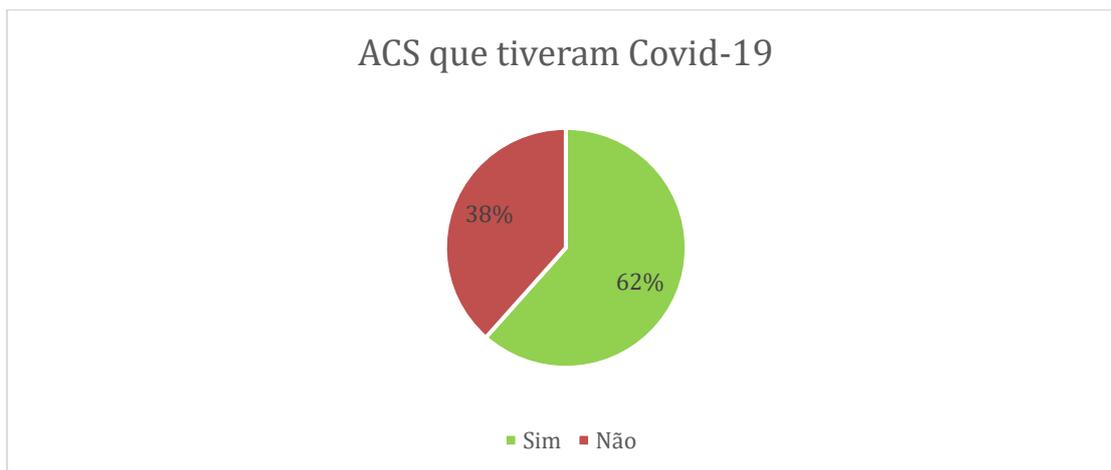
A intensificação no trabalho gera consequências diretas à saúde mental e tem levado os trabalhadores a ultrapassarem ou a deixarem de reconhecer os seus próprios limites físicos e mentais, expondo-os aos riscos de adoecimento, cada vez mais frequentes (TEIXEIRA, 2007). No caso das ACS e das profissionais de saúde, a intensificação do trabalho foi consequência dos grandes números de infectados por Covid-19, o que gerou aumento na demanda da população.

“Eu nunca vi a Clínica tão lotada, nosso espaço é reduzido, mas todo mundo queria ficar lá dentro, quem não tinha Covid-19, passava a ter.” (ACS Topázio-Imperial)

Além disso, muitas profissionais com comorbidades foram afastadas de seus locais de trabalho no período de pico de infecções por Covid-19, o que resultou numa maior demanda de trabalho às ACS que ficaram atuando nas eSF. Nas visitas às UBS realizadas para a aplicação dos questionários, as ACS relataram que, nos primeiros meses de pandemia, somente uma ACS precisava dar conta das demandas de toda a eSF.

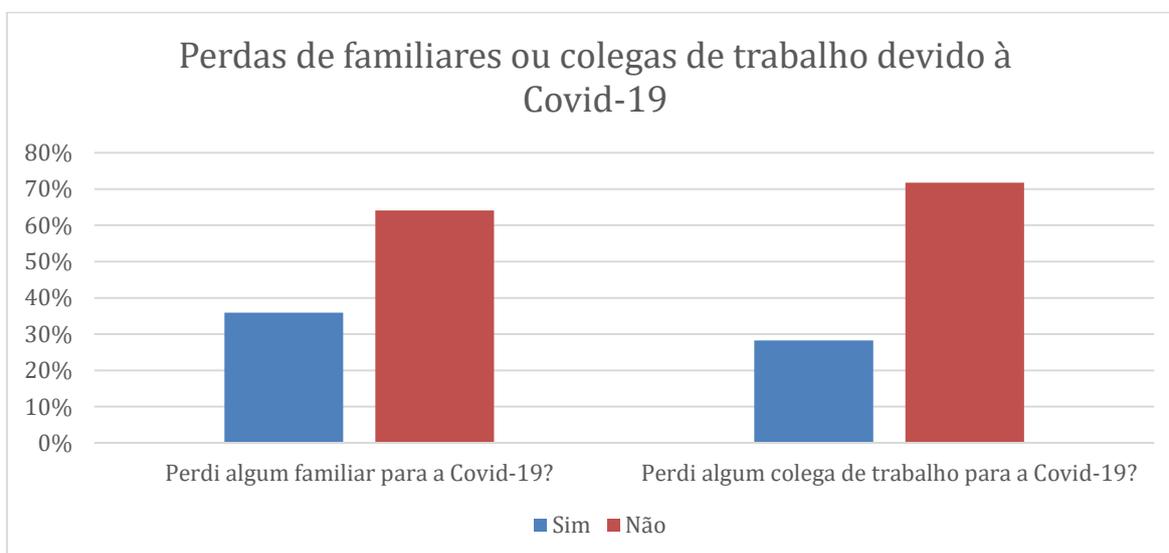
“Nos meses de abril e maio do ano passado, com o afastamento dos ACS com comorbidades, ficamos fazendo revezamento na unidade. Como éramos 3 ACS na equipe, 1 foi afastada e outra ficou com Covid-19, aí eu fiquei sozinha. Quando eu peguei Covid-19, estava sozinha na minha equipe, o ACS da equipe-irmã que precisou assumir as demandas da nossa equipe.” (ACS Água Marinha).

Gráfico 16 - ACS infectadas por Covid-19



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 17 - Relações rompidas decorrente de óbito por Covid-19



Fonte: Elaboração própria

Quando perguntadas se foram infectadas por Covid-19, 62% das ACS responderam que sim e 38% responderam que não. Já relacionado às perdas em decorrência da Covid-19 de pessoa próximas ou de colegas de trabalho, 36% das ACS perderam algum familiar e 28% perderam algum colega de trabalho.

Sobre as perdas e os rompimentos das relações interpessoais, as ACS além de terem suas relações pessoais com família e amigos, também residem no território no qual atuam, dessa forma, o rompimento do vínculo com seus amigos e familiares pode ser somatizado à quebra de vínculo com usuários que evoluíram à óbito devido à Covid-19. Cabe refletirmos também

que essas rupturas podem afetar a saúde mental e gerar esgotamento emocional dessas profissionais.

Apesar dos números elevados de óbitos entre ACS, esse dado foi relativamente baixo (tendo em vista os estudos sobre óbitos por Covid-19 entre profissionais de saúde). Esse dado é fruto da retirada dos profissionais com comorbidade dos locais de trabalho. A coordenação da 2.1 isolou os profissionais que se encontravam em maior vulnerabilidade ao vírus da Covid-19. Esse afastamento gerou uma maior demanda de atividades para as profissionais que continuaram sua atuação, dessa forma, essas ACS precisaram criar estratégias frente a esse desafio.

“Aqui na Clínica, como é uma UBS predial, estabelecemos que ninguém sobe com sintomas de síndrome gripal. Todas essas pessoas são atendidas e testadas no térreo da unidade, tentando assim preservar a saúde de outros usuários” (ACS Citrino).

A estratégia citada pela ACS é coletiva, ou seja, todos os profissionais aderiram a essa ideia com objetivo de se preservar e preservar o outro. No caso das ACS, essa estratégia auxilia na divisão de demandas das equipes, colocando um ACS de cada equipe na recepção dos pacientes com sintomas gripais e as demais ACS em outras atividades como: sala de vacina, recepção, visita domiciliar, cadastramento e acompanhamento da população e funções administrativas.

“A única estratégia que eu utilizo é a de sala de espera, mas eu chamo de “ACS volante”. Como a unidade está lotada, eu tento conversar um pouco com as pessoas, primeiramente falar sobre a importância do distanciamento de forma coletiva, pra todos, depois eu vou de um a um pra conversar um pouco, oferecer uma escuta qualificada. Às vezes aqueles usuários se sentem abandonados pelo sistema, mas não entendem que se eles estão abandonados, nós (profissionais) também estamos” (ACS Turmalina).

Essa ACS estabeleceu uma estratégia individual para lidar com os desafios impostos em sua atividade. Tendo em vista que alguns usuários não sabem das dificuldades que a APS está passando em decorrência da Covid-19, essa ACS cria uma relação dialógica com seus usuários. Através da escuta, ela consegue acolher aquela pessoa e informar a situação atual dos profissionais de saúde que estão na linha de frente contra a Covid-19. Cabe reforçar que, a mobilização política e social é um dos papéis essenciais das ACS e essa relação dialética tem essa questão como objetivo.

No momento atual do surto da variante Ômicron da Covid-19 e da Influenza H3N2, a APS está sendo muito demandada, pois devido avanço da vacinação, os casos não são graves,

exigindo ainda mais dos profissionais da APS e das ACS, que no momento, estão responsáveis em orientar e recepcionar essa população.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo procuramos compreender a atividade de trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde e suas consequências para a saúde física e mental em contexto de desmonte da Atenção Primária à Saúde e pandemia da Covid-19, no município do Rio de Janeiro.

A Atenção Primária a Saúde tem sofrido grandes perdas relacionadas aos cortes nos investimentos da saúde e mudanças nos moldes de financiamento, o que tem afetado diretamente a Estratégia Saúde da Família. Com a chegada da pandemia da Covid-19 e a mudança na gestão do município do Rio de Janeiro, novos profissionais foram selecionados através de processo simplificado das Organizações Sociais de Saúde para complementarem as Equipes de Saúde da Família, entretanto muitos ainda não se encontram nos seus locais de trabalho.

Podemos identificar como que o polo político e o polo do mercado tensionam o polo da atividade no contexto das Agentes Comunitárias de Saúde. Elas são pressionadas a sustentar seu trabalho, muitas vezes sem folgas, para defender, de alguma forma, o SUS e é nesse lugar que encontramos o valor não dimensionável do bem comum, do político. Em contraponto, somado a isso, existe a lógica da economia, que através das OSS, das pressões do mercado de trabalho, com objetivo de cumprir e bater metas, exigem ao máximo dessas profissionais. Ressaltamos aqui o quanto, no contexto neoliberal, o polo do mercado influencia cada vez mais o polo do político, ficando atrelados ao ponto de, por vezes, termos dificuldade de dissociá-los e diferenciá-los.

O principal desafio das ACS em contexto de pandemia foi ter que assumir, por muitas vezes, toda uma equipe com 5.000 mil usuários adscritos e cadastrados, por causa da grande contaminação das profissionais da equipe. Dessa forma, essas trabalhadoras precisaram criar estratégias individuais e coletivas para lidar com a grande demanda das UBS lotadas.

Evidencia-se que as mudanças no trabalho decorrentes da Covid-19 exigiram das ACS uma maior burocratização do trabalho, intensificando as demandas nas UBS e as colocando em papéis administrativos como a de escriba de sala da vacina. Apesar de terem diminuído as visitas domiciliares no ano de 2020, com a chegada da vacina, podemos identificar uma intensificação dessas visitas, tendo em consideração que são as ACS que conduzem os profissionais da equipe técnica nas vacinações à população acamada e domiciliada.

Essas mudanças na organização do trabalho congregadas às infecções e reinfecções por Covid-19 e as perdas de pessoas de seu vínculo, se colocam como variabilidades e

imprevisibilidades da dinâmica de atividade e da vida. Variabilidades essas que se apresentam como infidelidades do meio e que também podem gerar sofrimento e adoecimento dessas profissionais.

O aumento das variabilidades nos territórios com a Covid-19, que elevou as taxas de desemprego, associada a ausência de Políticas Públicas que assegurem essa população, propiciou o retorno da fome ao território brasileiro, afetando a atividade e exigindo renormatizações das ACS diante desse grande desafio.

Apesar de toda a sua construção, importância e relevância histórica para a consolidação da APS, as Agentes Comunitárias de Saúde seguem sendo o lado mais enfraquecido e desvalorizado da ESF. Com isso, elas vivem um processo de precarização do trabalho, com baixa remuneração, falta de investimento em sua formação técnica e burocratização que afetam diretamente a sua atividade e sua saúde.

Ainda assim, pudemos identificar a vinculação dessas profissionais ao trabalho, tendo em vista que a grande maioria o exerce há mais de oito anos. Esse vínculo é resultado de um trabalho exitoso e reconhecido pela população adscrita.

Atrelado a isso, a feminização da categoria é mais uma causa desse vínculo, devido necessidade dessas profissionais em assumir o papel de chefes de famílias, tomando para si duplas e triplas jornadas para conseguirem sustentar suas famílias mesmo com as dificuldades impostas. Dessa forma, o papel de cuidadoras passa a ser o pano de fundo dessas trabalhadoras, em seus trabalhos e suas residências.

O trabalho também se torna um causador de sofrimento devido às pressões impostas pela organização do trabalho, a desvalorização salarial e aos riscos quais as ACS estão expostas. Essas questões convocam as profissionais a fazerem escolhas, arbitrando sobre diversas normas muitas vezes contraditórias. Dessa forma, as ACS renormatizam, se colocando como agentes de criação e de produção.

Essas renormatizações baseadas nas histórias, nos valores das profissionais e dos coletivos, constituem uma relação íntima entre a atividade e a saúde, através da possibilidade dessas agentes de criarem novas normas.

Devido ao contexto de pandemia e a chegada no novo surto da variante Ômicron no Rio de Janeiro, a pesquisa apresentou algumas lacunas, principalmente pela impossibilidade da realização dos Encontros Sobre Trabalho (EST) que enriqueceriam ainda mais as reflexões, ampliando e aprofundando as discussões sobre o trabalho dessas profissionais.

Mas, não pretendemos findar aqui a pesquisa. Daremos continuidade buscando contribuir, dentre outros aspectos, na sensibilização de gestores e gerentes sobre a importância

da criação de espaços coletivos de reflexão que deem visibilidade as dramáticas dos usos do corpo-si e aos debates de normas presentes na atividade, na perspectiva da produção de saúde, para todos trabalhadores da unidade pois, não são só as ACS estão em sofrimento, mas ~~sim~~ toda a Equipe de Saúde da Família incluindo os próprios gestores.

Em suma que, para a diminuição do sofrimento, faz-se necessário uma maior autonomia profissional, desenvolvida a partir de uma gestão participativa onde os e as trabalhadoras possam expressar seus conhecimentos sobre a sua atividade, possibilitando a externalização de suas capacidades e criatividade, tornando assim, o trabalho mais prazeroso e reconhecido.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA K. S. Organizações Sociais: (des)controle social e restrições ao direito da saúde. *Revista Ser Soc.* 5;115-140. 2004.
- ALMEIDA, J. F.; PERES, M. F. T.; FONSECA, T. L. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. *Saúde e Sociedade*, v. 28, p. 207-221, 2019.
- ANJOS, G. A questão “cor” ou “raça” nos Censos nacionais. *Indicadores Econômicos FEE*, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 103–118, 2013.
- ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6ª Ed. Campinas-SP: Cortez, 1995.
- ANTUNES, R. Dez teses sobre o trabalho do presente e uma hipótese sobre o futuro do trabalho. 31º Encontro Anual da ANPOCS, de 22 a 26 de outubro de 2007, Caxambu, MG. Seminário Temático n. 34: Trabalho e Sindicato na Sociedade Contemporânea.
- ARAÚJO, TM; ROTEMBERG, L. Relações de gênero no Trabalho em Saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego*. Rio de Janeiro, Ed Fiocruz, p. 131-50, 2011.
- ASSUNÇÃO, A.; BRITO, J.. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2011.
- AYRES, J.R. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, Feb. 2004.
- BARBOSA, R. B. C. et al. Governança da atenção primária à saúde: aspectos administrativos e relacionais da contratualização com as organizações sociais no Rio de Janeiro. 2019. Tese de Doutorado.
- BARBOSA, R.H.S. Gender and healthcare work: a critical view of community health agents' work. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.42, p.751-65, jul./set. 2012.
- BARRETO, I. C. DE H. C., PESSOA, V. M., SOUSA, M. DE F. A. DE, NUTO, S. DE A. S., FREITAS, R. W. J. F. DE, RIBEIRO, K. G., VIEIRA-MEYER, A. P. G. F., & ANDRADE, L. O. M. DE. Complexidade e potencialidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde no Brasil contemporâneo TT - Complexity and potentiality of the community health workers' labor in contemporary Brazil. *Saúde debate*, 42(spe1), 114–129. 2018.
- BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *Texto & contexto enferm.*, p. 78-84, 2010.

BEHRING, E.R; BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. Psicologia em estudo, v. 17, p. 37-46, 2012.

BONI, V; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Em Tese, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan. 2005. ISSN 1806-5023.

BORNSTEIN, V. J., & STOTZ, E. N. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. Ciência & Saúde Coletiva, 13(1), 259–268. 2008.

BOUSQUAT A, GIOVANELLA L, MEDINA MG, MENDONÇA MHM, FACCHINI LA, TASCA R. NEDEL F, LIMA JG, MOTA PHS, AQUINO R. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.120, de 1 de julho de 1998. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jul. 1998. Seção I.

BRASIL Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico especial: doença pelo Coronavírus Covid-19. Semana Epidemiológica 53 (27/12/2020 a 2/1/2021). Boletim N.º.44. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico especial: doença pelo Coronavírus Covid-19. Semana Epidemiológica 8 (21 a 27/2/2021). Boletim N.º.52. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010A. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Sistema Único de Saúde. 1. ed. Brasília, DF: 2011d..

BRASIL. Constituição Federal 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Lei N.º13.979/20. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União. Ed. 21. Seção 1, p.1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648, De 28 De Março De 2006. prova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Programa Agentes comunitário de saúde (PACS) / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS. Brasília:MS,1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Programa Agentes Comunitários de Saúde, PACS. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

BREILH, J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. 2008.

BRITO, J. C. et al. Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. Revista Brasileira de saúde ocupacional, v. 37, p. 316-329, 2012.

BRITO, J.C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cad. Saude Publica*, v.16, n.1, p.195-204, 2000.

BRITO, J. A ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In: Gomez, C. M.; Machado, J. M. H. & Pena, P. G. L. (orgs) - *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 479-494.

BRITO, J. Trabalho real. *Dicionário da educação profissional em saúde*, v. 2, p. 440-445, 2006.

BRITO, J.; GOMES, L.; OLIVEIRA, S. INSATS: uma contribuição para a Saúde do Trabalhador. In: SEMINARIO INTERNACIONAL SAÚDE NO TRABALHO, 2013, Porto. Anais...Porto: Universidade Porto, 2013

CAMPOS, G. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 983-995, 2014.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009

CARNUT, L; NARVAI, P.C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, p. 290-305, 2016.

CARVALHO, V.L.M. A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeperica da Serra.2002. Dissertação (Mestrado) -Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002

CASTRO, M. M. C. Avaliação do trabalho na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro: uma abordagem em saúde do trabalhador. / Mariana Monteiro de Castro e Castro. - - 2016.

CASTRO, M.G. Alquimia de categorias sociais na produção de sujeitos políticos. *Rev. Estud. Fem.*, p.57-73, 1992.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 553-563, 2017.

COSTA, N R; BELLAS, H.; SILVA; P.R.F.da; CARVALHO, P V R de; UHR,D; VIEIRA, C.; JATOBÁ, A . Os Agentes Comunitários de Saúde e a Pandemia da Covid-19 nas favelas do Brasil. Fiocruz. Observatório Covid-10. Informação para Ação. 2020

COSTA, M. S. Terceirização no Brasil: velhos dilemas e a necessidade de uma ordem mais incluyente. *Cadernos Ebape. Br*, v. 15, p. 115-131, 2017.

COSTA, A.M; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. V. C. Fome, desemprego, corrupção e mortes evitáveis: faces da necropolítica. *Saúde em Debate*, v. 45, p. 555-558, 2021.

COUTINHO, L. R.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saude em debate*, v. 39, p. 514-524, 2015.

CREMONESE, G.R.; MOTTA, R.F; TRAESEL, E.S. Implicações do trabalho na saúde mental das Agentes Comunitários de Saúde. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 16, n. 2, p. 279-293, 2013.

DA COSTA, F. L. Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista. Editora FGV, 2010.

DAL' BOSCO, E. B. et al. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, 2020.

DAU, D.; RODRIGUES, I.; CONCEIÇÃO, J.(Orgs). Terceirização no Brasil: do discurso da inovação à precarização do trabalho. São Paulo: Annablume/CUT, 2009

DEJOURS, C. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Posfácio à segunda edição de "Travail, usure mentale". Centurion, Paris, 1992.

DEJOURS, C. . Loucura do trabalho. São Paulo: Oboré 1987.

DEJOURS, C. (2012). Trabalho vivo (Tomos I, II). Brasília, DF: Paralelo 15

DEJOURS, C. & TONELLI, M. J. O fator humano. 3.ed. Rio de Janeiro: FGV, 101p, 2002.

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Getúlio Vargas. 2006

DEJOURS, C. A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. Revista Portuguesa de Psicanálise, 33(2),9-28, 2013.

DEJOURS, C. Travail vivant: Travail et émancipation. Paris: Payot, 2009.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993B

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, p. 119-145, 1994.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. Revista de Administração de empresas, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993A

DEJOURS, C.. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. In: A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 1998.

DEJOURS, C.. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho. Revista Cult, v. 139, n. 12, p. 49-53, 2009.

DELGADO, M. G. Direito Coletivo do Trabalho.7.ed. São Paulo: LTr, 2017.

DIAS, S.; RIBEIRO, N. Uma discussão preliminar sobre a Segurança Pública numa Perspectiva Ergológica. *Revista Encantar-Educação, Cultura e Sociedade*, v. 1, n. 3, p. 145-153, 2019.

DRUCK, G. et al. (EDS.). *Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil*. In: *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. Coleção Mundo do trabalho. 1. ed. São Paulo, SP: Boitempo Editorial, 2007.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, v. 24, n. spe1, 2011.

DRUCK, G.; BORGES, A. Terceirização: balanço de uma década. *Caderno CRH*, v. 15, n. 37, 2002.

DRUCK, M. G. Terceirização:(des) fordizando a fábrica: um estudo do complexo petroquímico. In: *Terceirização:(des) fordizando a fábrica: um estudo do complexo petroquímico*. 1999. p. 271-271.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y.. Glossário da ergologia. *Laboreal*, v. 4, n. Nº1, 2008.

FALEIROS, D. R.; PEREIRA, B. L. S. Saldos dos repasses federais no SUS: o que temos e o que esperar do incremento para a Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 5639-5651, 2021.

FELTRAN, G. O legítimo em disputa: as fronteiras do mundo do crime nas periferias de São Paulo. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 93-126, 2008.

FERNANDES, G. A. A. L.; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à Covid-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Revista de Administração Pública*, v. 54, p. 595-613, 2020.

FERTONANI, H.P et al . Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015

FILGUEIRAS, V. A.; CAVALCANTE, S. M. Terceirização: debate conceitual e conjuntura política. v. 14, n. 1, p. 22, 2015.

FONSECA, J. M. et al. Relações de trabalho na atenção primária à saúde gerida pelas Organizações Sociais de Saúde no município do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2019. 2020. Tese de Doutorado.

FONSECA, J. M.; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. *Saúde em Debate*, v. 45, p. 590-602, 2021.

FREITAS, C. M.; BARCELLOS, C.; VILLELA, D. Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde. 2021.

FUNCIA, Francisco. Implicações da Emenda Constitucional nº 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. *Consensus-Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, ano V, n. 15, 2015.

GARCIA, A. C. P.; LIMA, R. C. D.; LIMA, E. F. A.; GALAVOTE, H. S.; ANDRADE, M. A. C. Perfil e o Processo de Trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Onli-ne)*, v. 11, p. 339-344, 2019.

GERNET, I. & DEJOURS, C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: P. F. Bendassolli & L. A. Soboll (Orgs.), *Clínicas do trabalho* (pp. 61-70). São Paulo: Atlas, 2011.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saude Publica*, v.18, supl., p.103-12, 2002

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos deSaúde Pública*, Rio deJaneiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1763-1776, 2018.

GOMES, L; ABRAHÃO, A.L; VIEIRA, M. Entrevista: Yves Schwartz. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 4, n. 2, p. 457-465, 2006.

GOMEZ, C. M. Campo da Saúde Trabalhador: Trajetória, Configuração e Transformações. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H. & PENA, P. G. L. (ORGS) - *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L.C.F; MACHADO, J.M.H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, June 2018 .

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des) valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2537-2546, 2016.

GUÉRIN, F.; KERGUELEN, A.; LAVILLE, A. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. Editora Blucher, 2001.

GUIZARDI, F.L; CAVALCANTI, F.O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 34, p. 633-646, 2010.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, p. 555-561, 2008.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, [S.l.], v. 37, n. 132, p. 595–609, 2007.

HIRATA, H. O que mudou e o que permanece no panorama da desigualdade entre homens e mulheres? Divisão sexual do trabalho e relações de gênero numa perspectiva comparativa. In:

- HOC, J. LEPLAT, J. Tarea y actividad en el análisis psicológico de las situaciones. In: *Ergonomia: conceptos y métodos*. Editorial Complutense, 1998. p. 163-180.
- JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 123-135, 2009.
- JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Subjective aspects of living and working within the same community: the realities experienced by community healthcare agents. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009.
- LEONE, E. T.; KREIN, J. D.; TEIXEIRA, M. O. (org.). *Mundo do trabalho das mulheres: ampliar direitos e promover a igualdade*. Campinas, SP: Unicamp. IE. Cesit, p.143–173, 2017.
- HUANG C, WANG Y, LI X, REN L, ZHAO J, HU Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020 Feb;395(10223):497-506.
- KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. Trad. Vivian Aranha Saboia. In: HIRATA, H. et al. (Orgs.). *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: Ed. Unesp, 2009. p.67-75.
- KREIN, J. D. O aprofundamento da flexibilização das relações de trabalho no Brasil nos anos 90. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- KREIN, J. D.; TEIXEIRA, M. Terceirização e relações de trabalho. *TRABALHO*, p. 109, 2016.
- KREIN, J. D.; Tendências recentes nas relações de emprego no Brasil – 1990/2005. Tese (Doutorado em Economia) – IE/UNICAMP, 2007.
- KRUGER, J. et al. (Ed.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002
- LACERDA, Alda et al. *Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. 2010. Tese de Doutorado.
- LANCMAN, S. et al. Un agent de santé communautaire: un travail où l'on s'expose. *Rev. Int. Psychopathol. Psychodynamique Travail*, v.17, p.97-124, 2007.
- LAURELL, A.C; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. *Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc*, v. 84, 1976.
- LAZZARESCHI, N. Flexibilização, desregulamentação e precarização das relações de trabalho: uma distinção necessária, *Revista Labor*, v.13, 2015.
- LEE, D.T. Violence in the health care workplace. *Hong Kong Med J*, Hong Kong, v. 12, n.1, 2006. p. 4-5. 2006.

GONZALEZ, L.; LUZ T. M. A mulher negra na sociedade brasileira (uma abordagem político-econômica). In: O lugar da mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual. Graal, 1982.

LESSA, S. O processo de produção/reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: Capacitação em Serviço Social. mod. II. CFESS, ABEPSS, CEAD, Brasília: UnB, 1999.

LOPES, et al. Cargas De Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde: Pesquisa E Assistência Na Perspectiva Convergente-Assistencial. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 27, 2019.

LOPES, M. R. et al. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. 2011

LUCKÁCS, G. Para uma ontologia do ser social II. São Paulo: Boitempo, 2013.

LUNARDELO, S. R. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto-São Paulo. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2004.

MACEDO, R. S. Etnopesquisa crítica/etnopesquisa-formação. Brasília:LiberLivro 2010.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas, v. 1, p. 103-116, 2011.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, p. S33-S45, 1997.

MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil 1970/1980. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: v.2, 1986.

MACHADO, M. H. et al. Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil: focalizando a feminização, Rede de Observatórios de Recursos Humanos, Rio de Janeiro, 2006.

MACHADO, M. H. et al. Características Gerais da Enfermagem: O perfil sociodemográfico. Enfermagem em Foco, [s.l.], v. 7, n. ESP, p. 9-14, 27 jan. 2016.

MACHADO, S. L. Polícia e violência urbana em uma cidade brasileira. Etnográfica, Marseille, v. 15, n. 1, p. 67-82, 2011

MACIEL, F.B.M et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. Ciênc. saúde coletiva, v. 25, supl. 2, p. 4185-4195, Out. 2020.

MARCELINO, P.; CAVALCANTE, S. Por uma definição de terceirização. Caderno crh, v. 25, p. 331-346, 2012.

MARTINS, H.; RAMALHO, J. R. Terceirização: diversidade e negociação no mundo do trabalho. São Paulo: Hucitec, 1994.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 1667-1676, 2013.

MARX, K. O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K; ENGELS, F. A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas. Boitempo editorial, 2015.

MARX, K. O Capital. Livro 1, vol. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004

MARX, K. Os Economistas, O Capital, Crítica da Economia Política. Vol. I. Livro Primeiro. O Processo de Produção do Capital. (Prefácios e Capítulos I a XII). Editora Nova Cultural Ltda, 1996.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MEDEIROS, A. R. S. Agente Comunitário de Saúde: processo de trabalho na mediação entre equipe e comunidade. 2020. Tese (Doutorado) - Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso. 2020

MELO, E.A et al . Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 38-51, Sept. 2018

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 29-48, 2007.

MENDES, A.; CARNUT, L. NASF, porrete e bolsonarismo. *Revista Domingueira da Saúde*, Campinas - SP, p. 1 - 6, 06 fev. 2020.

MENDES, A.; CARNUT, L. Neofascismo, Estado e a crise do capital: o Brasil de Bolsonaro e a demolição do direito à saúde. 2020A

MENDES, A.M.B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, v.25, n.5, p. 341-9, São Paulo, 1991.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 58-70, 2020.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Trabalho vivo em ato. In: PEREIRA, I. Brasil; LIMA, J.C.F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MILANEZI, J. et al. Mulheres negras na pandemia: o caso de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Informativos desigualdades raciais e Covid-19, AFRO CEBRAP, n. 5, 2020.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A. Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: Percurso e Dilemas. Cadernos de Saúde Pública (supl. 2), Rio de Janeiro, 1997.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2009. 108p.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

MOLINIER, P. Les enjeux psychiques du travail. Paris: Payot, 2006.

MORAIS, H. M. M. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, 2018.

MOROSINI, M.; CORBO, A.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. Trabalho, educação e saúde, v. 5, p. 287-310, 2007.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, v. 42, p. 11-24, 2018.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde em debate, v. 42, p. 261-274, 2018.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; BAPTISTA, T.W.F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, p. e00040220, 2020.

NOGUEIRA, M. L. et al. O processo histórico da Confederação Nacional dos agentes comunitários de saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva. 2017.

NOGUEIRA, M.L et al. 1. Boletim da Pesquisa "Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19". 2020a.

NOGUEIRA, M.L et al. 2. Boletim da Pesquisa "Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19". 2020b.

NOGUEIRA, M.L et al. 3. Boletim da Pesquisa "Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19". 2021.

NOGUEIRA, M.L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. Saude soc., São Paulo, v. 28, n. 3, p. 309-323, sept. 2019

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.A.B; RAMOS, Z.V.O. Vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. 2000.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, p. 1639-1646, 2002.

ODDONE, I. Entrevista: reflexiones sobre el modelo obrero italiano. *Salud, Trabajo y Medio Ambiente*, 5: 4-8, 2007

OLIVEIRA, A. S. Sobre o sentido do trabalho: entre Frankl e Dejours.[trabalho de conclusão de curso]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba, 2013.

OLIVEIRA, F. D. DE, SANTOS, J. G. W., SOARES, U. DA S., MELO, R. H. V. DE, MELO, M. L. DE, & MEDEIROS JUNIOR, A. A influência dos movimentos de educação permanente em saúde na prática do agente comunitário de saúde. *Rev. Ciênc. Plur*, 4(2), 6–20, 2018.

OLIVEIRA, R. V. de. Sindicalismo e terceirização no Brasil: pontos para reflexão. *Caderno CRH*, v. 28, p. 545-567, 2015.

OLIVEIRA, S.; ALVAREZ, D.; BRITO, J. A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1581-1589, 2013.

OLIVEIRA, S.S.S et al. Um olhar sobre a saúde a partir da dimensão gestonária do trabalho: contradições e ambigüidades no telemarketing. 2007. Tese de Doutorado.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 727-733, 2006.

OLIVEIRA, J. S.; NERY, A. A.. Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 1503-1512, 2019.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 11, n. 4, p. 362-37, 2008.

OLIVEIRA, R. V. Sindicalismo e terceirização no Brasil: pontos para reflexão. *Caderno CRH*, v. 28, p. 545-567, 2015.

OLIVEIRA, S.; ALVAREZ, D.; BRITO, J. A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1581-1589, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA SAÚDE -OMS. Atención Primaria de Salud. Informe conjunto Del Director General de la Organización Mundial de la Salud e Del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infância. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, Alma Ata (URSS), 6 de septiembre de 1978. Geneve: OMS, 1978.

PAPPA, S. et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, v. 88, p. 901-907, 2020.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. Tese (Livre Docência em Gestão de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. doi:10.11606/T.7.2009.tde-02072009-105425. Acesso em: 2022-01-12.

PEKELMAN, R. O agente comunitário de saúde se (trans)escreve TT - The community health workers (trans) writes about themselves. *Saúde Redes*, 2(4), 418–432. 2016

PEREIRA, L. C. D. V; FREITAS, Rosana de Carvalho Martinelli. Propostas do Banco mundial para reformas do setor saúde no Brasil em 2017. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, v. 17, p. 1-21, 2020.

PERES C.R.F.B; CALDAS JUNIOR A.; SILVA R.; MARIN M. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(4):905-911.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. *Texto para discussão*, 2013.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 411-422, 2016.

PINTO, I. C. de M. et.al. Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil. *Relatório de Pesquisa*. Projeto de cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Salvador: Universidade Federal da Bahia-Instituto de Saúde Coletiva, 2015.

POCHMANN, M. O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. *Estudos avançados*, v. 23, p. 41-52, 2009.

POCHMANN, M. Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 89–99, 2020.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis. 2013; out-dez,22(4):935-942.

RAMALHO, J. R.; SANTANA, M. A. Trabalhadores, sindicatos e a nova questão social. In: SANTANA, M. A.; RAMALHO, J. (Org.) *Além da Fábrica:trabalhadores, sindicatos e a nova questão social*. São Paulo: Boitempo, 2012, cap.1.

RAMOS MN. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: Fonseca AF, organizador. *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 27-56.

RAMOS, A. P. O quadro fiscal e o novo regime fiscal (EC 95): potenciais impactos para o desenvolvimento do Brasil. ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, v. 23, 2018.

RESENDE, M. de et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 2115-2122, 2011.

RIQUINHO, D. L., SANTOS, V. C. F. DOS, BROCH, D., RAMOS, D. T., & SILVEIRA, M. R. As redes de conhecimentos do agente comunitário de saúde TT - The knowledge network of community health agents TT - Las redes de conocimientos del agente comunitario de salud. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 12, 46-53, 2020.

RODRIGUES, C. D. S., BANDEIRA, A. G., & WITT, R. R. Competências profissionais dos agentes comunitários de saúde: uma revisitação TT - Revisiting community health workers' professional competencies. *Rev. APS*, 21(2), 206-218. 2018.

RODRIGUES, L. C. Terceirização e precarização: uma análise histórica e efeitos da lei 13.429/17. 2017.

ROMÃO, A. L. O financiamento da saúde frente ao novo regime fiscal. *Revista De Direito Sanitário*, 20(1), 86-106, 2019.

ROSSI, P.; MELLO, G.. Choque recessivo e a maior crise da história: A economia brasileira em marcha à ré. Nota do Cecon, IE/UNICAMP. Campinas, 2017.

RUCHA, S. M. C. Necessidade psicológica de produtividade-lazer: relação com bem-estar e distress psicológico. 2011. Tese de Doutorado.

SAFFIOTI, H.I.B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A.O.; BRUSCHINI, C. (Orgs.). Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p.183-215.

SAKATA K.N.; MISHIMA S.M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):665- 672

SAMUDIO, J. L. P., BRANT, L. C., MARTINS, A. C. DE F. D. C., VIEIRA, M. A., & SAMPAIO, C. A. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação TT - Community health agents in primary attention in Brazil: multiplicity of activities and fragilization of training TT - Agentes comun. *Trab. educ. saúde*, 15(3), 745-769. 2017.

SANCHES, A. T. Terceirização e terceirizados no setor bancário: relações de emprego, condições de trabalho e ação sindical. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

SANTOS, L. M. dos. Ludwig Von Mises como arma política da extrema direita brasileira; 2018; Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SCHWARTZ Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trabalho & Educação*, Minas Gerais, 7: 38-46, 2000.

SCHWARTZ, Y. *Actividad. Laboreal*, v. 1, n. Nº1, 2005.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. O homem, o mercado e a cidade. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana (II)*. Belo Horizonte: FabreFactum, 2015<sup>a</sup>.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana (II)*. Belo Horizonte: FabreFactum, 2015b.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. Trabalho e Ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana (II)*. Belo Horizonte: FabreFactum, 2015c.

SCHWARTZ, Y. De la “qualification” à la “compétence”. In: *Education Permanente*, n. 123, p. 125-138, 1995.

SCHWARTZ, Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, 49(3): 259-274, jul.-set. 2014.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. *Pro-Posições*, Campinas, v.1, n. 5 (32): 34-50, jul. 2000.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Rio de Janeiro: UFF, 2010. [CAPITULO 1 e anexo]

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. *Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19*. 2020.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 114-129, 2021.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, p. 75-83, 2002.

SILVA, C.O.; RAMMINGER, T. O trabalho como operador de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4751-4758, dec. 2014.

SIMÕES-BARBOSA, R.H. *Mulheres, reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. 2001. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2001.

SIQUEIRA NETO, J. F. Flexibilização, desregulamentação e o direito do trabalho no Brasil. In: OLIVEIRA, C. A. B. DE; MATTOSO, J. E. L. (Eds.). *Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?* Pensieri. 1. ed. São Paulo: Scritta, 1996

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1327-1338, 2016.

SOUZA, D. O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. *Physis*, v. 30, n. 3, 2020.

SOUZA, L.E.P.F. et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2783-2792, 2019.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TAN, B. Y. Q et al. Burnout and associated factors among health care workers in Singapore during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 21, n. 12, p. 1751-1758. e5, 2020.

TEIXEIRA, S. A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença no trabalho. in: *Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.*, Belo Horizonte, v.46, n.76, p.27-44, jul./dez.2007.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, p. 84-87, 2002.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, p. 521-544, 2008.

VARGAS, F. B. Trabalho, emprego, precariedade: dimensões conceituais em debate. *Caderno CRH*, v. 29, n. 77, 2016.

VIANNA, E.C. Entre poucas prescrições e subversões: o jeitinho de fazer saúde do agente comunitário de Manguinhos. / Eliane Chaves Vianna. -- 2013.

VILLAÇA, C. C. Sofrimento social no trabalho da atenção primária à saúde: a experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de pandemia por COVID-19 / Cristina Campos Villaça. -- 2021.

ZHOU P, YANG XL, WANG XG, HU B, ZHANG L, ZHANG W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* [Internet]. 2020;579(7798):270-3. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>

ZHU N, Z D, W W, Li X, Y B, S J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*.2020;382:727-33. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

WEISS, P.; MURDOCH, D. R. Clinical course and mortality risk of severe COVID-19. *The lancet*, v. 395, n. 10229, p. 1014-1015, 2020.

WISNER, A. A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia. In: *A inteligência no trabalho: textos selecionados de Ergonomia*. 1994. p. 190-190.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Constituição da Organização Mundial de Saúde. In: *Conferencia Internacional da Saúde*, New York. Recuperado em. 1948.

## APÊNDICE A - QUADRO METODOLÓGICO

| <b>Objetivo geral:</b> Compreender atividade de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e suas consequências para a saúde física e mental em contexto de desmonte da Atenção Primária à Saúde e pandemia da Covid-19, no município do Rio de Janeiro. |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Pergunta norteadora  | Objetivos específicos  | Técnica   | Fontes   |
| Quais são as características do processo de trabalho e principais desafios dos Agentes Comunitários de Saúde?  | Caracterizar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, suas normas e prescrições, em contexto de pandemia da Covid-19;   | Revisão de literatura, protocolos e manejos clínicos nacionais para enfrentamento da Covid        | Artigos e Protocolos nacionais                           |
| Como os ACS percebem a sua atividade de trabalho e as consequências dessa atividade em sua saúde física e mental?  | Conhecer a atividade de trabalho real, as mudanças relacionadas a pandemia e suas consequências para saúde;                  | Questionário Saúde e Trabalho em Atividades de Serviço – QSATS e Encontros Sobre o Trabalho – EST | Artigos Científicos<br><br>Agentes Comunitárias de Saúde |
| Quais os recursos disponíveis considerando a perspectiva das clínicas do trabalho para a realização do trabalho dos ACS?   | Identificar os recursos disponíveis para a realização do trabalho - (equipamentos de proteção, apoio institucional, equipe); | Questionário Saúde e Trabalho em Atividades de Serviço – QSATS e Encontros Sobre o Trabalho – EST | Agentes Comunitárias de Saúde                            |
| Como se dá as relações de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com os demais profissionais da ESF?   | Identificar os recursos disponíveis para a realização do trabalho - (equipamentos de proteção, apoio institucional, equipe); | Questionário Saúde e Trabalho em Atividades de Serviço – QSATS e Encontros Sobre o Trabalho – EST | Agentes Comunitárias de Saúde                            |

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - QSATS



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**A saúde das Agentes Comunitárias de Saúde em contexto de pandemia**”, realizado pela mestrandia **Manuella Thereza Cabral Pessanha** (pesquisadora responsável), sob orientação da pesquisadora **Simone Santos Oliveira**, vinculada à Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). O objetivo central dessa pesquisa consiste em compreender a atividade de trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde e suas consequências para a saúde física e mental em contexto de desmonte da Atenção Primária à Saúde e pandemia da Covid-19, no município do Rio de Janeiro.

Sua participação na pesquisa consistirá no preenchimento do **questionário online**.

Serão tomados todos os cuidados para assegurar a **confidencialidade e a privacidade das informações** obtidas. **O questionário é anônimo** e todas as informações prestadas são sigilosas e sua divulgação será de forma agregada, evitando qualquer identificação. Somente terão acesso os pesquisadores que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade e não farão uso destas informações para outros fins.

O tempo estimado para o preenchimento de todas as questões é de **30 a 40 minutos** e, ao clicar no botão ENVIAR, no final do questionário, você estará firmando seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. Vale destacar que, por se tratar de uma pesquisa em ambiente virtual, essa pode apresentar limitações devido as tecnologias utilizadas.

**Sua participação não é obrigatória**, você pode desistir de participar ou se recusar a responder determinada questão, sem lhe causar prejuízos ou danos, atuais ou futuros. Toda pesquisa tem riscos potenciais a depender de seus objetivos e da metodologia selecionada. Neste caso específico, a reflexão promovida pelo questionário pode trazer alguma emoção negativa, porém você tem a opção de desistir de participar e/ou de se negar a responder à alguma questão sensível, se assim o desejar. Caso ocorra alguma dúvida ou desconforto no preenchimento você pode entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora responsável para solicitar informações e esclarecimentos. Se necessário poderá ser encaminhado a um serviço da rede de atenção primária à saúde. Caso ocorra algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, o participante terá direito à buscar indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012.

Com relação aos benefícios à pesquisa, a sua participação contribuirá para levantamento de dados e causas que afetam a saúde do trabalhador que atua no campo da Saúde Pública, podendo favorecer futuras intervenções que visam a garantia dos direitos desses profissionais.

Após a sistematização e análise dos dados, esses serão e divulgados no formato de boletim para a comunidade e de artigos científicos a serem publicados em periódicos indexados. Todos os questionários e gravações serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e 510/2016 e com o fim deste prazo, será descartado. No caso de utilização dos dados em pesquisas futuras, será necessário um novo contato para que você forneça seu consentimento específico, além da apresentação do novo projeto ao CEP.

Caso haja alguma dúvida ou sugestão, você pode entrar em contato com **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP/FIOCRUZ)** ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMSRJ)** que aprovaram o projeto ou com a pesquisadora responsável pela pesquisa:

**CEP/ENSP/FIOCRUZ** - O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel.: (21) 2598-2863.

Email: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://cep.enasp.fiocruz.br>

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMSRJ)**

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401. Centro - RJ. CEP: 20031-040.

Telefone: 2215-1485.

E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

Manuella Pessanha: [pessanhamanuella@gmail.com](mailto:pessanhamanuella@gmail.com)

(21) 99338-4034

Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, CEP 21.040-210

Agradecemos sua participação. Clique **aqui** para imprimir esse TCLE ou arquive esse documento para ter os contatos do pesquisador e do CEP.

---

Pesquisadora Responsável



## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) II – ENCONTROS SOBRE O TRABALHO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) II

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado a participar da segunda fase da pesquisa “**A saúde das Agentes Comunitárias de Saúde em contexto de pandemia**”, realizado pela mestrandu **Manuella Thereza Cabral Pessanha** (pesquisadora responsável), sob orientação da pesquisadora **Simone Santos Oliveira**, vinculada à Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). O objetivo central dessa pesquisa consiste em compreender a atividade de trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde e suas consequências para a saúde física e mental em contexto de desmonte da Atenção Primária à Saúde e pandemia da Covid-19, no município do Rio de Janeiro.

O objetivo desta etapa é realizar Encontros virtuais de pesquisadores com as Agentes Comunitárias de Saúde, nos quais serão abordados temas sobre o trabalho em saúde durante a pandemia de Covid19. Estes temas, que se referem a dificuldades no trabalho durante a pandemia, aspectos emocionais do trabalho em saúde e possíveis ações em benefício da saúde dos trabalhadores. Estes Encontros serão realizados através de uma Plataforma virtual que permite a gravação dos áudios fornecendo um registro que irá viabilizar a análise dos dados.

Serão tomados todos os cuidados para assegurar a **confidencialidade e a privacidade das informações** obtidas. Todas as informações prestadas são sigilosas e sua divulgação será de forma agregada, evitando qualquer identificação. Somente terão acesso os pesquisadores que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade e não farão uso destas informações para outros fins.

**Sua participação não é obrigatória**, você pode desistir de participar ou se recusar a responder determinada questão, sem lhe causar prejuízos ou danos, atuais ou futuros. Toda pesquisa tem riscos potenciais a depender de seus objetivos e da metodologia selecionada. Neste caso específico, a reflexão promovida pelo grupo pode trazer alguma emoção negativa, porém você tem a opção de desistir de participar, se assim o desejar. Vale destacar que, por se tratar de uma pesquisa em ambiente virtual, essa pode apresentar limitações devido as tecnologias utilizadas. Também cabe informar que, por se tratar de um Encontro em grupo, há algumas limitações dos pesquisadores em assegurar total confidencialidade, sendo essa um potencial risco de sua violação e vazamento de dados, para minimizar esse risco, será pactuado com o grupo a segurança do sigilo no espaço que será construído coletivamente. Caso ocorra alguma dúvida ou desconforto no preenchimento você pode entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora responsável para solicitar informações e esclarecimentos. Se necessário poderá ser encaminhado a um serviço da rede de atenção primária à saúde. Caso ocorra algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, o participante terá direito à buscar indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012.

Com relação aos benefícios à pesquisa, a sua participação contribuirá para levantamento de dados e causas que afetam a saúde do trabalhador que atua no campo da Saúde Pública, podendo favorecer futuras intervenções que visam a garantia dos direitos desses profissionais.

Após a sistematização e análise dos dados, esses serão divulgados no formato de boletim para a comunidade e de artigos científicos a serem publicados em periódicos indexados. Todos os questionários e gravações serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e 510/2016 e com o fim deste prazo, será descartado. No caso de utilização dos dados em pesquisas futuras, será necessário um novo contato para que você forneça seu consentimento específico, além da apresentação do novo projeto ao CEP.

Caso haja alguma dúvida ou sugestão, você pode entrar em contato com **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP/FIOCRUZ)** ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMSRJ)** que aprovaram o projeto ou com a pesquisadora responsável pela pesquisa:

**CEP/ENSP/FIOCRUZ** - O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel.: (21) 2598-2863.

Email: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://cep.ensp.fiocruz.br>

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMSRJ)**

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401. Centro - RJ. CEP: 20031-040.

Telefone: 2215-1485.

E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

Manuella Pessanha: [pessanhamanuella@gmail.com](mailto:pessanhamanuella@gmail.com)

(21) 99338-4034

Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, CEP 21.040-210

Agradecemos sua participação. Clique **aqui** para imprimir esse TCLE ou arquive esse documento para ter os contatos do pesquisador e do CEP.



Manuella Pessanha

## APÊNDICE D – INFOGRÁFICO COM RESULTADOS DA PESQUISA



## **ANEXO A – QUESTIONÁRIO SAÚDE E TRABALHO EM ATIVIDADES DE SERVIÇO**

### **QSATS 100 - 2020**

#### **QUESTIONÁRIO SAÚDE E TRABALHO EM ATIVIDADES DE SERVIÇO**

---

Este questionário objetiva compreender as relações entre saúde e trabalho nas atividades de serviço. Está organizado em cinco partes, englobando aspectos da organização do trabalho, das condições de trabalho, da vida pessoal e da saúde. Para a análise dessas relações serão consideradas as respostas dadas por um conjunto de trabalhadores/as, de forma geral, mantendo-se todas as informações individuais sob anonimato.

Por favor, leia atentamente as questões e pergunte caso tenha alguma dúvida.

Este instrumento é protegido pela lei de direito autoral. Em observação à política de acesso aberto da Fiocruz, é autorizada sua utilização de forma não exclusiva, livre e gratuita, para fins de pesquisa, desde que conste a referência expressa às autoras e à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

#### **I. IDENTIFICAÇÃO GERAL**

1. Sexo:  F  M  Outro \_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_ Anos

3. Raça/Cor:  Amarela  Branca  Parda  
 Preta  Indígena  Sem declaração

4. Naturalidade: \_\_\_\_\_

5. Nível de escolaridade:

|                        | Completo | Incompleto | Em curso |
|------------------------|----------|------------|----------|
| Ensino Fundamental I   |          |            |          |
| Ensino Fundamental II  |          |            |          |
| Ensino Médio           |          |            |          |
| Curso Técnico de _____ |          |            |          |
| Graduação em _____     |          |            |          |
| Pós-graduação em _____ |          |            |          |

6. Ano de minha admissão na instituição/empresa: \_\_\_\_\_

7. Função ou cargo que ocupo: \_\_\_\_\_

8. Tempo de trabalho neste local: \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_ Meses

9. Outros trabalhos remunerados que realizo atualmente:  Sim  Não

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## II. MEU TRABALHO

Esta parte do questionário é dedicada à sua experiência como trabalhador(a) na função, instituição/empresa ou local pesquisado.

### REGIME E RELAÇÕES DE TRABALHO

10. Minha remuneração mensal (líquida) é:

|  |  |
|--|--|
| Até 1 salário mínimo (R\$ 1.100,00 – valor vigente em 2021)      |  |
| Mais de 1 até 2 salários mínimos (R\$ 1.100,00 até R\$ 2.200,00) |  |
| Mais de 2 até 3 salários mínimos (R\$ 2.200,00 até R\$ 3.300,00) |  |
| Mais de 3 até 5 salários mínimos (R\$3.300,00 até R\$ 5.500,00)  |  |
| Mais de 5 salários mínimos (a partir de R\$ 5.500,00)            |  |

11. Meu horário de trabalho se caracteriza por:

Horário fixo

Horários irregulares ou alternados (com variações frequentes, semanais, quinzenais ou mensais e, nem sempre previstas)

12. Minha jornada de trabalho, por semana é de:

20h  24h  30h  36h  40h  44h  Outra \_\_\_\_\_ (Descrição)

13. Minha jornada nesta instituição/empresa é ampliada com:

|                                       | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---------------------------------------|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Horas Extras                          |        |                |          |           |       |
| Plantões Remunerados                  |        |                |          |           |       |
| Atividades em casa, sem remuneração   |        |                |          |           |       |
| Outros (dupla matrícula, dobra, etc.) |        |                |          |           |       |

14. Meu tempo total de trabalho (incluindo os outros trabalhos remunerados) é de \_\_\_\_\_ horas por semana.

#### MINHAS ATIVIDADES

15. Neste trabalho, as atividades que realizo são:

---



---



---

16. As atividades que exigem maior esforço e dedicação são:

---



---

#### CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO MEU TRABALHO

##### ASPECTOS AMBIENTAIS

17. No meu trabalho estou exposto a:

|   | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Ruído muito elevado ou incômodo   |        |                |          |           |       |
| Vibrações (oscilações ou tremores no corpo)   |        |                |          |           |       |
| Radiações (material radioativo, RX)   |        |                |          |           |       |
| Calor intenso   |        |                |          |           |       |
| Frio intenso  |        |                |          |           |       |
| Variações de temperatura (ora frio, ora calor)  |        |                |          |           |       |
| Iluminação inadequada   |        |                |          |           |       |
| Agentes biológicos (contato com: vírus, bactérias, fungos ou material de origem orgânica vegetal ou animal) |        |                |          |           |       |
| Agentes químicos (colas, solvente, pigmentos, corantes, diluentes, desinfetantes, poeira e gases, etc.)     |        |                |          |           |       |
| Risco de acidentes (ex.: cair, escorregar, cortar-me)   |        |                |          |           |       |
| Outros riscos   |        |                |          |           |       |

##### RITMO E INTENSIDADE

18. As atividades que realizo exigem:

|   | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Fazer gestos repetitivos e minuciosos   |        |                |          |           |       |
| Posturas cansativas (posições difíceis, desconfortáveis)                                    |        |                |          |           |       |
| Esforços físicos intensos (manusear, transportar, puxar, empurrar, levantar cargas pesadas) |        |                |          |           |       |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Permanecer muito tempo de pé na mesma posição |  |  |  |  |  |
| Permanecer muito tempo de pé em deslocamento  |  |  |  |  |  |
| Permanecer muito tempo sentado/a              |  |  |  |  |  |
| Usar intensamente a minha voz                 |  |  |  |  |  |

19. No meu trabalho tenho que:

|   | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| Trabalhar em ritmo intenso                        |        |                |          |           |       |
| Manter-me concentrado/a por muito tempo           |        |                |          |           |       |
| Fazer várias coisas ao mesmo tempo                |        |                |          |           |       |
| Cumprir prazos rígidos e metas difíceis           |        |                |          |           |       |
| Lidar com instruções contraditórias               |        |                |          |           |       |
| Lidar com muitas situações imprevistas            |        |                |          |           |       |
| Manter um ritmo que impede a realização de pausas |        |                |          |           |       |

20. Meu trabalho exige ainda:

|   | Sim                      | Em caso <b>positivo</b> . Isso me incomoda: |          |                 |
|---|--------------------------|---|----------|-----------------|
|   |                          | Muito                                       | Um pouco | Não me incomoda |
| Atuar a partir da demanda/necessidade do público/ clientes/ usuários(a) | <input type="checkbox"/> |   |          |                 |
| Adaptar-me a mudanças de métodos ou instrumentos                        | <input type="checkbox"/> |   |          |                 |
| Lidar com um número excessivo de clientes/usuários(a)                   | <input type="checkbox"/> |   |          |                 |
| Suprimir ou encurtar uma refeição                                       | <input type="checkbox"/> |   |          |                 |
| Dormir em horários pouco usuais por causa do trabalho                   | <input type="checkbox"/> |   |          |                 |
| Estar disponível permanentemente através da internet, celular, etc.     | <input type="checkbox"/> |   |          |                 |

#### FORMAÇÃO, RECURSOS E ORGANIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO MEU TRABALHO

21. A formação específica exigida para realizar esse trabalho é do tipo:

- Cursos de curta duração
- Técnica
- Não se aplica

22. No local de trabalho, a aprendizagem das atividades específicas se deu:

|   | Sim, principalmente | Sim, parcialmente | Não |
|---|---------------------|-------------------|-----|
| Através de treinamento oferecido pela instituição/empresa |                     |                   |     |
| Observando colegas de trabalho                            |                     |                   |     |
| Por orientação de colegas de trabalho                     |                     |                   |     |
| Sozinho/a   |                     |                   |     |

23. Tenho tido oportunidade de ampliar meus conhecimentos, através de cursos/seminários/etc:

- Sim, através de recursos da instituição/empresa
- Sim, por meio de recursos próprios
- Não tenho essa oportunidade

24. No meu dia-a-dia de trabalho:

|  | Sim | Não | Não se aplica |
|--|-----|-----|---------------|
| As metas são definidas claramente  |     |     |               |
| Sou bem orientado/a quanto à forma de realizar as atividades                     |     |     |               |
| Disponho de guias, protocolos ou manuais de orientação nos quais posso me basear |     |     |               |

Disponho dos recursos técnicos (materiais, instrumentos, equipamentos) necessários 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

O número de trabalhadores/as é compatível com as tarefas a realizar 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

25. Em meu trabalho:

|  | Sim | Não | Não se aplica |
|--|-----|-----|---------------|
| Posso decidir como e quando realizar as minhas tarefas                               |     |     |               |
| Posso expressar-me à vontade   |     |     |               |
| Eu e meus colegas trocamos experiências e macetes para realizar melhor as atividades |     |     |               |

26. No meu local de trabalho há:

|  | Sim | Não | Não se aplica |
|--|-----|-----|---------------|
| Espaço adequado para a tarefa que realizo          |     |     |               |
| Mobiliário adequado (mesa, cadeiras etc.)          |     |     |               |
| Equipamentos e ferramentas adequadas               |     |     |               |
| Espaços adequados para pausas, lanches ou repousos |     |     |               |
| Vestiários e banheiros adequados                   |     |     |               |

#### RELAÇÕES INTERPESSOAIS

27. O contato com o público no meu trabalho é:

- Direto
- Indireto/virtual (telefone, internet, carta etc.)
- Ambos

28. Para mim, ter contato com o público é:

|                            | Sempre | Frequentement<br>e | Às vezes | Raramente | Nunca |
|----------------------------|--------|--------------------|----------|-----------|-------|
| Agradável / gratificante   |        |                    |          |           |       |
| Desgastante / desagradável |        |                    |          |           |       |

29. As exigências e/ou necessidades do público são:

|   | Sempre | Frequentement<br>e | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|--------|--------------------|----------|-----------|-------|
| Imprevisíveis ou difíceis de compreender  |        |                    |          |           |       |
| Justas e claras   |        |                    |          |           |       |
| Difíceis de atender por falta de recursos   |        |                    |          |           |       |
| Atendidas somente com muito esforço ou através de soluções não previstas                                |        |                    |          |           |       |
| Difíceis de atender porque a solução não depende diretamente de mim ou está além das minhas atribuições |        |                    |          |           |       |

30. Na relação com o público, é necessário:

|   | Sempre | Frequentement<br>e | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|--------|--------------------|----------|-----------|-------|
| Lidar com situações de tensão   |        |                    |          |           |       |
| Envolver-me emocionalmente  |        |                    |          |           |       |
| Lidar com suas exigências   |        |                    |          |           |       |
| Modificar ou adaptar o modo de trabalhar para atender suas necessidades |        |                    |          |           |       |
| Não demonstrar meus sentimentos   |        |                    |          |           |       |

31. Além disso, fico exposto/a a:

|                             | Sim | Não |
|-----------------------------|-----|-----|
| Agressão verbal             |     |     |
| Agressão física             |     |     |
| Assédio sexual              |     |     |
| Preconceito / discriminação |     |     |

32. Realizo minhas atividades:

|                              | Sempre | Frequentement<br>e | Às vezes | Raramente | Nunca |
|------------------------------|--------|--------------------|----------|-----------|-------|
| Em equipe                    |        |                    |          |           |       |
| Sozinho/a                    |        |                    |          |           |       |
| Com a colaboração de colegas |        |                    |          |           |       |
| Com a ajuda da chefia        |        |                    |          |           |       |

33. Meu chefe imediato é:

|            |  | Isso me incomoda: |          |                 |
|------------|--|-------------------|----------|-----------------|
|            |  | Muito             | Um pouco | Não me incomoda |
| Um homem   |  |                   |          |                 |
| Uma mulher |  |                   |          |                 |

34. Meus colegas são:

|                              |  | Isso me incomoda: |          |                 |
|------------------------------|--|-------------------|----------|-----------------|
|                              |  | Muito             | Um pouco | Não me incomoda |
| Na maioria mulheres          |  |                   |          |                 |
| Na maioria homens            |  |                   |          |                 |
| Tanto mulheres quanto homens |  |                   |          |                 |

35. Quanto às relações com colegas e chefia(s), sinto que sou vítima de:

|   | Sim |
|---|-----|
| Discriminação ligada à idade                        |     |
| Discriminação ligada à raça/etnia                   |     |
| Discriminação ligada à nacionalidade/regionalidade  |     |
| Discriminação sexual/de gênero                      |     |
| Discriminação ligada à orientação sexual            |     |
| Discriminação ligada à deficiência física ou mental |     |
| Discriminação ligada à religião/crenças             |     |
| Não sou vítima de discriminação                     |     |

#### RECONHECIMENTO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO

36. No meu cotidiano de trabalho:

|   | Sempre | Frequentement<br>e | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|--------|--------------------|----------|-----------|-------|
| Aprendo coisas novas  |        |                    |          |           |       |
| Tenho oportunidade de usar minha criatividade               |        |                    |          |           |       |
| Faço coisas que me dão prazer                               |        |                    |          |           |       |
| Minha opinião é considerada para o funcionamento do serviço |        |                    |          |           |       |

37. Na minha percepção:

|   | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|--------|----------------|----------|-----------|-------|
| O público demonstra satisfação (ou gratidão) com o que faço               |        |                |          |           |       |
| Os/as colegas demonstram que admiram o modo como desenvolvo as atividades |        |                |          |           |       |
| A chefia demonstra que reconhecem minha dedicação                         |        |                |          |           |       |
| Os/as chefes respeitam-me como pessoa                                     |        |                |          |           |       |
| A sociedade de um modo geral valoriza o que faço                          |        |                |          |           |       |
| Realizo um trabalho útil  |        |                |          |           |       |

38. As minhas condições de trabalho são satisfatórias

| Sim | Não | Não sei |
|-----|-----|---------|
|     |     |         |

39. Minha remuneração é compatível com minhas atribuições e responsabilidades

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

40. Tenho perspectiva de ascensão profissional (ou plano de carreira coerente com a profissão)
41. A cobrança de produção interfere na qualidade do meu trabalho
42. Meus conhecimentos permitiriam realizar atividades mais complexas
43. Sinto-me inseguro/a em relação ao meu emprego ou tenho medo de perdê-lo

### III. VIDA FAMILIAR, TRABALHO DOMÉSTICO E LAZER

Esta parte do questionário é um convite à reflexão sobre os momentos em que você não está na instituição/empresa

44. Atualmente me encontro:
- Solteiro/a
- Casado/a, moro com companheiro/a
- Separado/a, divorciado/a, viúvo/a
45. Além de mim, moram na minha casa \_\_\_\_\_ pessoas (número).
46. Tenho filhos e/ou enteados?
- Sim  Não
47. Em caso **positivo**, o número de filhos e/ou enteados, de acordo com a idade é:
- De 0 a 12 anos  De 13 a 18 anos  Maiores de 18 anos
48. Há pessoas que precisam de meus cuidados?
- Sim  Não
49. Em caso **positivo**, são:
- Crianças pequenas  Pessoas com necessidades especiais
- Idosos/as  Outros  (Descrição)
50. Na minha casa:
- Sou eu que mais contribuo com o rendimento familiar
- Contribuo com uma pequena parte do rendimento familiar
- Todos/as contribuem igualmente
51. Com o rendimento familiar conseguimos dar conta de todas as despesas mensais:
- Facilmente
- Razoavelmente
- Com dificuldade
52. Consigo conciliar o trabalho profissional com as atividades domésticas (cozinhar, limpar, cuidar de filhos/as ou de outras pessoas, fazer compras, etc.):
- Sim, com facilidade
- Sim, com dificuldade
- Não consigo dar conta de tudo
- Não realizo atividades domésticas
53. Tenho facilidade de me ausentar do trabalho, eventualmente, para cuidar de um familiar ou de minha própria saúde?
- Sim  Não

54. Normalmente durmo em torno de \_\_\_\_\_ horas.

55. Considero que o meu tempo de repouso e sono é suficiente:

Sempre      Frequentemente      Às vezes      Raramente      Nunca

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

56. Realizo atividades físicas:

Regularmente       Eventualmente       Nunca

57. O tempo total que dedico ao lazer (leitura, cinema, teatro, TV, encontros com amigos e familiares, esportes etc.), em média, por semana, é:

Até 5 h       De 5 a 10 h       De 10 a 20 h       Acima de 20 h

58. Mesmo quando estou **no trabalho** continuo:

a me preocupar com minha vida familiar ou pessoal

Sempre      Frequentemente      Às vezes      Raramente      Nunca

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

a realizar ou gerenciar atividades relacionadas com a vida familiar ou pessoal

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

59. Por causa do trabalho, sou obrigado a ficar longe da família por um período que interfere na minha rotina:

Frequentemente       Às vezes       Nunca

60. O trabalho afeta minha vida familiar e social de forma:

Positiva  
 Negativa  
 Às vezes positivamente, às vezes negativamente  
 Não afeta

#### IV - MINHA SAÚDE

Chegou a hora de falar sobre problemas de saúde, formas de proteção e cuidados

#### SAÚDE E TRABALHO

61. Já tive Covid-19

Sim

Não

62. Perdi algum familiar para a Covid-19

Sim

Não

63. Perdi algum colega de trabalho para a Covid-19

Sim

Não

64. Tenho com frequência este(s) sintoma(s) ou problema(s) de saúde:

- Dores de cabeça
- Dores no peito
- Dores nas costas (coluna)
- Dores no estômago
- Má digestão, vômito, diarreia
- Adormecimento/formigamento de braços e pernas
- Desânimo, fadiga geral
- Ansiedade e/ou irritabilidade

| Sim                             |   |   | Não   |
|---------------------------------|---|---|---|
| Sim e foi causado pelo trabalho | Sim e foi agravado ou acelerado pelo meu trabalho | Sim, mas não tem relação com o meu trabalho | Não tive nem tenho este sintoma ou problema |
|                                 |   |   |   |
|                                 |   |   |   |
|                                 |   |   |   |
|                                 |   |   |   |
|                                 |   |   |   |
|                                 |   |   |   |
|                                 |   |   |   |

- Problemas de visão 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas de voz 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas de audição 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas de pele (alergia, dermatose, dermatites etc.) 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas respiratórios (asma, falta de ar etc.) 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas musculares e das articulações 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas cardiovasculares ou circulatórios (pressão alta, derrame, infarto, varizes etc.) 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas digestivos (estômago, fígado, vesícula etc.) 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas no trato urinário (rim, bexiga etc.) 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas nas glândulas (diabetes, tireoide etc.) 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas nutricionais (obesidade, anorexia, anemia etc.) 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas associados ao sistema reprodutivo 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas relacionados à vida sexual 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas na mama 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas de sono (sonolência, insônia) 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas neurológicos 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas relacionados a saúde mental 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas relacionados à dependência química (alcooolismo, tabagismo, uso abusivo de drogas) 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Problemas/doenças relacionados a vírus, bactérias, fungos. 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Acidentes (ferimentos, queimaduras, quedas etc.) 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
- Outros sintomas ou problemas 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

(Descrição)

65. Tenho diagnóstico(s) de doença(s) confirmado(s)?

- Sim  Não

- Essa(s) doença(s) requer(em) o(o) seguintes(s) controle/tratamento(s) regular(es):

(Descrição)

66. Faço uso frequente de medicamentos?

- Sim  Não

- Os medicamentos utilizados são:

## ACIDENTE DE TRABALHO E PROTEÇÃO

67. Já tive um acidente ou uma doença do trabalho (reconhecido/a pela legislação)?

- Sim  Não

**Em caso positivo:**

85. Este acidente ou doença foi caracterizado da seguinte forma:

- Acidente típico (no local de trabalho)

Acidente de trajeto (no caminho de ida ou retorno do trabalho)  
 Doença profissional \_\_\_\_\_ (Descrição)

68. Foi necessário licença para tratamento de saúde?

Sim • Fiquei afastado/a por: \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ ano  
 Não

69. Fiquei com incapacidade permanente reconhecida decorrente deste acidente ou desta doença?

Sim \_\_\_\_\_ (Descrição)  
 Não

70. Foi necessária readaptação profissional?

Sim • Fiquei readaptado(a) por: \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_ Permanente  
 Não

71. Sobre os riscos de saúde e segurança do meu trabalho sou:

Bem informado \_\_\_\_\_  
 Razoavelmente informado \_\_\_\_\_  
 Pouco informado \_\_\_\_\_  
 Não se aplica \_\_\_\_\_

72. Tenho à disposição no meu local de trabalho:

|  | Sim | Não | Não se aplica |
|--|-----|-----|---------------|
| Proteção individual (luvas, protetores auditivos, máscaras, calçado de proteção, óculos)   |     |     |               |
| Proteção coletiva (silenciadores nas máquinas, painéis antirruídos, climatização adequada) |     |     |               |

73. Considero a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) eficaz (protege e não interfere na realização das atividades)

Muito     Mais ou menos     Pouco     Nada

74. Conto com o suporte de especialistas na área de saúde e trabalho:

Muito     Mais ou menos     Pouco     Nada

Esse suporte é: \_\_\_\_\_

**CUIDADOS COM A SAÚDE**

75. Quando preciso de assistência à saúde recorro ao:

Serviço público de saúde – SUS \_\_\_\_\_  
 Setor privado (eu pago atendimento particular) \_\_\_\_\_  
 Plano de saúde pago por mim \_\_\_\_\_  
 Plano de saúde subsidiado pela instituição/empresa \_\_\_\_\_

76. Para evitar que minha saúde seja afetada pelo trabalho, tomo os seguintes cuidados:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## V. REFLEXÕES FINAIS

77. Gostaria que meus filhos realizassem o mesmo trabalho que eu realizo, caso manifestem vontade:

- Sim, da mesma forma     Sim, com algumas mudanças

- Não  Não sei  
 Não se aplica

78. Terei condições de realizar este trabalho após meus 60 anos?

- Sim  Não  Não se aplica

99. Em caso **positivo**, acredito que será:  Sem dificuldade  
 Com muito esforço  
 Não sei dizer

79. Quero deixar alguns comentários sobre questões presentes no questionário e/ou aspectos que não foram contemplados:

---



---



---



---



---



---

Por favor, antes de finalizar, confira se respondeu todas as questões.

**AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!**

O QSATS 100 - 2020 foi desenvolvido por Jussara Brito (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ), Amanda Hyppolito (UFF), Letícia Masson (ENSP/FIOCRUZ), e Simone Oliveira (ENSP/FIOCRUZ), a partir do QSATS 2015 (Jussara Brito, Luciana Gomes e Simone Oliveira). Sua formulação é baseada no INSAT (Inquérito Saúde e Trabalho), instrumento criado por Marianne Lacomblez, do Centro de Psicologia da Universidade do Porto (CP-UP), Liliãna Cunha (CP-UP) e Carla Barros-Duarte, da Universidade Fernando Pessoa, como resultado de um projeto de cooperação internacional, realizado entre 2009 e 2014, com apoio da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Brasil) e da FCT (Fundação para Ciência e Tecnologia/Portugal). Trata-se de um aprimoramento do INSATS - Inquérito em Saúde e Trabalho em Atividades de Serviço (primeira adaptação do INSAT para o contexto brasileiro). Também contribuíram, em diferentes estágios de seu desenvolvimento: Ana Maria Zambroni e Filipe Guterres (versão 2009 do INSATS), Hebert de Oliveira Gomes e Éliãda Hennington (versão 2013 do INSATS).

