

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

ENTRE POUCAS PRESCRIÇÕES E SUBVERSÕES:
O JEITINHO DE FAZER SAÚDE DOS AGENTES COMUNTÁRIOS
DE MANGUINHOS

ELIANE CHAVES VIANNA

Rio de Janeiro

2013

ELIANE CHAVES VIANNA

**ENTRE POUCAS PRESCRIÇÕES E SUBVERSÕES:
O JEITINHO DE FAZER SAÚDE DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE MANGUINHOS**

Tese de doutorado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Dr^a Jussara Cruz de Brito;
Segunda orientadora: Dr^a Luciana Gomes

Rio de Janeiro

2013

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V617 Vianna, Eliane Chaves
Entre poucas prescrições e subversões: o jeitinho de
fazer saúde do agente comunitário de Manguinhos. /
Eliane Chaves Vianna. -- 2013.
258 f. : il. ; tab.

Orientador: Brito, Jussara Cruz de
Gomes, Luciana

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Saúde da
Família. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Clínica da
Atividade. 5. Ergologia. 6. psicodinâmica. I.
Título.

CDD – 22.ed. – 362.14

Dedico esta Tese a Jorge, Júlia
e João Pedro, meus grandes
amores, por impulsionarem a
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico a finalização deste trabalho a muitas pessoas, algumas infelizmente não estão mais neste plano, outras acabaram se afastando (ou eu as afastei) por força das circunstâncias, mas tiveram sua importância e contribuição no fechamento deste ciclo.

Começo pela minha família, pois sem ela tudo seria infinitamente mais difícil. Ao Jorge, meu marido, meu eterno agradecimento por ter aceitado minhas escolhas e ausências, além de me apoiar quando tudo parecia desabar. Aos meus filhos amados, Juju e J.P, muito obrigada por compreenderem a mãe “chata”, desligada e ausente, mesmo quando fisicamente estávamos tão próximos. Aos meus pais (pai, mãe, padrasto), irmã, avó, sogros, enteado, cunhados, sobrinhos, e “agregados” (pois nos tornamos uma grande família) por me socorrerem e cuidarem dos meus filhos.

Às minhas amigas sempre presentes e dedicadas (Cecília Fiorotti mesmo no plano espiritual, Celina Boga, Dona Antônia (sempre pronta a nos socorrer), Gíssia Galvão, Margareth Garcia, Maria Alice Pessanha, Mônica Bastos, Regina Helena Barbosa) por tornarem a minha vida mais prazerosa e leve.

À chefia do CSEGSF nas gestões de Else Gribel e Emília Correia por apoiarem incondicionalmente esta jornada. À Gisele, minha chefia imediata, pelo carinho e compreensão com minhas dificuldades e a todos os profissionais e amigos que torceram por esta conquista. Aos amigos que fiz no IESC/UFRJ principalmente “o povo” da Residência (ou seria Resistência?) por me proporcionarem momentos de grande parceria e cumplicidade. Aos alunos da ENSP e do IESC pelos ensinamentos em sala de aula e nas orientações.

Ao grupo PISTAS pela ajuda e pelos incentivos acadêmicos e à Luciana Gomes por bravamente acolher e socorrer o “Jeitinho”. Um especial agradecimento à minha orientadora Jussara Cruz de Brito, pessoa admirável por sua competência, candura e companheirismo. Obrigada por não ter desistido, mesmo quando eu não acreditava ser mais possível. À minha orientadora da Universidade do Porto Professora Marianne Lacomblez e à Clara Araújo segunda orientadora do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, meu reconhecimento pela ajuda e oportunidade em conhecer outras realidades de trabalho. E aos professores da ENSP e da Universidade do Porto pela

possibilidade de crescimento. Aos profissionais da Unidade de Saúde da Família Gil Eanes por compartilharam suas experiências e transformações na construção dos cuidados primários em Viana do Castelo.

Aos companheiros de turma pelos momentos acadêmicos e de descontração. Aos amigos que fiz além-mar e aos que me acompanharam nesta travessia, por me ampararem nos momentos de solidão, banzo e adaptação (Francisco Noberto, Suzi Sbroglio, Graça Moulin, Luciana Cavanellas, Deise Riquinho, Roberta Gondim, Sônia Nogueira, Joana Castelhana). Aos companheiros do Alojamento Jaime Rios de Souza por transbordarem juventude e esperança, à governanta Dona Fátima e às suas fiéis escudeiras pelo carinho e eficiência. À Alda Moreira e sua família por me acolherem tão bem em sua casa, me proporcionando um aconchego familiar na cidade do Porto. E a todos e todas ACS e profissionais da Saúde da Família de Manguinhos que aceitaram o desafio em contribuir com o “Jeitinho”.

A Estrada

(Cidade Negra)

Você não sabe
O quanto eu caminhei
Pra chegar até aqui
Percorri milhas e milhas
Antes de dormir
Eu nem cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras
De frio chorei, chorei
A vida ensina
E o tempo traz o tom

RESUMO

Esta tese tem como tema central o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) inserido na Estratégia Saúde da Família de Manguinhos. Aborda seu cotidiano de trabalho no tocante a seu jeito de fazer saúde, as construções por ele elaboradas na tentativa de lidar com as adversidades encontradas, além de discutir os possíveis agravos à saúde relacionados às suas condições de trabalho. Buscamos identificar as interferências deste trabalho na saúde e na vida deste trabalhador, considerando o ponto de vista da atividade, a partir das Clínicas do Trabalho. Esta pesquisa utilizou a combinação de diferentes instrumentos metodológicos (qualitativos e quantitativos), buscando a integração das perspectivas do fenômeno estudado, na tentativa de melhor compreendê-lo. Recorremos ao instrumento de coleta de dados denominado INSATS (Inquérito Saúde e Trabalho em Serviço), à observação participante e à entrevista em grupo, sendo os dados analisados a partir do enfoque qualitativo. Como resultado, indicamos um jeitinho ACS de fazer saúde, baseado na flexibilidade, na criatividade e, principalmente, no pertencimento e solidariedade à comunidade a que assiste e onde reside. Este pertencimento favorece o desgaste emocional, que pode vir a influenciar seu comportamento através de problemas como alteração de humor, estresse, depressão, tristeza ou ansiedade, mas, ao mesmo tempo, contribui para a construção do sentido do trabalho, possibilitando a transformação do sofrimento em prazer, constituindo-se na razão de sua permanência na profissão.

Palavras Chave: Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Trabalho em Saúde, Clínicas do Trabalho.

ABSTRACT

This thesis is focused on the work of the Community Health Agent embedded in the Manguinhos Family Health Strategy. Addresses their daily work regarding her way of doing health, constructions developed by her in an attempt to deal with the adversities found, and discuss the possible health problems related to her working conditions. We intended to identify the interference of this work in the health and life of this professional, considering the activity point of view, from the Clinics of Work. This research used a combination of different methodological tools (qualitative and quantitative), seeking to integrate the perspectives of the phenomenon studied in an attempt to better understand it. We used the instrument of data collection called INSATS (Health and Work Inquiry), participative observation and group interview, and the data were analyzed from the qualitative approach. The methodological approach chosen was qualitative research with the instrument of data collection called INSATS. The research indicated as a result a special way to deal with health, based on flexibility, creativity and, above all, solidarity and belonging in the community that attends and where she lives. This belonging encourages emotional distress, which may influence her behavior through problems like mood swings, stress, depression, sadness or anxiety, but at the same time, contributes to the construction of the meaning of work, enabling the transformation of pain into pleasure, becoming the reason for her stay in this profession.

Keywords: Community Health Worker, Family Health Strategy, Health Work, Clinics of Work.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA: ORIGEM E APOIO TEÓRICO	9
Capítulo 1. RECONSTRUINDO OS PASSOS DO TRABALHO DA ACS	9
1.1. As origens da profissão de ACS	9
1.2. De <i>Programa</i> à <i>Estratégia</i>	13
1.3. O caráter social da profissão: morador, mediador, profissional	15
1.4. A profissão de ACS	21
1.5. Uma história à parte: saúde familiar em Portugal	25
1.5.1. <u>Estrutura física</u>	35
PARTE II – ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	43
Capítulo 2. SAÚDE TRABALHO PELO PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE	43
2.1. Processo saúde-doença	43
2.2. Conceito de saúde para Georges Canguilhem	45
2.3. O ponto de vista da <i>atividade</i>	48
2.3.1. <u>Trabalho prescrito e trabalho real</u>	50
2.3.2. <u>Contribuições da psicodinâmica do trabalho</u>	51
2.3.3. <u>Contribuições da Ergologia</u>	54
2.3.4. <u>Contribuições da clínica da atividade</u>	57
Capítulo 3. “JEITINHO”: UMA INTERFACE COM AS CLÍNICAS DO TRABALHO	60
Capítulo 4. O TERRITÓRIO DE INVESTIGAÇÃO	68
4.1. Manguinhos e as USF: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) e Clínica da Família Victor Valla	68
4.2. CSEGSF	70
4.3. CFVV	75
Capítulo 5. DESCRIÇÃO DE NOSSA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA	77
5.1. Os sujeitos da pesquisa	79
5.2. A entrada em campo e os instrumentos de pesquisa	80
5.2.1. <u>Observação participante</u>	80
5.2.2. <u>O INSATS</u>	80
5.2.2.1. <i>Aplicação do INSATS-BR</i>	83

5.2.3.	<u>Entrevista em grupo</u>	84
5.3.	Considerações bioéticas	86
5.4.	Procedimentos para a análise dos dados	87
5.5.	Impressões sobre o INSATS na experiência com as ACS	89
PARTE III – RESULTADOS E DISCUSSÃO		92
Capítulo 6. AS ACS DE MANGUINHOS E SEU TRABALHO		92
6.1.	Condições e características do trabalho	93
6.1.1.	<u>Ambiente e condições físicas</u>	93
6.1.2.	<u>Fatores organizacionais e relacionais</u>	102
6.1.2.1.	<i>Ritmo de trabalho</i>	102
6.1.2.2.	<i>Autonomia e iniciativa</i>	107
6.1.2.3.	<i>Relações no trabalho</i>	108
6.1.2.4.	<i>Reconhecimento e satisfação no trabalho</i>	113
Capítulo 7. INCÔMODOS, PROBLEMAS DE SAÚDE E CUIDADOS		127
7.1.	O que mais me incomoda no meu trabalho	127
7.2.	O meu estado de saúde	132
7.3.	Proteção e cuidados	149
Capítulo 8. SÍNTESE CONCLUSIVA: O “JEITINHO” COMO ARTE E FORMA DE DEFESA		158
8.1.	O trabalho real da ACS de Manguinhos	158
8.2.	Saúde-doença e sofrimento-prazer	161
8.3.	O “jeitinho” de fazer saúde da ACS de Manguinhos	162
CONSIDERAÇÕES FINAIS		169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		173
ANEXOS		198
Anexo I		199
Anexo II		225
Anexo III		228

LISTA DE FOTOS

Foto 1	Entrada da unidade Gil Eanes.	36
Foto 2	Entrada da recepção da unidade Gil Eanes.	37
Foto 3	Recepção da unidade Gil Eanes.	37
Foto 4	Sala de espera para puérperas e crianças.	38
Foto 5	Corredor de acesso à parte interna da unidade.	38
Foto 6	Consultório.	39
Foto 7	Consultório.	39
Foto 8	Consultório infantil.	40
Foto 9	Consultório infantil.	40
Foto 10	Sala de reunião e copa.	41
Foto 11	Saída lateral da unidade.	41
Foto 12	Entrada do CSEGSF.	97
Foto 13	Sala de espera do CSEGSF.	98
Foto 14	Sala de espera do CSEGSF.	98
Foto 15	Guichê de atendimento das ACS do CSEGSF.	99
Foto 16	Entrada da CFVV.	100
Foto 17	Sala de recepção da CFVV.	100
Foto 18	Sala de recepção da CFVV.	101
Foto 19	Guichê de atendimento das ACS CFVV.	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa das Áreas Programáticas (AP) do Município do Rio de Janeiro.	69
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Trabalho de forma geral é reconhecido pelos colegas.	116
Quadro 2	Trabalho de forma geral é reconhecido pelas chefias.	116
Quadro 3	Trabalho de forma geral é reconhecido pelo público.	116
Quadro 4	Trabalho com o qual, de um modo geral, estou satisfeito.	117
Quadro 5	Que é gratificante pelo resultado atingido.	117
Quadro 6	Problemas de saúde mais assinalados.	134
Quadro 7	Envolver-me emocionalmente com o público * ansiedade.	145
Quadro 8	Envolver-me emocionalmente com o público * estresse.	145
Quadro 9	Tenho ou tinha que lidar com as exigências do público * ansiedade.	145
Quadro 10	Tenho ou tinha que lidar com as exigências do público * estresse.	145
Quadro 11	Ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo * estresse.	146
Quadro 12	Tenho os seguintes diagnósticos.	146
Quadro 13	Intercruzamento das doenças diagnosticadas.	147

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
AET – Análise Ergonômica do Trabalho
AP – Áreas de Planejamento
APS – atenção primária à saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação
CESTEH/ENSP – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
CFVV – Clínica da Família Victor Valla
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CMSM – Centro Municipal de Saúde Manguinhos
CNAM – Conservatoire National des Arts et Métiers
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONACS – Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
CPS – cuidados primários em saúde
CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
CS – Centros de Saúde
CSP – cuidados de saúde primários
DL – Decreto Lei
EMSF – equipe mínima da saúde da família
ENSP/Fiocruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz
EqSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
EVREST – Évolutions et Relations en Santé au Travail
F.SESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FAPERJ – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FENSPTEC – Fundação de Apoio Tecnológico e Científico à ENSP
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FIOTEC – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

HEMORIO – Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Sequeira Cavalcanti

INSAT – Inquérito Saúde e Trabalho

INSATS – Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviço

JCI – *Joint Commission International*

M – média

MOI – Movimento Operário Italiano

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OS – Organização Social

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PARES/ENSP – Programa de Apoio à Reforma Sanitária/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

PCC - Parque Amorim, Parque Carlos Chagas

PDT – Psicodinâmica do Trabalho

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PISTAS – Grupo de Pesquisa e Intervenção em Atividade de Trabalho, Saúde e Relações de Gênero

PJG – Parque João Goulart

PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

POC – Parque Oswaldo Cruz,

PSF – Programa de Saúde da Família

PST – Psicodinâmica do Trabalho

RA – Regiões Administrativas

RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS

SD – *standard deviation* (desvio-padrão)

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SF – Saúde da Família

SIT – Saúde, Idade e Trabalho

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS/RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUMER - *Surveillance Médicale des Risques Professionnels e*

SUS – Sistema Único de Saúde
TB – tuberculose
TEIAS – Território Integrado de Atenção à Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UdSF – Unidade de Saúde Familiar
URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPP – Unidade de Polícia Pacificadora
USF – Unidade de Saúde da Família
USP – Unidades de Saúde Pública
UTGSF – Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria
UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VT – Vila Turismo

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema desta tese advém da prática como profissional de saúde (psicóloga na rede pública) e professora do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), desde 2006, assim como da inserção, em 2008, no projeto de pesquisa *Abordagem Interdisciplinar das Novas Relações e Processos de Trabalho em Saúde: O Caso dos Agentes Comunitários de Saúde* (DAVID et al., 2009). Advém, sobretudo, de nosso vínculo com uma unidade básica de saúde que conta com o trabalho das agentes de saúde desde a década de 1980 e que passou a abrigar Equipes de Saúde da Família (EqSF) no ano 2000. Desta forma, as atividades destas trabalhadoras acabaram por perpassar nossas atividades como profissional de saúde.

No desempenho das atividades docentes nos deparamos com angústias e interrogações dos residentes com o processo de trabalho das equipes de saúde da família. Os profissionais da EqSF apresentavam dificuldades em se adaptarem à nova lógica de direcionamento da atenção básica, o que era constantemente questionado pelos Residentes. Com isto, em alguns casos, se tornava difícil a relação direta com a equipe técnica (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem), sendo em geral as agentes comunitárias de saúde (ACS) ¹ que melhor aceitavam os questionamentos dos residentes, depois de vencidas as primeiras desconfianças. Outro fato que reforçava o distanciamento da equipe técnica era a constante troca dos profissionais das equipes ou mesmo sua inexistência. Assim, os residentes acabavam por formar um vínculo mais duradouro e constante com as ACS, pois eram elas as profissionais mais constantes da equipe, que também necessitavam de suporte e alianças.

Foi através dos constantes relatos dos residentes sobre a prática e as dificuldades vivenciadas pelas ACS que nos aproximamos e acabamos por nos interessar sobre seu universo de trabalho.

¹ Vamos nos referir sempre às ACS no feminino, independentemente da regra gramatical, devido ao fato de ser um grupo composto majoritariamente de mulheres desde sua criação, embora seja crescente a inserção masculina nos últimos anos. Entretanto, esclarecemos que não nos dedicaremos a questões referentes às relações de gênero, para evitarmos o risco de sair do foco da tese.

O projeto de pesquisa acima mencionado teve início em 2007 com o objetivo da construção de uma análise interdisciplinar das relações entre trabalho e saúde, colocando a ACS como foco da investigação, tendo como agente financiador a Fundação de Amparo à Pesquisa Carlos Chagas do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) por meio do Edital Prioridade Rio 2007.

Este projeto foi concebido com base na proposta de triangulação metodológica, entendida a partir da formulação original de Denzin (1973): uma combinação de métodos e técnicas com o objetivo de ampliar a compreensão sobre determinado fenômeno ou realidade, integrando diferentes olhares, numa perspectiva colaborativa e participativa. Sendo assim, optou-se pela utilização de técnicas como oficinas temáticas, entrevistas, grupo focal e questionário.

De acordo com essa pesquisa (DAVID et al., 2009), as ACS compreendem o grupo mais expressivo de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), ultrapassando no mínimo seis vezes o número de profissionais das demais categorias em cada equipe. Contudo, este número expressivo de profissionais (exclusivos do Sistema Único de Saúde – SUS) não garantiu sua valorização dentro da ESF. Este fato pôde ser identificado nas falas recorrentes sobre a falta de reconhecimento de seus saberes e práticas, sempre abafados pelo saber hegemônico da área da saúde e o papel de “ponte” entendido apenas unilateralmente (as ACS como decodificadores do saber médico para a comunidade). Outras pesquisas ressaltam este sentimento de desvalorização e não reconhecimento citado pelos ACS como um dos grandes constrangimentos da profissão, contribuindo para elevar a carga emocional e psíquica e o sofrimento decorrentes das atividades desenvolvidas (SILVA e DAVID, 2011; SOUZA e FREITAS, 2011).

A baixa remuneração ² é referida pela maioria como grande entrave e reforça o sentimento de desvalorização em relação aos demais integrantes da equipe. O não reconhecimento desta trabalhadora pelos demais profissionais de saúde pode ser explicado por sua origem e pela falta de formação profissional específica que garanta a importância e a prática de seus saberes. A este respeito Ferreira et al. (2009) sinalizam a possibilidade de no imaginário dos profissionais mais escolarizados da equipe, a ACS ocupar o lugar de trabalhador manual, por não deter um núcleo especializado de saber. Assim,

² Podemos confirmar esta defasagem salarial através da Circular S/SUBPAV/SAP nº 10/2011. Disponível em : http://subpav.com.br/download/documentos/Circular_SAP_102011_gratificacoes.pdf

seu trabalho teria menor valor em relação ao trabalho dos demais profissionais e por este motivo algumas delas seriam capturadas pelo saber biomédico, desprezando o saber popular ³, na tentativa de buscarem legitimidade dentro e fora da equipe de saúde.

Tal questão – os saberes e práticas das ACS – despertou bastante nossa atenção e, por esse motivo, nos propomos a colocá-la em foco em nossa pesquisa de doutorado. A aproximação de abordagens que adotam o ponto de vista da atividade foi então decisiva para a análise que buscamos realizar, na medida em que sinaliza que os trabalhadores, nas situações concretas e reais de trabalho, sempre são convocados a fazer regulações (GÜÉRIN et al., 2001) a renormatizar (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010) ou a desenvolver sua inteligência prática (DEJOURS, 2008c). Nesse sentido, fizemos uma releitura dos dados encontrados na pesquisa coordenada por David et al. (2009), que foi fundamental para delinear nossa investigação ⁴.

Através dessa releitura, foi possível perceber que as ACS realizam suas atividades imersas em normas que se encontram em disputa, como aquelas referentes ao “saber biomédico x saber popular”, envolvendo dramáticas sobre a escolha dos instrumentos que devem lançar mão. Assim, são verdadeiros dilemas que indicam um debate de normas e valores que influenciam e impulsionam as decisões a serem tomadas por estes trabalhadores, tais como:

- Quem deve ser atendido pelo médico no momento do acolhimento/triagem e quem deve ser visitado prioritariamente – os limites que devem ser dados à comunidade em seus momentos de não trabalho; visto que a solidariedade e a cumplicidade muitas vezes presentes no ato de cuidar do ACS, cria dificuldades de distanciamento com o morador a ser cuidado;
- Que instrumental lançar mão e como abordar seu próprio vizinho sobre suas condições de moradia, saúde, trabalho, etc.

³ Estaremos utilizando o termo “saber popular” para designar todo conhecimento advindo do senso comum que gera e orienta às práticas sociais de um determinado grupo (MOSCOVICI, 2009). Também entendido como produção advinda dos setores populares em sua prática cotidiana, pela Educação Popular, que entende a cultura popular como elemento base para a emancipação da classe trabalhadora (BRANDÃO, 2002; FREIRE, 1987; FREIRE 1992; GADOTTI, 2000). Para Paulo Freire (1987) as classes populares detêm um saber não valorizado e excluído do conhecimento acumulado historicamente pela sociedade, por isto ser relevante à construção de uma educação a partir de tais conhecimentos (do povo e com o povo).

⁴ Esta releitura foi feita em forma de artigo, ainda não publicado, disponibilizado nos anexos desta tese.

As ACS destacaram em suas falas saídas inusitadas e criativas para estes dilemas, um tipo de inteligência prática que adquirem frente ao real e que consideram ser uma prerrogativa em relação aos demais profissionais. De acordo com Dejours (2008c), é uma inteligência do corpo, uma inteligência astuciosa que é enraizada no engajamento fundamentalmente subjetiva e corporal. Trata-se de um jeito próprio de ação deste trabalhador baseado em construções individuais e coletivas, uma inteligência advinda do exercício da atividade. O desenvolvimento dessa habilidade do ACS é o que lhe faz saber lidar com cada família, cada pessoa, saber qual a forma para se expressar e como conquistar a confiança para que possa realizar de forma eficiente seu trabalho.

Foi possível ainda perceber que muitas das dificuldades enfrentadas pelas ACS se constituem em verdadeiros impedimentos para suas ações. Assim sendo, lançam mão de sua criatividade e de seus conhecimentos advindos da prática, reformulando prescrições e orientações preconizadas na *Lei nº 11.350/2006* (BRASIL, 2006), que trata de suas atribuições. Vale ressaltar que as ACS se queixam da falta de clareza de como executar as atribuições enumeradas na *Lei nº 11.350/2006*, visto que, a execução de suas ações depende da articulação e organização do sistema de saúde como um todo, bem como das ações intersetoriais garantidas pelas esferas do governo e da sociedade organizada.

De fato, não são poucas nem amenas as dificuldades enfrentadas por esta profissional no seu dia a dia de trabalho, não cessando os infortúnios nem mesmo ao término do expediente, por residir na mesma comunidade em que atua. Assim, o seu tempo de não trabalho é permeado pelas mesmas infidelidades do meio que o seu tempo de trabalho (CANGUILHEM, 2009).

Sua mobilização subjetiva é marcada pela mistura de papéis e atribuições enquanto moradora e trabalhadora (pois como moradora conhece a dura realidade das favelas e as dificuldades enfrentadas na busca de serviços e direitos públicos e, como trabalhadora, conhece as limitações e contradições dos serviços de saúde), gerando, portanto um desgaste a mais na realização de suas atividades (JARDIM e LANCMAN, 2009).

Assim, esta tese nasceu da inquietação sobre a contradição do discurso oficial (Ministério da Saúde com sua política para a atenção primária a saúde) sobre a importância desta profissional (ACS) para efetivação do SUS e suas

reais condições de trabalho e valorização. Desta inquietação, surgiu um questionamento que impulsionou o desejo por esta investigação: Seria mesmo a ACS protagonista para as ações de saúde ou apenas uma profissional barata (no sentido econômico) e mais um a ser responsabilizado pelos insucessos dos programas e ações de saúde elaborados para a população mais carente? Esta pergunta, por sua abrangência e complexidade, não foi respondida nesta tese, no entanto, trouxe elementos que nos ajudaram a refletir sobre a melhoria das condições de trabalho e valorização da profissional ACS.

Alguns estudos sobre as condições de trabalho dos profissionais da área da saúde (BENEVIDES DE BARROS e PASSOS, 2005; DESLANDES, 2004; HENNINGTON, 2008) demonstram o pouco investimento na qualificação destes trabalhadores e na sua valorização, além, da crescente piora de suas condições de trabalho, onde seus direitos não são respeitados, juntamente com seus saberes e necessidades. Assim, incentivar pesquisas que abordem as condições de trabalho e a saúde destes profissionais parece-nos urgente, frente ao aumento das contratações nos últimos anos neste setor pela ampliação da cobertura da atenção primária. Acrescenta-se a isto o contexto de tais contratações e de seu gerenciamento, onde a flexibilização das relações de trabalho e o cumprimento de metas rígidas e às vezes meramente econômicas se distanciam da essência do trabalho em saúde, primordialmente relacional. Isto é, um trabalho onde o vínculo e a escuta são instrumentos fundamentais para uma assistência de qualidade, que se processa através de uma relação intersubjetiva, não sendo, portanto, um trabalho de mera execução de procedimentos. No caso específico da ACS, a cada nova implantação de uma equipe de saúde da família, o número de contratação é multiplicado por seis.

Historicamente a ACS simboliza o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, tendo um papel de mediadora entre o saber biomédico e o popular. Dentre suas várias atribuições estão à análise das necessidades da comunidade, atuação nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, participação nas reuniões da equipe, nas ações de saneamento básico e melhoria do ambiente (BRASIL, 2001; KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2006).

Grande tem sido o interesse de pesquisadores sobre o universo das ACS, no que se refere às atividades desenvolvidas dentro das EqSF, sendo um

ponto em comum em tais estudos a exaltação de sua função mediadora, garantida por sua dupla inserção enquanto moradora e trabalhadora do local em que atua (BONSTEIN e STOTZ, 2008; HOLANDA et al., 2009). Esta mediação se daria entre a equipe de saúde e a comunidade, visto que, formalmente, para ser ACS é necessário morar na comunidade em que irá atuar possuindo desta forma o conhecimento local e o conhecimento “técnico” repassado pelos profissionais de saúde de sua equipe. Através de tais conhecimentos seu principal desafio é o estabelecimento de uma ponte entre a população assistida e a equipe e vice e versa.

Por este fato a ACS é considerada uma profissional *sui generis* (NOGUEIRA et al., 2000), por possuir um perfil social de trabalhadora que se identifica e é identificada com a comunidade em que atua, além da inclinação para a ajuda solidária. Outra característica que confere a esta profissional diferenciação entre os demais profissionais de saúde é sua exclusiva vinculação ao SUS, não podendo ser contratada ou exercer funções fora dele, segundo a *Lei nº 11.350/2006*. No entanto, mesmo sendo uma atividade vinculada ao setor público de saúde, sua contratação não se dá por concurso público a cargo efetivo e sim por subcontratação.

Foi identificado, nos últimos anos, um crescente aumento de estudos abordando a relação entre as atribuições profissionais da ACS e as consequências sobre a sua saúde (CHIAVEGATTI, 2008; KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2006; LOPES, 2009; THEISEN, 2004). Um importante ponto levantado em tais estudos refere-se à intensa carga psíquica que a ACS está exposta, devido às suas condições de trabalho, sejam elas relacionadas ao setor saúde de forma geral, sejam as específicas vinculadas à sua situação de moradora-trabalhadora (CAMELO e ANGERAMI, 2004; JARDIM e LANCMAN, 2009; NASCIMENTO, 2009; SILVA, 2010; TELLES e PIMENTA, 2009; THEISEN, 2004; WAI, 2007). Assim, esta profissional demonstra singularidades que precisam ser cada vez mais sinalizadas e compreendidas para que melhorias e ajustes sejam feitos em suas condições de trabalho, prevenindo consequências desastrosas à sua saúde física e mental.

Diante do exposto, esta tese tem como tema central a atividade das ACS vinculadas às Unidades de Saúde da Família (USF) de Manguinhos (Rio de Janeiro). Aborda o cotidiano de trabalho das ACS no tocante ao jeito de fazer saúde, discutindo as estratégias que elaboram para dar conta do trabalho

prescrito e os possíveis agravos à saúde relacionados às suas condições de trabalho.

Nesta direção, o objetivo geral de nossa investigação foi compreender o processo de trabalho da ACS de Manguinhos (Rio de Janeiro) a partir do ponto de vista da atividade, caracterizando seu “jeito de fazer saúde” pela identificação das resistências e dos mecanismos utilizados para dar conta do trabalho real.

Quanto aos objetivos específicos, foram definidos os seguintes: identificar as características da atividade de ACS na ESF de Manguinhos; identificar no processo de trabalho da ACS de Manguinhos fatores que possam contribuir para o adoecimento ou comprometimento à sua saúde; conhecer os recursos utilizados e desenvolvidos pelas ACS de Manguinhos para o exercício de suas atividades diárias, ressaltando as respostas criativas desenvolvidas por elas para lidar com os constrangimentos e penosidades do trabalho.

A primeira parte da tese é composta pelo capítulo em que apresentamos as origens das atividades desenvolvidas pelas ACS, o surgimento da ESF e o caráter social desta profissão, vinculando o morar e o trabalhar na mesma localidade, além de uma breve comparação entre a SF de Portugal e a ESF.

A segunda parte aborda aspectos teórico-metodológicos. Assim, no segundo capítulo delimitamos nosso ponto de vista teórico, que privilegia o ponto de vista da atividade, demarcando o conceito de saúde proposto por Canguilhem, as contribuições da Psicodinâmica do Trabalho (Christophe Dejours), da Ergologia (Yves Schwartz) e da Clínica da Atividade (Yves Clot), ou seja, das Clínicas do Trabalho. Já no terceiro capítulo introduzimos um outro olhar sobre a atividade da ACS de Manguinhos a partir da categoria “jeitinho” de DaMatta e Barbosa, como auxílio a análise desta pesquisa. No quarto e no quinto capítulos traçamos nosso percurso metodológico descrevendo o território de investigação – as USF de Manguinhos (Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – CSEGSF e Clínica da Família Victor Valla – CFVV) e nossa experiência de pesquisa – os procedimentos e instrumentos adotados (Inquérito Saúde, Trabalho e Serviço – INSATS, observação participante, entrevista em grupo).

A última parte da tese foi dividida em três capítulos e dedicada aos resultados encontrados e à discussão, onde reunimos e confrontamos o conjunto de os dados com os conceitos retirados da psicodinâmica do trabalho,

da ergologia e da clínica da atividade. No sexto exploramos os resultados de dois eixos do INSATS: primeiramente a identificação do grupo participante da pesquisa e na sequência, a caracterização do trabalho e de suas condições. Já no sétimo capítulo tratamos dos resultados relativos à saúde, às dificuldades, bem como às estratégias utilizadas como proteção e defesa no dia a dia do trabalho das ACS de Manguinhos. Finalizamos esta terceira parte com o oitavo capítulo, no qual separamos alguns pontos importantes sobre as peculiaridades da profissão de ACS e seu jeito de fazer saúde que merecem ser demarcados.

Ao final apresentamos algumas considerações sobre as dificuldades vividas por estas trabalhadoras e as estratégias utilizadas para darem conta do trabalho real. Assim, fazem do jeitinho suas marcas e proteção, visto que, morar e trabalhar no mesmo local acarreta consequências a vida e a saúde, o que demonstra a articulação entre trabalho, moradia e saúde para as ACS.

Parte I – A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA: ORIGEM E APOIO TEÓRICO

Capítulo 1. RECONSTRUINDO OS PASSOS DO TRABALHO DA ACS

Percebendo o papel central que o trabalho tem nas sociedades contemporâneas e suas transformações ao longo do tempo, torna-se inevitável a discussão sobre as diferentes formas de se interpretar a precarização das relações de trabalho, particularmente no setor saúde, analisando suas consequências sociais, econômicas, políticas inclusive sobre a própria saúde do trabalhador de saúde. Ressalta-se, portanto, a importância de se pesquisar a trajetória de um profissional de saúde, dividido entre sua luta por reconhecimento enquanto categoria e às confusões inerentes a ser morador e usuário do próprio serviço no qual trabalha.

1.1. As origens da profissão de ACS

Situar a evolução dos programas de saúde que integram e legitimam a ACS favorece a contextualização desta profissional, nos localizando historicamente sobre os processos e políticas de saúde no Brasil. O surgimento do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), ocorreu a partir do chamado Movimento da Reforma Sanitária do Brasil amadurecido entre o fim da década de 1970 e início da década de 1980. Surgiu da luta contra a ditadura militar com o tema Saúde e Democracia, a partir das universidades, dos movimentos popular e sindical e das experiências regionais nos serviços de saúde, sendo consolidado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986.

Assim, em 1988 é criado o SUS (BRASIL, 2011), que teve suas bases estabelecidas pela 8ª CNS, um marco decisivo para a Reforma Sanitária, sendo fundamentado nos seguintes princípios e diretrizes:

- Universalização da Saúde: saúde como direito de todo cidadão brasileiro;

- Caráter Público: dever do Estado (Federal, Estadual, Municipal) de garantir o direito a saúde;
- Conceito Ampliado de Saúde: a saúde é uma conquista resultante de outras políticas e ações (condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde) e não apenas ausência de doença;
- A Integralidade da Atenção à Saúde: a assistência deve levar em conta a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, intervindo sobre os determinantes dos processos coletivos de adoecimentos;
- Equidade: dar igualdade de condições a todo cidadão, levando-se em conta as desigualdades e diferenças entre eles.

A história da profissão de ACS se confunde com a própria história de criação do SUS e o redirecionamento da política de saúde no Brasil na década de 1980, sob influência da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma-Ata em 1978). As primeiras experiências isoladas utilizando a categoria “agente de saúde” no Brasil datam da década de 1980 (SILVA e DALMASO, 2002; SOUZA, 2003; VIANA e DAL PAZ, 1998). No entanto, atividades semelhantes às desenvolvidas hoje já vinham sendo esboçadas desde a década de 1920 com as educadoras de saúde e na década de 1940 com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) de forma mais efetiva, através dos guardas sanitários e das visitadoras sanitárias (CANDEIAS, 1984; RIBEIRO, 1993; TEIXEIRA, 2008). Embora o reconhecimento da atividade de ACS tenha se dado pela *Lei nº 10.507*, de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002).

O SESP criado em 1942 e transformado em 1960 na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), foi responsável pelo treinamento de educadores em saúde e pelas ações no território a ser “higienizado” no Brasil (Região Amazônica), através de sua Divisão de Educação Sanitária. Ganham destaque os guardas sanitários, homens que cuidavam do fornecimento de água potável e de latrinas sanitárias, e as visitadoras sanitárias, mulheres jovens que eram treinadas para o trabalho de educação para a saúde, realizado através de visita domiciliar (TEIXEIRA, 2008). Outro ponto ressaltado por Teixeira (2008) era o fato de somente homens estarem realizando as visitas domiciliares, assim, se reforçaria a necessidade da

incorporação das visitadoras. Esta medida visava facilitar a entrada nos domicílios, que majoritariamente era caracterizado pela presença de mulheres e crianças nos horários das visitas, que realizado por homens trazia certos constrangimentos às famílias. Tal situação denota a divisão sexual do trabalho, cabendo às mulheres a educação dos hábitos civilizatórios e aos homens a construção das fossas sanitárias.

Por terem contato direto com a população local os guardas e visitadoras assumem destaque, pois eram escolhidos entre os próprios moradores, a partir de pré-requisitos como escolaridade, característica de personalidade e hábitos de higiene. No entanto, a criação como a permanência destes profissionais nos territórios ocupados pelo SESP se pautavam na carência de outros profissionais (como enfermeiros) e do próprio ambiente e não pelo valor dado as suas ações (TEIXEIRA, 2008).

Em abril de 1944, é enviado o projeto do curso de guardas sanitários e em outubro o de visitadoras, ambos pautados na alegação da falta de educação sanitária da população da Região Amazônica, na necessidade de manutenção dos aparelhos e na falta de enfermeiras. Foi desta forma que o SESP passou a incorporar as categorias dos guardas e visitadoras em seu quadro.

As visitadoras eram selecionadas na própria localidade, sendo preferencialmente mulheres “jovens entre 16 e 28 anos, solteiras ou viúvas, casadas, só com o consentimento do marido, o primeiro grau, entre outros atributos e habilidades de ordem pessoal” (TEIXEIRA, 2008; p. 971).

Essa autora, ao analisar os manuais destas duas categorias, salienta o grau de complexidade e quantidade de informação contidos no manual para guardas, que com 162 páginas era formado de tabelas, croquis, fotos e instruções, que destoavam da população a ser formada. O curso ao ser pensado teria a duração aproximada de quarenta dias, no entanto, devido à realidade específica daquela Região Amazônica e as demandas locais que exigiram mais abrangência na formação, precisou ser estendido posteriormente para seis meses.

O curso de visitadoras, diferente do de guardas, já foi concebido com a duração de seis meses, dividido entre conteúdos teóricos e práticos. Seu programa consistia em: “higiene pessoal”; “centro de saúde”; “nutrição”; “higiene escolar”; “ética”; “higiene pré-natal, infantil e pré-escolar”; “treinamento

e supervisão das práticas higiênicas das ‘curiosas’; “doenças contagiosas (práticas em técnicas isoladas)”; “saúde comunitária”; “curso de laboratório”; “primeiros socorros”; “saneamento ambiental” (TEIXEIRA, 2008). Tais conteúdos eram ministrados, segundo a mesma autora, por enfermeiras e eventualmente, ajudadas por médicos.

Cabe ressaltar que diferente da capacitação oferecida aos ACS, o curso de visitadoras fornecia às candidatas treinamento padronizado e consistente em medidas sanitárias. Por outro lado, não fazia menção ao conhecimento popular e local das mulheres. Pelo contrário, o texto de Teixeira (2008) explicita a total desvalorização de tais saberes, sendo no ato da seleção fator excludente. No entanto, o PACS e o PSF trazem em sua concepção a importância da participação comunitária e do saber popular e local, sendo função fundamental do ACS ser o elo destes saberes. E desde Alma-Ata a participação comunitária é valorizada ao se planejar e se executar ações em saúde.

A literatura indica que embora isso seja preconizado, há muita dificuldade de que seja de fato cumprido, pelos preceitos da biomedicina que muitas vezes são incorporados de forma autoritária pelos ACS, levando-os a privilegiarem os procedimentos e tecnologias em saúde ao invés do cuidado, deixando de valorizar ou mesmo respeitar os saberes e desejos da população assistida (BONSTEIN e STOTZ, 2008; FERREIRA et al., 2009; STOTZ et al. 2009). É certo também que o curso de visitadoras foi idealizado dentro de uma ótica higienista, considerando a falta de educação e a pobreza como os principais fatores de adoecimento, por isso não considerar o saber local, visto apenas como credences que atrasavam o desenvolvimento das localidades.

Torna-se claro, então, que embora haja certa distância cronológica e de proposta entre estes dois profissionais (visitadora e ACS), não podemos nos furtar a identificar certas aproximações como a predominância de mulheres no exercício destas atividades, o recrutamento entre os moradores da própria localidade, para que pudessem servir como elo entre a comunidade e o serviço de saúde e a formação apoiada nos preceitos da biomedicina. Nosso intuito com tais comparações foi o de buscar indícios presentes em nossa história da Saúde Pública que nos ajudasse a entender as origens do valor atribuído a profissão de ACS, fosse através de seus precursores, fosse através do seu próprio surgimento enquanto categoria.

1.2. De Programa à Estratégia

O PACS como proposta do Ministério da Saúde data de 1991, sendo primeiramente implantado no Nordeste, Norte e Centro-oeste. Sua formalização baseou-se na experiência do Estado do Ceará que desde 1987 desenvolvia o programa de agentes de saúde, como parte de um projeto emergencial (MOROSINI, 2009; SOUZA, 2003).

Segundo Souza (2003), o objetivo deste programa nacional era melhorar a capacidade da população mais empobrecida em cuidar da sua própria saúde, através da redução do risco por morte puerperal e do incentivo ao aleitamento materno, além do combate aos óbitos por diarreia e desidratação infantil. Para tanto precisavam de um personagem da própria localidade que servisse de elo entre o serviço de saúde e a comunidade para facilitar e a inter-relação com a população.

Como critério de seleção era exigido morar na comunidade de atuação, saber ler e escrever, ser solidário, não ter preconceito, não beber, não ter medo de sangue e ser maior de idade. A seleção geralmente recaía sobre o sexo feminino, mesmo este não sendo adotado como critério, pois se acreditava que a mulher seria mais aceita (FERREIRA FILHO, 2008).

Esta realidade pouco mudou, visto ser recorrente nos estudos consultados, identificar o sexo feminino como majoritário entre os ACS, podendo ser entendido como consequência do papel social desempenhado pela mulher (de cuidadora) (FERRAZ e AERTS, 2005; KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2006; SIMÕES BARBOSA et al., 2012). Este papel estaria vinculado à educação e a alimentação das crianças, ao cuidado dos idosos de sua família, À facilidade de acesso aos domicílios e aos diálogos mais íntimos e às vezes confessionais realizados durante as visitas domiciliares (CORREIA, 2008, FERRAZ e AERTS, 2005).

Outros autores destacam, contudo, que para grande parcela destas mulheres ser ACS significou o reconhecimento e a remuneração de atividades já desenvolvidas junto à comunidade como voluntárias, além da entrada ou do reingresso no mercado de trabalho (ANDRADE, 1998; SILVA e DALMASO, 2002).

Em 1994 o Ministério da Saúde lança o Programa Saúde da Família (PSF) com a intenção de reorganizar a rede de assistência à saúde, a partir de

uma política que efetivamente propiciasse à população a universalização do acesso à rede de atenção básica. Este programa insere o ACS numa equipe ampliada de saúde, composta por outros profissionais que não apenas o enfermeiro como no PACS, buscando assim, configurar um trabalho em equipe multiprofissional (MARTINEZ e CHAVES, 2007). A EqSF básica é formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS e uma equipe de saúde bucal para cada três equipes de SF (odontólogo, auxiliar de consultório dentário) (ANDRADE et al., 2006).

É a partir da adscrição da clientela que as equipes estabelecem contato e vínculo com as famílias assistidas, facilitando o acesso da população aos cuidados em saúde, através dos módulos da SF que funcionam como porta de entrada preferencial para a população moradora daquele território. Logo, a adscrição da clientela, pela definição territorial de abrangência é uma marcante característica deste novo modelo, que adota a estrutura de equipe multidisciplinar.

Sendo assim, a ESF surge como alternativa ao modelo hospitalocêntrico e medicalizador, pois traz para dentro da comunidade e de suas respectivas famílias a unidade de análise dos problemas e agravos de saúde e seus determinantes. Possibilitando a troca entre o saber científico (da medicina) e a realidade da comunidade a ser assistida (saber popular, história da comunidade, as instituições locais). As ações são voltadas para a prevenção em saúde e a detecção de necessidades da população, ao invés da lógica da demanda espontânea, a intersectorialidade é também foco de sua atuação com vistas à promoção da saúde (BORNSTEIN e STOTZ, 2008).

Esta implantação objetivava ultrapassar o caráter temporário de uma simples organização da atenção primária. Seria a forma de se estruturar o sistema público de saúde pelo redirecionamento das prioridades das ações, reafirmando, assim, a filosofia de atenção à saúde que consolidasse os princípios organizacionais do SUS (ANDRADE et al., 2006).

Frente a tais objetivos não caberia mais intitular tal proposta de *Programa*, que condicionaria seu entendimento a ações fechadas e universais com objetivos rígidos e produto a princípio apenas quantitativo. Trocou-se, então, para a designação de *Estratégia*, por essa abrigo características que favoreceriam a reorientação do modelo assistencial através da atenção básica, difundindo-se para os demais níveis de atenção. O termo estratégia imprimiria,

portanto, a possibilidade de aplicar meios disponíveis e de se explorar as condições favoráveis para sua execução, através da identificação das necessidades locais para a implementação das ações.

A ESF poderia ser definida, então, como um modelo de atenção primária da saúde focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária (ANDRADE et al., 2003; 2004).

A ESF pode ser entendida como uma oportunidade a partir da crise, de reacender o prestígio da atenção primária rechaçada durante décadas pelo investimento na assistência hospitalar, altamente tecnicista (AYRES, 2001). No entanto, Ayres (2001; p. 64) adverte que tal resgate pode ser revestido por vícios ideológicos fazendo da ESF:

...um rearranjo político-institucional de um mesmo sistema de saúde ainda extremamente excludente do ponto de vista social, limitado em seus impactos tecnológicos e perversos na perspectiva econômica.

Portanto, grandes desafios ainda deverão ser vencidos para sua real implantação, principalmente nos grandes centros urbanos como no caso do Município do Rio de Janeiro, com sua grande rede de hospitais, postos e centros de saúde, além de toda uma contextualização de pobreza, violência que muitas vezes impedem o funcionamento dos módulos ou o livre trânsito nas comunidades. Acrescenta-se ainda a grande rotatividade dos profissionais nas equipes, prejudicando o estabelecimento do vínculo entre morador e equipe de saúde, um dos princípios básicos da ESF.

1.3. O caráter social da profissão: morador, mediador, profissional

Após situarmos historicamente a construção da profissão de ACS, passaremos a discutir suas implicações na construção de seu *status* enquanto profissão de saúde exclusiva do SUS.

Historicamente o ACS simboliza o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, tendo um papel de mediador entre o saber biomédico e o popular. Dentre suas várias atribuições estão: a análise das necessidades da comunidade, atuação nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, participação nas reuniões da equipe, nas ações de saneamento

básico e melhoria do ambiente (BRASIL, 2001; KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2006).

Em 2006, através da *Lei nº 11.350/2006*, a profissão de ACS foi regulamentada, sendo estabelecidos critérios de seleção como: morar na comunidade onde irá atuar possuir o ensino fundamental, ter dezoito anos no mínimo e concluir com aproveitamento curso de formação inicial, além de possuir um perfil mais social do que técnico, ou seja, identidade recíproca com a comunidade e inclinação para ajuda solidária (NOGUEIRA et al., 2000).

Cabe ressaltar que a formação inicial mencionada foi considerada por vários autores (GOMES, 2009; MOROSINI et al., 2007; MOROSINI, 2009) como precária, restrita em geral à capacitação em serviço, fornecida pelo enfermeiro ou pela equipe de saúde, possuindo diversas conformações ditadas pelo município responsável pela EqSF. Sendo assim, este profissional por ser um trabalhador regulamentado recentemente e de nível de escolaridade baixo, não possui um arcabouço teórico e técnico próprio e universal, que possa ser sedimentado historicamente como os demais profissionais de saúde, sendo seu saber primordial o popular e o vivencial.

Outra questão importante que esta falta de formação específica dos ACS elucida é o tipo de contratação a que estes profissionais estão submetidos, caracterizando-se pela precarização do vínculo trabalhista (é certo que a precarização tem sido a marca das relações de trabalho no SUS, não sendo privilégio dos ACS), visto que o grau de precarização depende da qualificação profissional do trabalhador (CHERCHIGLIA, 1999; MACHADO, 2007). Nosso protagonista encontra-se na faixa mais desprestigiada deste tipo de contratação, com baixíssimos salários e contratos às vezes informais de trabalho, configurando o profissional mais desprotegido em termos de direitos dentro da Saúde da Família (NOGUEIRA et al., 2000).

A definição de profissional *sui generis* é recorrente nos estudos sobre esta categoria, por possuir um caráter social de trabalhador, que se identifica e é identificado pela comunidade em que atua, além da inclinação para a ajuda solidária (NOGUEIRA et al., 2000). Esta identificação se justifica pela exigência em sua contratação (através da *Lei nº 11.350/2006*, de 05 de outubro de 2006), de ser morador do local onde irá atuar. Assim, este pertencimento lhe confere a capacidade e a função de mediar às relações

entre o serviço de saúde e a comunidade e vice versa (KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2006).

Morosini et al. (2007) consideram o trabalho do ACS como estratégico, no que tange às ações de atenção básica, por basear-se no trabalho de mediação entre o saber adquirido na área da saúde e a população a qual é responsável, pois repassa, informa ou esclarece sobre este saber adquirido. No entanto, a população assistida também comunica um saber, adquirido pela experiência, pela cultura, e realiza um trabalho de mediação entre este saber-vivência e o saber repassado pelo ACS.

Assim, o trabalho mediador da ACS superaria o significado de elo ou ponte, muitas vezes entendido como única função desta frente à equipe. Ela dá passagem a outros profissionais e também a outros conhecimentos, Sendo seu trabalho uma ação educativa na essência, tanto para a população como para a equipe, ao transitar e decodificar a linguagem popular e a linguagem científica. Pensar a SF sem considerar o papel estratégico deste profissional é manter o modelo médico centrado, é repassar saberes sem diálogo, é buscar apenas a cura e não o cuidado.

Para Ferreira et al. (2009) tal mediação torna o ACS um ator instigante no que se refere às relações de troca estabelecidas entre os saberes popular e médico-científico, gerando uma tensão entre estes dois polos. Ou seja, entre a lógica da produção do procedimento em saúde como sinônimo de cuidado e as tecnologias relacionais ⁵ (como as necessidades dos usuários). Neste estudo os autores constataram que embora o saber do ACS seja centrado em tecnologias relacionais (MERHY, 2002) ele é capturado pelo saber científico e pela prática da biomedicina, pois a equipe se mantém pouco aberta a inovações no processo de trabalho do serviço de saúde. Assim, “seu trabalho vivo é capturado em ato” (MERHY, 2002; p. 902). Desta forma, sua função mediadora torna-se limitada, sendo no final capturado pela lógica hegemônica do conhecimento em saúde (o saber científico da biomedicina), deixando de exercer seu papel de mediador entre os dois saberes (científico e local).

⁵ Para Merhy trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, nas relações que são estabelecidas e nas subjetividades advindas de tal relação, se afirmando nas tecnologias relacionais (usuário/profissional de saúde), já trabalho morto seria relacionado aos equipamentos e saber tecnológico estruturado. Para maior aprofundamento dos termos tecnologia relacional, trabalho vivo trabalho morto consultar Merhy (2002).

Mas não seria esta captura uma das estratégias utilizadas pelo ACS para dar conta de seu trabalho junto à comunidade? Assim, discordaríamos do tom negativo atribuído a ela pelos autores anteriormente citados. Pois, ao apreenderem certos procedimentos médicos podem garantir, em casos considerados extremos por eles, a consulta médica de um morador, valendo-se da estratégia do agravamento de seus sintomas, como foi verificado em alguns estudos (BARBOSA, 2010; DAVID et al., 2009).

Nogueira et al. (2000) vão além do conceito de mediação citado até então, pois a função de “ponte” também pode ser interpretada como acesso ou sua facilitação aos direitos de cidadania de forma mais abrangente. Através da visita domiciliar realizada pela ACS, talvez seja possível identificar situações de vulnerabilidade e necessidades dos usuários, além das imaginadas pela EqSF e que em alguns casos extrapolariam os muros do setor saúde, estendendo assim sua função mediadora a outras esferas da organização social.

Estudos demonstram (MOROSINI, 2009; MOTA e DAVID, 2010; WAI, 2007) que as controvérsias não residem apenas na função de mediadora que a ACS ocupa, mas permeia também o campo de sua formação profissional (entendida como processos históricos que dizem respeito à capacitação para e no trabalho, segundo Pereira e Ramos (2006).

Pereira e Ramos (2006) ao realizarem estudo sobre a análise das qualificações desenvolvidas para os trabalhadores de nível médio e fundamental da área da saúde constataram uma predominância de cursos realizados em curto período de tempo, sendo caracterizados como meros treinamentos mecânicos e pouco reflexivos. A desvalorização da qualificação oferecida passa a ser justificada pela dificuldade de liberação dos profissionais já inseridos nos serviços, para cursos mais longos.

Em relação à formação dos ACS, este tipo de qualificação se comprova pelas pesquisas de Morosini (2009; p. 31) que a denomina de “aligeirada”, prevalecendo a “capacitação em serviço, em condições as mais variadas, a depender da disposição, disponibilidade e da preparação, principalmente, dos enfermeiros, para o ensino”. Não existe, portanto, um conteúdo universal, uma base comum de conhecimento e prática, que pudesse ser socializado entre todos os ACS, resultando numa “qualificação de nível básico da educação profissional, não regulamentada, sem pré-requisitos e que não confere habilitação”.

Mota e David (2010) sinalizam que em 2004, no entanto, foi proposto o Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, uma parceria entre os ministérios da saúde e da educação, e oferecido por algumas escolas pertencentes à Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). Rede esta destinada a formação do pessoal de nível médio que atua na área da saúde. No entanto, ressalta que esta iniciativa tomada pelo governo federal, na prática, não despertou empenho dos governos locais em incentivar a formação técnica do ACS, levando a um descaso dos Municípios em melhorar a capacitação destes profissionais.

Morosini et al. (2007; p. 267) afirmam que a não escolarização do ACS:

...denota a desvalorização da dimensão conceitual de sua qualificação, o que fortalece a desvalorização social desse trabalhador, sustenta a sua baixa remuneração e contrapõe-se à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde, de uma maneira geral.

Ferreira et al. (2009) discutem a falta de um núcleo de saber especializado do ACS, através do “mergulho” na “cotidianidade da micropolítica do processo de trabalho”, que segundo os autores, é a disputa permanente entre as tecnologias relacionais e as tecnologias duras (os procedimentos, as normatizações tecnoburocráticas do modelo biologicista de intervenção em saúde). Sendo assim, constata-se que o jogo de disputa existente na EqSF expressa os micropoderes que interpenetram as relações de trabalho, relacionados à hierarquia dos saberes, expressando a divisão social do trabalho, onde trabalhadores manuais estão subordinados aos trabalhadores intelectuais. Para os autores, no imaginário dos profissionais mais escolarizados da equipe, o ACS ocuparia o lugar deste trabalhador manual, por não deter um núcleo especializado de saber. Assim, seu trabalho teria menor valor em relação ao trabalho dos demais profissionais e por este motivo acabam capturados (os ACS) pelo saber biomédico, desprezando o saber popular, na tentativa de buscarem legitimidade dentro e fora da equipe de saúde.

Correia (2008; p. 115) afirma que “a profissionalização pretendida será insuficiente para o cumprimento de suas atribuições, caso suas ações se afastem da intenção de emancipação dos sujeitos”, precisando para isto, do desprezo de metodologias que “reforcem o lugar social do ACS no último nível

da hierarquia da divisão do trabalho em saúde”. Podendo este profissional enfim, ser capaz de identificar cenários onde os vários saberes (popular e científico) e tecnologias (subjéctiva e materiais) têm lugar e momento certos, utilizando o cuidado na direcção da desconstrução dos vários níveis de poder, seja para com ele e a equipa, seja entre ele e o usuário.

Percebemos, então, que a discussão em torno da formação do ACS passa por questões como: a padronização dos conteúdos a serem abordados nos processos de formação; as metodologias a serem empregadas; a recorrente dualidade entre as identidades institucional e comunitária (ou seja, entre os saberes popular e científico) e o próprio compromisso do governo em oferecer de forma consistente e ampla esta formação.

Logo, tais questões tornam esta discussão muito mais complexa que as já geradas para a construção de outros processos formativos na área da saúde. Isto porque estamos nos referindo a uma profissão ainda em construção dentro de um modelo hegemónico de formação onde o científico e tecnológico têm valor supremo, sendo ainda difícil a incorporação do conhecimento vivencial e relacional (matéria essencial para o trabalho do ACS) como conhecimentos legítimos e necessários na transformação da lógica assistencial.

A ACS é vista, portanto, como uma profissional genérica, de identidade comunitária, realizando tarefas que ultrapassam o campo da saúde e com perfil feminino, pelas acções de cuidado que lhe são atribuídas, visto que, no imaginário colectivo tais acções são atribuídas ao papel social que a mulher desempenha em nossa sociedade (professora, enfermeira, mãe, “cuidadora nata”).

Por possuir baixa escolaridade e pertencer a camadas mais populares, sua formação tem sido aligeirada e pouco eficaz para as acções que lhe são exigidas, pois os conteúdos apresentados da biomedicina não são relativizados com as reais necessidades encontradas nos territórios onde estes profissionais atuam, além da dificuldade de se conjugar o conhecimento científico, popular e local. Sendo assim, ocupa o lugar mais desprestigiado entre os profissionais da equipa do PSF, percebendo o menor salário e sofrendo de forma mais intensa os efeitos da precarização do sector saúde.

1.4. A profissão de ACS

A profissão de ACS é uma profissão exclusiva do SUS e foi criada através da *Lei nº 10.507*. No entanto, atividades semelhantes às desenvolvidas hoje por este profissional já vinham sendo esboçadas desde a década de 1920 pelas educadoras de saúde e nos anos de 1940 pelos guardas sanitários e pelas visitadoras sanitárias (CANDEIAS, 1984; RIBEIRO, 1993; TEIXEIRA, 2008).

Não há uma formação específica regulamentada para o exercício desta atividade, sendo exigidos apenas alguns requisitos para sua participação no processo seletivo, como morar na comunidade em que irá trabalhar, ter no mínimo 18 anos e ter completado o primeiro segmento do ensino fundamental (antiga quarta série). No entanto, após o processo seletivo é prevista uma formação básica (oferecida pela secretaria municipal de saúde). Tal formação visa o desempenho de suas atividades na ESF, associando-se seus conhecimentos como morador do local (comunidade) – essência deste trabalho e da sua existência como profissão – os conhecimentos básicos sobre o trabalho na ESF e o processo saúde e doença.

As ACS desenvolvem suas atividades de promoção, prevenção e acompanhamento das famílias na atenção primária à saúde, através da ESF, que é considerada a porta de entrada do sistema público de saúde pelo Ministério da Saúde. A ESF surge com a intenção de reorganizar a rede de assistência à saúde, a partir de uma política que efetivamente propicie à população a universalização do acesso à rede de atenção básica, através de uma equipe multiprofissional. A equipe mínima da SF (EMSF) é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS, sendo que a cada duas a três EMSF é agregada à USF uma equipe de saúde bucal (um dentista, um técnico de saúde bucal e um auxiliar de saúde bucal).

As atribuições conferidas às ACS consistem na realização de visitas domiciliares aos assistidos pela USF, que são divididos por área e micro área, cabendo a cada ACS acompanhar em torno de 150 a 200 famílias. Em tais visitas estes profissionais realizam o cadastro dos moradores e acompanham seu estado de saúde, identificando famílias e indivíduos expostos a situações de risco que merecem uma avaliação e acompanhamento pelos outros profissionais da SF.

A ACS é uma profissional que realiza suas atividades dentro do setor saúde, mas ultrapassando os muros das unidades de saúde, pois suas ações em grande parte ocorrem nas ruas de sua comunidade, seja nos domicílios ao realizar as visitas domiciliares, seja nos equipamentos sociais existentes. Assim, ultrapassa limites da esfera mais estrita do campo de atuação dos profissionais de saúde para completa execução de suas ações, visto que o Setor Saúde interage o tempo todo com outros setores da sociedade.

Desta forma, suas atividades se inserem em processos coletivos de trabalho, onde a inter-relação entre saberes, pessoas, atos e setores estão presentes. Logo, é imprescindível para uma análise mais próxima da realidade destes profissionais, considerar as especificidades deste trabalho em saúde, como as atribuições a eles conferidas. Encontramos tais atribuições descritas nas leis que regulamentam esta atividade e profissão como as de número 10.507 de julho de 2002, revogada pela de número 11.350 de outubro de 2006. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997; p.18):

O ACS desenvolverá suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades.

Suas atribuições básicas são:

- realizar mapeamento de sua área de atuação
- cadastrar e atualizar as famílias de sua área
- identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco
- realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade
- coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas
- desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças
- promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente
- incentivar a formação dos conselhos locais de saúde
- orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde
- informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades
- participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de

abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas a superação dos problemas identificados.

Como material de apoio instrucional, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, produziu sob o título *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde* um guia para as atividades a serem desenvolvidas por estes profissionais (BRASIL, 2009). Neste material são apresentados e esclarecidos os princípios e diretrizes do SUS e da atenção primária à saúde (APS), o detalhamento das ações, dos desafios e das ferramentas de trabalho das ACS como a Ficha A (para cadastramento das famílias), a Ficha B (para acompanhamento da gestação, da hipertensão arterial, da diabetes, da hanseníase, da tuberculose), a Ficha C (cartão de vacina) e a Ficha D (para o registro das atividades diárias). Sendo assim, cadastrar e acompanhar as famílias são atividades fundamentais dentro da proposta da ESF, gerando informações para compor o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e contribuindo para o planejamento das ações no território.

Desta forma, conhecer as características e as peculiaridades deste território favorece a compreensão da realidade situada de seus habitantes, fornecendo à equipe informações contextualizadas para intervenções nos agravos e na prevenção às doenças. Por morar na comunidade onde atua a ACS contribui de forma privilegiada na leitura e no repasse de tais informações.

Trata-se, portanto, de um trabalho relacional ao extremo, visto que o próprio trabalho em saúde, que pertence ao setor de serviços, está atrelado a uma relação intersubjetiva bem específica, onde o laço interpessoal é marcadamente intenso e decisivo para “a própria eficácia do ato” (NOGUEIRA, 2000). Logo, para a realização do cuidado em saúde é necessário a contribuição e participação direta de quem o solicita, ou seja, o usuário do serviço de saúde. No caso da ACS a essas características se acrescenta o fato de que o contato e envolvimento com as famílias são anteriores ao desenvolvimento de suas atividades profissionais, podendo ser carregados de afeto/desafeto, identificação, cumplicidade e solidariedade.

Cabe antes de prosseguirmos, ressaltar as peculiaridades do trabalho no setor serviço, onde o trabalho em saúde tem sua expressão máxima (a nosso ver), por se basear “fundamentalmente em trabalho afetivo e prestação de cuidado” (HARDT, 2003; p. 147). No trabalho em saúde o trabalhador é convocado a implicar-se subjetivamente com os objetos do trabalho, ou seja,

com valores e limites que perpassam à instituição, as pessoas que ali atuam, bem como o público que solicita o serviço.

Desta forma as atividades desenvolvidas no setor saúde não se dão primordialmente, por normas prescritas, protocolos e sistematização de procedimentos ou descrição das atividades, pelo contrário, não se torna possível executar este trabalho restringindo-se a manuais e legislação, pois as dimensões da subjetividade e do afeto estão presentes na execução das tarefas, acionando outros recursos imateriais como a criatividade, a solidariedade e a alteridade. Logo, apela ao extremo pelo uso de si (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010) ao levar o trabalhador a buscar saídas e renormatizações frente à dor, ao sofrimento e às impossibilidades de dar respostas satisfatórias às necessidades e expectativas do público.

Portanto, a subjetividade é uma ferramenta fundamental presente em todo o processo de produção deste trabalho que envolve a relação direta entre trabalhador e consumidor (usuário/cliente), ou seja, o intercruzamento de subjetividades. Portanto, poderíamos afirmar, a partir de Negri e Hardt (2001; 2005) que o trabalho em saúde é um trabalho imaterial, “mesmo sendo corporal e afetivo, por gerar um produto não material ou durável”, como no setor industrial, e sim imaterial, “no sentido de que seus produtos são inatingíveis”, como “um sentimento de tranquilidade, de bem estar, de satisfação de entusiasmo, de paixão - até mesmo uma sensação de união ou de integração a uma comunidade” (HARDT, 2003; p. 148). Tomando o trabalho da ACS como exemplo, esta imaterialidade se expressa de forma mais marcante nos sentimentos de pertencimento e identificação com a comunidade e o de impotência frente a não resolução dos problemas e expectativas da comunidade, verificados em pesquisas sobre o trabalho e a saúde desta profissional (SIMÕES BARBOSA et al., 2012; JARDIM, 2007).

Sendo assim, o trabalho da ACS como qualquer trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato, “isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (MERHY; FRANCO, 2008, p. 430). Configura-se, portanto, um processo de trabalho participativo e relacional, onde cliente e profissional juntos executam um ato vivo de cuidar.

1.5. Uma história à parte: saúde familiar em Portugal

Antes de prosseguirmos com nossa discussão sobre o trabalho das ACS gostaríamos de mencionar outra proposta em SF, que tivemos oportunidade de conhecer através do estágio de doutorado realizado entre os meses de setembro a março (2011/2012) na Universidade do Porto, em Portugal. Este estágio foi realizado com bolsa CAPES pelo convênio CAPES-FCT Projeto Trabalho, Gênero e Saúde: Instrumentos de Pesquisa e Formação de Trabalhadores/as a partir da Perspectiva da Atividade (Edital 042/2010). Tal experiência serviu para reforçar o entendimento da importância das ações desenvolvidas pelas ACS, justamente por sua ausência e desconhecimento de suas funções e atividades na EqSF desse país. Em Portugal os cursos de auxiliar e técnico de enfermagem foram extintos, só havendo a formação técnica superior em enfermagem (REBELO, 2002).

Constatamos pela falta, a imensa contribuição da ACS para o fortalecimento dos cuidados primários em saúde, por fornecer à equipe contextualizações importantes sobre as famílias, que o médico e o enfermeiro acabam por não visualizar em decorrência das várias atribuições e encargos presentes em sua rotina.

Portugal traz em sua história a marca da ditadura que contribuiu para agravar as desigualdades sociais nos diversos setores da sociedade. Em 1974 com o fim da ditadura o governo passa a ser pressionado pela sociedade a reduzir a enorme iniquidade na saúde de sua população. Assim, na constituição de 1976 este país integra o direito à saúde, à educação e à habitação. Na tentativa de dar conta dos problemas e necessidades de saúde foi implementado um sistema de saúde inspirado nos moldes ingleses e em 1979 inicia-se a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), concluído em 1983 (BISCAIA, 2006; PISCO, 2008).

Ao longo dos anos Portugal passou por várias transformações em seu sistema de saúde, priorizando, segundo Miguel e Sá (2010), desde antes de Alma-Ata (1979) os cuidados primários em saúde, visto que na década de 1970 já adotava uma estratégia integrada de atenção primária, através de uma rede pública de centros de saúde com médicos de família e médicos de saúde pública (MIGUEL e SÁ, 2010). Este talvez seja o ponto crucial que o diferencia

do Brasil, possuir médicos de família nos serviços antes da implantação da saúde da família, visto que no Brasil esta ainda não é uma realidade ostensiva.

Atualmente, pela política de incentivo ⁶ do Governo, os médicos em atuação são residentes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade ou médicos recém-formados que integram as equipes com incentivo de pontuação em futuros concursos de Residência Médica, ou ainda médicos de outras especialidades que não a de medicina de família, em busca de melhores salários.

Poderíamos demarcar, resumidamente, as evoluções sofridas em Portugal desde 1971 com a criação dos Centros de Saúde (CS) pelo Decreto Lei (DL) *nº 413/71* de 27 de setembro, seguido do *DL nº 254/82*, 29 de junho que reformulou os CS ao institucionalizar as primeiras administrações regionais de saúde, culminando no *DL nº 157/99*, de 10 de maio que estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos CS. Este decreto marca a reconfiguração da estrutura dos CS, através de Unidades Funcionais, com especial ênfase a Unidade de Saúde Familiar (UdSF), entendida como unidade elementar de prestação de cuidados à saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes, atendidos por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, administrativo).

A atual reforma dos cuidados primários em saúde (CPS), iniciada efetivamente em 2005, propõe profundas mudanças na organização da APS em Portugal. Segundo Biscaia (2006; p. 67), a Missão para os Cuidados de Saúde Primários definiu como dois dos seus objetivos a reconfiguração dos CS e a promoção de “formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados”. A UdSF seria a marca desta reforma, por obedecer aos seguintes princípios: pequenas equipes multiprofissionais (médicos com especialização em medicina geral e familiar, enfermeiro, administrativos e outros profissionais de saúde) e auto-organizadas que se associam voluntariamente com o objetivo de prestarem um cuidado mais próximo ao cidadão; autonomia organizativa funcional e técnica; contratualização de uma carteira básica de serviços; sistema retributivo que premie a produtividade, acessibilidade e qualidade. Estas, então, seriam as principais diferenças entre o decreto de 1999 e a atual configuração das UdSF.

⁶ Fazemos referência aos programas de incentivo dos Ministérios da Saúde e da Educação como o PROVAB, PROFAPS (*Portaria Interministerial nº 2.087/2011*, de 1º de setembro de 2011 e *Portaria Interministerial nº 3.031/2012*, de 26 de dezembro de 2012).

Foi através da publicação do *Despacho Normativo n.º 9/2006*, de 16 de fevereiro, que os termos e as condições para implementação das UdSF foram regulamentados, com vistas a oferecer uma maior acessibilidade e a reconfiguração dos CS.

Explicitando tais objetivos, Pisco (2008) nos esclarece que o modelo organizacional para criação de uma UdSF se dá de forma voluntária da base para o topo com amplo envolvimento dos profissionais de saúde em todo o processo. Isto quer dizer que, diferente do Brasil, onde as USF são criadas por determinação das prefeituras e em grande parte geridas por organizações sociais, ou seja, pela terceirização do serviço. Em Portugal são os próprios profissionais de saúde que propõe a instalação da UdSF, através do envio de um projeto ao SNS.

Assim, desde a elaboração do projeto da unidade há o trabalho em equipe, pois os proponentes têm a liberdade de escolherem com quais profissionais desejam compartilhar tais desafios. Isto se torna possível por grande parte dos profissionais pertencerem aos quadros estatais, assim, são convidados a montarem uma equipe e compartilharem todo o processo de construção de trabalho, onde metas são acordadas frente às necessidades e objetivos previamente estabelecidos por eles dentro do protocolo ditado pelo edital de criação da UdSF. Há também a contratação de profissionais terceirizados, feita pelo gestor da própria UdSF (um médico de família, servidor público), como enfermeiros e secretários clínicos que na SF passam a ter maior estabilidade, pois os contratos são sem prazo prefixado, diferentemente dos centros de saúde tradicionais, que em média é de seis meses com possibilidade de renovação.

Cabe esclarecer que pela antiga lógica dos CS cada médico de família possuía uma cartela constituída por uma lista de utentes/pacientes aos quais era responsável, cabendo a ele o acompanhamento das famílias independente de sua localização geográfica. Assim, ao mudar de unidade de saúde continuava responsável pelos pacientes que acompanhava, a não ser que o próprio paciente desejasse a troca deste profissional. Esta lógica permaneceu na criação da SF, ficando os utentes vinculados ao médico e não propriamente à UdSF mais próxima de sua casa.

Os enfermeiros, no entanto, seguiam a lógica dos programas de saúde, não possuindo uma fidelidade aos pacientes. Com a criação da SF, os

enfermeiros passaram a se orientar pela lista de utentes do médico de família a que estavam vinculados.

Outro profissional que fazia parte dos CS tradicionais e também teve a possibilidade de migrar para a SF por opção e convite foi o secretário clínico. Profissional sem formação específica, responsável por fazer a intermediação administrativa entre a unidade de saúde e o utente, desenvolvendo as funções de agendamento e cancelamento de consultas, recepção do usuário na unidade, dentre outras funções burocráticas. Cada secretário clínico ficava vinculado a dois médicos, sendo, portanto, responsável por gerenciar a lista de utentes destes profissionais.

Na SF o secretário clínico se desvincula dos médicos, passando a exercer suas atividades na recepção da UdSF a qualquer utente que solicite atendimento em seu horário de trabalho, não ficando mais ligado a listas fixas de usuários. No entanto, ao comporem as equipes os médicos acabaram por convidar secretários clínicos que os assistiam diretamente nos CS tradicionais.

Para a implementação das UdSF os profissionais se auto-organizavam em equipes a partir de uma população entre 4 mil e 18 mil utentes, direcionados pelas listas dos médicos (composta por 1.300 a 1.550 pacientes). Cada médico leva para a recém-criada unidade todos os utentes que compõem sua lista de assistidos, desde que desejem acompanhar o médico em seu novo local de trabalho. As UdSF, portanto, são formadas pelas listas de três a dez médicos de família. Em relação aos demais profissionais (enfermeiros e de profissionais administrativos) há uma flexibilidade do número a ser convidado ou contratado. (ROCHA e SÁ, 2011; PISCO, 2008).

Os cuidados de saúde primários (CSP), a partir do *DL nº 28/2008*, de 22 de fevereiro, especificaram três importantes preocupações:

- a) Reforçar e incrementar os valores próprios dos CSP (proximidade, acessibilidade, equidade na prestação de cuidados de saúde);
- b) Reorganizar os serviços de CSP, criando unidades funcionais, com autonomia técnica e organizativa forma por equipes multiprofissionais, onde estes profissionais são corresponsabilizados pela qualidade do serviço prestado quanto pelos resultados alcançados;
- c) Atribuir às instituições a autonomia de gestão que necessitam.

Uma das principais inovações deste DL foi a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Os ACES são serviços públicos de saúde com

autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que se agrupam em um ou mais centros de saúde. São critérios para formação dos ACES: a fixação do número de residentes por área geográfica, que não deve ser inferior a 50 mil ou superior a 200 mil; a delimitação da área geográfica, fixada por portaria, sendo estabelecido o número máximo de 74 ACES.

Os ACES têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários a população de determinada área geográfica. Dentre as unidades funcionais que compõem os ACES estão as UdSF, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), bem como outras unidades que se tornem necessárias segundo as Administrações Regionais de Saúde. Em cada CS componente de um ACES funciona pelo menos uma UdSF ou UCSP e uma UCC ou várias destas. No entanto, cada ACES só poderá comportar uma USP e uma URAP.

Pelo DL nº 28/2008 deve existir, pelo menos, uma UCC por CS levando-se em conta seu campo de intervenção, a articulação com as instituições comunitárias existentes e o espírito da reforma dos CSP, ou seja, o trabalho em pequenas equipas de saúde. A equipa multiprofissional da UCC deverá ser constituída por profissionais com horário integral das seguintes categorias profissionais: enfermagem, serviço social, fisioterapia e, se possível, profissionais de apoio administrativo.

Segundo Branco e Ramos (2001) as UdSF e as UCC combinam duas abordagens complementares, sendo que a primeira privilegia a liberdade de escolha do médico de família, o que pode gerar uma grande dispersão geográfica, a segunda trabalha intervindo direta e continuamente sobre uma determinada área geográfica, podendo identificar pessoas, famílias ou grupos em situação de maior vulnerabilidade. Para estes autores as UCC seriam os “braços proativos do centro de saúde junto a comunidade” (Branco e Ramos, 2001; p. 9).

Consideramos estas duas unidades (UdSF e UCC) as mais próximas da forma de funcionamento da SF desenvolvida no Brasil. Arriscaríamos a dizer que as propostas de tais unidades estariam contempladas na estrutura e nas atividades desenvolvidas na ESF. Tal suposição se baseia na configuração de nossas equipas que possuem a ACS como profissional responsável por

mapear as áreas de cobertura, identificando os casos mais graves, da existência, embora ainda em processo de estruturação, do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que dá suporte técnico às equipes em áreas mais específicas como a psicossocial, ginecológica, cardiológica dentre outras, além da adoção da lógica da regionalização da população assistida (delimitada a um território, não havendo a livre escolha do usuário em relação a sua equipe de saúde ou a seu médico de família).

Para melhor ilustrarmos o funcionamento de uma UdSF em Portugal tomaremos como exemplo nossa vivência em uma destas unidades no Norte deste país.

Tivemos como proposta de atividade do programa de estágio de doutorado sanduiche a observação da rotina de funcionamento das EqSF. A UdSF escolhida foi a Gil Eanes, localizada na cidade de Viana do Castelo, composta por oito equipes (ou seja, oito listas de utentes). Estas observações ocorreram nos meses de outubro e novembro de 2011, nos possibilitando a oportunidade de conhecer e acompanhar o trabalho dos profissionais da UdSF e a construção de um trabalho em equipe.

Esta unidade foi criada em maio de 2011 e na época de nossa visita era composta por oito médicos de família (sendo que um estava em processo de aposentadoria, sendo sua lista redistribuída entre os médicos da unidade), quatro internos de medicina geral e familiar, oito enfermeiros, seis secretários clínicos, um assistente operacional (profissional responsável pela limpeza dos ambientes ambulatoriais e das salas de procedimentos), sendo a população assistida estimada em 13.500 utentes.

As observações foram realizadas dentro da unidade (consulta médica, sala de espera, sala de reunião, sala de convívio dos profissionais) e fora da mesma nas visitas domiciliares (seis visitas ao todo). Durante as observações foi possível dialogar com os profissionais com o objetivo de esclarecer procedimentos e protocolos diferentes dos realizados no Brasil. Tivemos também um momento de conversa com o diretor da UdSF, que nos contou a história de formação daquela unidade e o estágio na qual se encontrava, além do acompanhamento constante da enfermeira responsável pela equipe de enfermagem, que nos orientou e esclareceu sobre a política de saúde adotada em Portugal, nos fornecendo documentos e informações valiosos para nossa compreensão sobre a estrutura da SF.

Pudemos constatar, através das observações e das conversas, importantes diferenças entre as propostas de Portugal e do Brasil tais como: composição da equipe, organização e funcionamento das equipes e da unidade, atividades desenvolvidas pelos profissionais, gerenciamento e financiamento da unidade, satisfação e sobrecarga dos profissionais, estrutura física da unidade.

As equipes em Portugal são compostas por enfermeiros e médicos no tocante ao trabalho clínico de acompanhamento do utente/ usuário e das secretárias clínicas para as funções administrativas. Não há a inclusão da equipe de saúde bucal as UdSF, realidade considerada pelos profissionais da SF prejudicial para o avanço dos cuidados primários em Portugal.

Cabe ao enfermeiro às visitas domiciliares mais frequentes, que se referem a curativos, acompanhamento de feridas ou orientação à família, sendo o profissional que na maior parte das vezes avalia a necessidade da visita do médico. Logo, tanto no Brasil como em Portugal as visitas do médico são menos frequentes que as do enfermeiro. No entanto, um ponto nos parece fundamental e justificaria esta não constância da visita médica em Portugal – o longo tempo de acompanhamento das famílias pelo mesmo médico, o que cria um vínculo e um conhecimento abrangente sobre a rotina, conduta e dificuldades das pessoas assistidas. Este fato fornece ao médico condições de avaliar pela história pregressa de seus utentes a necessidade ou não de um acompanhamento presencial em domicílio, que associado ao relato dos enfermeiros possibilita uma avaliação mais completa.

Esta realidade é totalmente diferente da vivenciada nas EqSF no Brasil, onde o laço entre médico e paciente é constantemente rompido pela grande rotatividade de profissionais nas equipes, principalmente do médico. Assim, no Brasil o vínculo é primeiro estabelecido com a ACS e depois com o enfermeiro, profissionais com presença mais constante na comunidade, que identificam as necessidades e vulnerabilidades do território e das famílias.

Além dos médicos e enfermeiros que são os profissionais responsáveis na equipe observamos a presença de acadêmicos de medicina e de enfermagem e residentes de medicina geral e de família nas equipes.

As visitas domiciliares são feitas sempre em dupla (médico e enfermeira, enfermeiro e estudantes, enfermeiro e enfermeiro) com auxílio de um carro que é compartilhado entre as UdSF, onde uma unidade fica com o veículo pela

manhã e a outra pela parte da tarde. As distâncias percorridas pelos profissionais variam imensamente devido à lista de utentes de cada médico, não ficando as residências ao redor na unidade como na ESF ⁷.

Outro ponto importante diz respeito à forma pela qual as equipes são formadas, através de convite feito por um membro da equipe, geralmente o médico proponente do projeto e a enfermeira responsável pela equipe de enfermagem, que conhecem o trabalho e o envolvimento dos profissionais a serem convidados. Segundo relato de uma enfermeira esta forma de composição das equipes facilita o trabalho e a interação profissional, pois só se convida a fazer parte da equipe pessoas que compartilham os ideais da saúde comunitária e da atenção primária, evitando desta forma surpresas desagradáveis. Acrescentou ainda que ao se trabalhar com quem se gosta e em quem se confia o trabalho se torna menos pesado.

O diretor da unidade nos esclareceu que pela atual proposta, o médico deve ser o proponente do projeto que será enviado para a Administração Regional de Saúde (ARS) para avaliação. Com o projeto sendo aprovado, caberá a seu proponente escolher sua equipe de trabalho: “se trabalha com quem se conhece e gosta”. Após implantação das UdSF estas passam por avaliações trimestrais educativas (não punitivas) até completarem um ano de exercício. Após este período as avaliações terão caráter mais rigoroso, onde será verificada a permanência ou não da unidade, dependendo dos indicadores alcançados.

Embora a proposta seja de regionalização do atendimento, os médicos trazem para a unidade seus antigos utentes, independente da área de cobertura, pois ao longo de sua atuação clínica acaba por acumular utentes das mais diversas localidades. Vale ressaltar que não é recente a atuação do médico de família em Portugal, não sendo uma prática vinculada à atual proposta de SF. Logo, é compreensível o utente poder seguir o médico, visto que em muitos casos este vínculo ultrapassa trinta anos de cuidado a família.

No entanto, devido a esta lógica o trabalho das enfermeiras torna-se mais complexo, pois estão ligadas ao médico e sua lista de utentes e não à uma delimitação territorial. Em consequência da vinculação à lista de utentes, os enfermeiros são levados a percorrerem grandes distâncias para realizarem

⁷ Utilizaremos a sigla ESF (Estratégia Saúde da Família) para delimitar experiência brasileira, diferenciando assim, da UdSF (Unidade de Saúde Familiar) adotado por Portugal.

as visitas domiciliares, acarretando um número reduzido de visitas por dia e um longo tempo despedido com o trajeto, o que leva a prejuízo em suas atividades na unidade.

Esta configuração permaneceria até os primeiros meses de 2012, prazo estabelecido para reconfiguração das equipes e do trabalho, a partir de então, os enfermeiros teriam suas atividades vinculadas a um território definido, passando a pertencer à equipe de mais de um médico, se o território compreendesse utentes de mais de uma lista.

Ao se contabilizar o número de utentes por médico leva-se em conta alguns fatores que recebem ponderações como o número de crianças de 0 a 6 anos que é multiplicado pelo fator 1,5, o número de adultos entre 65 e 74 anos que é multiplicado pelo fator 2,0, número de adultos com 75 anos ou mais que é multiplicado pelo fator 2,5. A lista de utentes inscritos por cada médico tem uma dimensão mínima de 1.917 unidades ponderadas, que correspondem, em média, a 1.550 utentes de uma lista padrão nacional.

Por partilharem os mesmos ideais e objetivos em relação aos cuidados primários as negociações e construções coletivas na unidade se fazem de forma mais intensa e participativa. Outra grande diferença percebida em relação ESF é que as metas são propostas e elaboradas antes da criação da unidade, ficando bem delimitados desde o início, as atividades e os procedimentos que deverão ser executados e o papel de cada um para que o conjunto das ações seja realizado de forma satisfatória. Logo, reconhecem a necessidade de em alguns momentos terem que dispor de horas extras para auxiliarem algum colega com dificuldades no cumprimento de suas metas e obrigações. No entanto, ao explicitarem a possibilidade de ter que cobrir um integrante da equipe, expressaram a satisfação e o prazer que sentem em contribuírem com a equipe, pois os vínculos e laços entre os profissionais não se encerram no trabalho ou na unidade. Demonstraram, portanto, haver uma intensa cooperação entre os profissionais das equipes o que segundo eles fortalece o sentimento de pertencimento ao local de trabalho e ameniza as dificuldades encontradas no dia a dia. Outro ponto ressaltado pelos profissionais que favorece a satisfação no trabalho foi a autonomia das equipes técnicas em organizarem seus horários, pois podem escolher como distribuir as 35 horas a serem trabalhadas dentro do horário de funcionamento da unidade, o que favorece a vida fora do trabalho.

Em relação às atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde nas equipes verificamos que algumas atividades e atribuições conferidas ao enfermeiro da ESF não são realizadas ou permitidas na SF em Portugal, como por exemplo, o acompanhamento da saúde mulher, seja na realização do exame de Papanicolau, seja no acompanhamento de gestantes sem a presença do médico. Estes procedimentos e consultas estariam restritos ao profissional médico. Outra diferença observada foi a não realização de grupos educativos nas UdSF, sendo realizados em outros espaços como nas UCC.

O modelo organizacional é baseado na autonomia, onde o grupo de profissionais coordenado por um médico de família experiente (proponente do projeto) e engajado nos princípios dos cuidados primários, organiza e propõe de forma colegiada as ações e metas a serem atingidas, dentro do rol das especificadas pelo governo. Tanto o gerenciamento organizacional como o financeiro são feitos pelos profissionais responsáveis (médico coordenador e enfermeira chefe) pela unidade, o que agiliza o funcionamento unidade.

A unidade conta com sistema de informatização presente em todo o processo atendimento ao utente, seja na recepção da unidade ao ser recebida pela secretária clínica até a realização das consultas, com prontuário eletrônico e sistema de informação interligado entre a atenção primária e a especializada, feito através do Programa ALERT (o *software* ALERT®) disseminado em todo país. Este programa operacional, também é utilizado no Brasil por algumas unidades de saúde, como o CSEGSF e a CFVV (campo de nossa investigação).

Este ponto em comum com o Brasil nos interessou bastante, pois tínhamos conhecimento das constantes queixas dos profissionais da ESF sobre este programa, que possuía pouca flexibilidade e grande limitação para as necessidades da atenção básica, visto que foi pensado originalmente para hospital.

Os profissionais da unidade Gil Eanes comentaram que tiveram grande dificuldade e até alguma resistência na utilização desta ferramenta, que passou por várias adaptações até chegar ao formato atual, por não possibilitar a inserção de dados e registrados fundamentais dos cuidados primários. No entanto, este era o sistema utilizado pelos hospitais e as UdSF por estarem vinculadas diretamente a um hospital de referência, precisava possuir o mesmo sistema operacional para que os médicos pudessem acompanhar a evolução

de seus encaminhamentos ao serviço especializado. Desta forma se justificava a troca de sistema e a adaptação do ALERT às necessidades da atenção primária em saúde, o que gerou um empenho e uma dedicação a mais de seus profissionais, constantemente interrogados sobre as modificações a serem adotadas.

No Brasil, no entanto, não há integração entre a atenção básica e os serviços especializados para se justificar a compra de uma tecnologia ou sua adaptação (através de constante avaliação e sugestão dos profissionais de saúde), visto que sua utilização está restrita a poucos serviços.

A estrutura física da unidade foi um dos pontos fortes de nossa avaliação, por apresentar instalações modernas, com boa luminosidade e pensada para o conforto e a melhor mobilidade dos trabalhadores e dos utentes.

1.5.1. Estrutura física

- Consultórios individuais para os médicos, com identificação nominal na porta;
- Consultórios dos enfermeiros compartilhados por dois profissionais, distribuídos por turnos (manhã e tarde, com) identificação nominal nas portas;
- Todos os consultórios possuem computador e impressora;
- Os consultórios médicos são equipados com mesa de exame, pia, luminária direcionadora;
- Sala de curativos localizada logo após a recepção, para os utentes transitarem menos nas instalações da unidade;
- Os consultórios das crianças e das puérperas ficam na ala oposta a sala dos curativos e dos demais consultórios para diminuir o contato com os demais utentes e possíveis contaminações;
- 2 salas de espera, uma destinada aos adultos e a outra destinada às puérperas e às crianças, com acessos aos consultórios também distintos;
- Sala de reuniões com uma divisão móvel que liga a copa;
- Vestiários feminino e masculino com banheiro e armários individuais;

- Saídas para a rua independente da recepção, utilizadas apenas pelos funcionários;
- Banheiros entre as duas salas de espera.

Foto 1 Entrada da unidade Gil Eanes.



Arquivo pessoal: Eliane Chaves Vianna.

Foto 2 Entrada da recepção da unidade Gil Eanes.



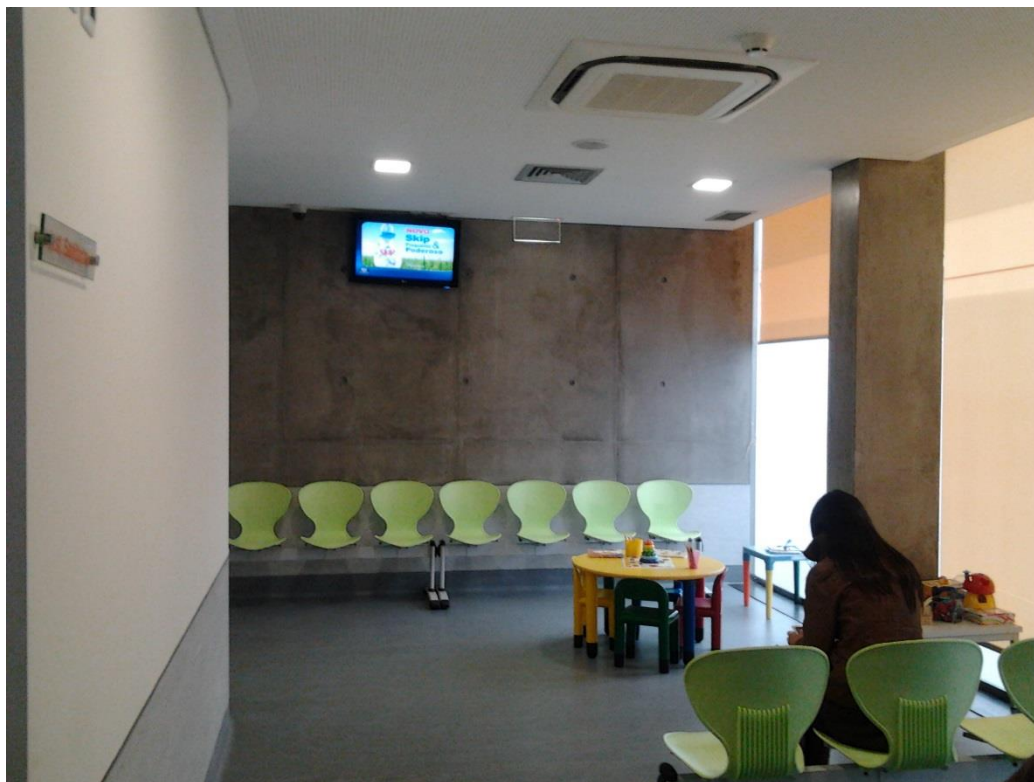
Arquivo pessoal: Eliane Chaves Vianna.

Foto 3 Recepção da unidade Gil Eanes.



Arquivo pessoal: Eliane Chaves Vianna.

Foto 4 Sala de espera para puérperas e crianças.



Arquivo pessoal: Eliane Chaves Vianna.

Foto 5 Corredor de acesso à parte interna da unidade.



Arquivo pessoal: Eliane Chaves Vianna.

Foto 6 Consultório.



Arquivo pessoal: Eliane Chaves Vianna.

Foto 7 Consultório.



Arquivo pessoal: Eliane Chaves Vianna.

Foto 8 Consultório infantil.



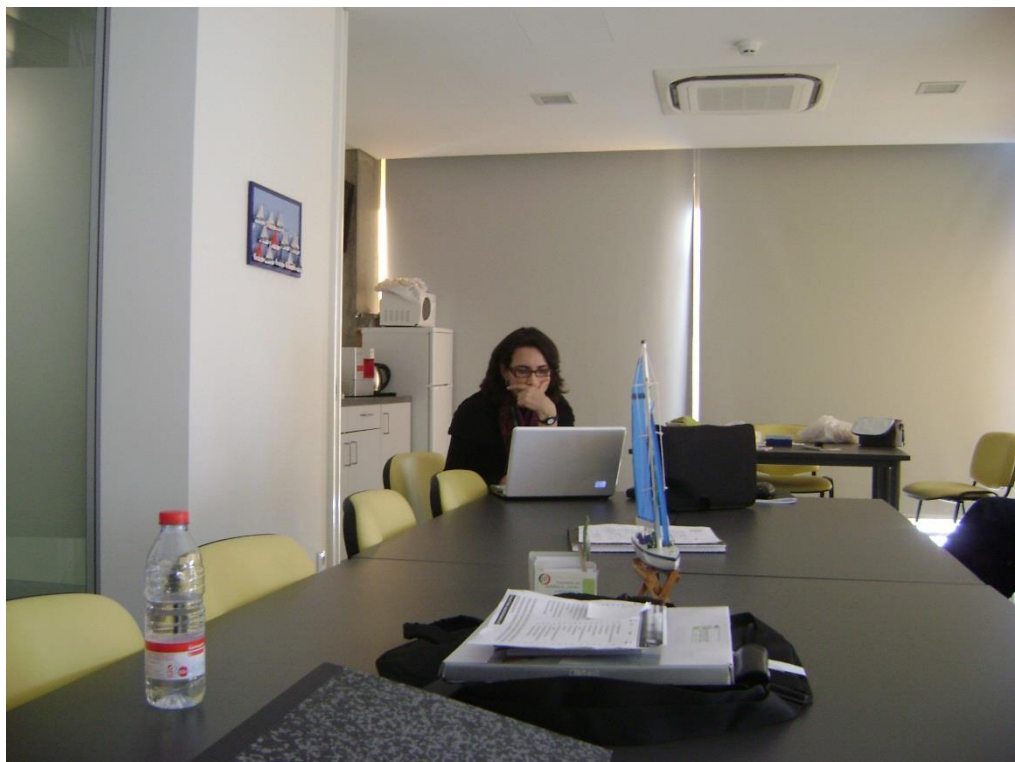
Arquivo pessoal: Eliane Chaves Vianna.

Foto 9 Consultório infantil.



Arquivo pessoal: Eliane Chaves Vianna.

Foto 10 Sala de reunião e copa.



Arquivo pessoal: Eliane Chaves Vianna.

Foto 11 Saída lateral da unidade.



Arquivo pessoal: Eliane Chaves Vianna.

Para finalizar nossa breve apresentação sobre a SF em Portugal é importante ressaltar que as comparações entre as duas realidades em SF foram devidamente contextualizadas em relação às diferenças socioculturais, econômicas e geográficas entre os dois países, bem como a solidificação da atenção primária como ação prioritária em saúde adotada em Portugal. Embora, apresente uma proposta mais ampla e abrangente sobre a SF, o Brasil necessita investir de forma séria e responsável na valorização da atenção básica para que possa realmente melhorar seus indicadores de saúde. E este investimento passa necessariamente pelo incentivo na formação de seus profissionais de saúde, fortalecendo a Residência de Medicina de Família e Comunidade, não apenas com ofertas de vagas, mas com uma capacitação que proporcione consistência e suporte teórico-prático.

Parte II – ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Capítulo 2. SAÚDE E TRABALHO PELO PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE

Neste capítulo apresentaremos o recorte teórico que nos serviu para análise do trabalho das ACS de Manguinhos a partir do ponto de vista da atividade. Para tanto, torna-se necessário situarmos o conceito de saúde que embasou nossa análise e as abordagens clínicas do trabalho que nele se sustentam.

2.1. Processo saúde-doença

Segundo Stotz et al. (2009; p, 488), a partir do século XVIII passa-se a ter um olhar sobre a saúde e a doença, baseado na explicação científica das áreas da saúde, onde os profissionais definem o que é saúde ou doença e passam a propor soluções para tais problemas, “conferindo ao mundo atual uma concepção de saúde na qual é inimaginável a ausência de vacinas e procedimentos tecnológicos diversos”. Cria-se uma racionalidade que rompe com a visão mágico religiosa das culturas antigas, distanciando tais valores da prática médica.

Construiu-se, portanto, um modo de olhar a saúde, que se tornou hegemônico, embasado exclusivamente no conhecimento biomédico, onde o corpo representa a centralidade das observações e manipulações para extirpar-se o mal manifestado, através da doença. Dentro desta concepção, saúde seria o seu oposto, a ausência de sintomas visíveis, controláveis e mensuráveis, ou seja, a sua ausência (doença).

Desta forma os profissionais de saúde em sua grande maioria, devido a uma formação técnico-científica, imprimem à prática cotidiana dos serviços de saúde um caráter altamente normalizador, para o controle dos corpos adoecidos. Como consequência, não cabe na relação médico-paciente o lugar da escuta, da troca, da interação, do cuidado, entendido este último como:

[...] atitude de envolvimento, de preocupação e de responsabilização para com o próximo, pois compreende o acolhimento, a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida. A relação não é de domínio sobre, mas de convivência, e sua centralidade

não é ocupada pelo logos (razão), mas pelo pathos (sentimentos) (VALLA et al., 2004; p. 111).

O modelo tecno-assistencial se padroniza enquanto atitude não apenas entre os profissionais, mas também entre os usuários dos serviços de saúde, que não se sentem atendidos se exames, remédios e outros procedimentos não forem prescritos, mesmo sem a necessidade de realizá-los. Franco e Merhy (2005; p. 184) denominam essa postura de produção imaginária da demanda:

A construção imaginária do procedimento leva à produção imaginária da demanda, isto é, pressupõe-se que a imagem que se cria do que o procedimento é capaz induz o usuário a demandar o procedimento e não o cuidado, ou como se fosse todo o cuidado, o exame e não a atenção da equipe de saúde, como se aquele o bastasse... Esse simbólico que dá significado ao exame/procedimento opera também no nível dos trabalhadores de saúde, que têm embutidos em si o modelo “médico hegemônico”, produtor de procedimentos.

No entanto, o conceito ampliado de saúde nos informa que, saúde é mais que ausência de doença, “é consequência das condições de vida, incluindo alimentação, moradia, salário, participação nas decisões, educação, paz, justiça social” (FRANCO e MERHY, 2005; p. 39), sendo, portanto uma construção social envolta em valores, representações e práticas muitas vezes diversas e contraditórias. No entanto, o que se percebe na prática é a desconsideração desta complexa teia, preferindo-se privilegiar o procedimento ao cuidado. Compartimentando-se os indivíduos em pequenas partes adoecidas, não o considerando como um sujeito social que vivencia a experiência do adoecer e por isto possui necessidades que vão além das tecnologias avançadas e caras que a medicina pode oferecer.

Para que o atendimento integral à saúde como preconizado pelo SUS seja concretizado torna-se necessário a reformulação dos conceitos e práticas dos profissionais formados pelo modelo flexneriano. E isto só será possível quando “saúde-doença deixa de ser um estado biológico possível vivido meramente pelos sujeitos, para tornar-se um objeto da ação e da consciência de todos os membros do coletivo social” (SAMAHA, 2000; p. 41). Para este autor o binômio saúde-doença inclui necessariamente o cuidado, entendido

este como o meio traçado para se tentar resolver ou amenizar um dado sofrimento expresso através da doença ou de algum sintoma. Propõe, portanto, o deslocamento de um modelo centrado na saúde e na doença para um modelo saúde-doença-cuidado, pois parafraseando Eymard Vasconcellos (1998), alguns problemas de saúde são complexos demais para serem curados, mas não para serem cuidados.

É preciso atuar sobre o sofrimento de forma ampla, valorizando os sentimentos, falas, memórias e representações, e reforçar a autoestima do sujeito para que este tenha maior controle das situações adversas e encontre meios para enfrentá-las. Mas como praticar tal conduta, se os próprios profissionais de saúde encontram-se adoecidos, com suas péssimas condições de trabalho, onde o prescrito por suas áreas profissionais fica aquém das necessidades encontradas no território de ação, onde suas atribuições e competências tão demarcadas na formação clássica não findam as dúvidas suscitadas na prática, não tão bela e previsível como os tratados e compêndios estudados?

2.2. Conceito de saúde para Georges Canguilhem

Para este estudo, adotamos a concepção de saúde de George Canguilhem (2005; 2009), por também defendermos o caráter ativo dos seres humanos. Logo, qualquer definição de saúde que se restrinja unicamente ao caráter biológico ou fatalista, causado pelo meio (sem a interação ou participação do humano) se torna contraditória com nossa escolha teórica pelas clínicas do trabalho (BENDASSOLI e SOBOLL, 2011).

Para Canguilhem (2005; p. 40) a saúde não deve ser tomada como uma relação do tipo mecânica, pois “não há saúde de um mecanismo”. Assim, Canguilhem utiliza-se da filosofia para criticar o tom mecanicista adotado para se conceituar a saúde, por considerá-la um tema filosófico e utiliza as palavras de Merleau-Ponty para justificar-se: “A filosofia é o conjunto das questões no qual aquele que questiona é, ele próprio, posto em causa pela questão” (*apud* CANGUILHEM, 2005, p. 48).

Certamente, o corpo vivido não é um objeto, mas, para o homem, viver é também conhecer. Eu me porto bem à medida que me sinto capaz de portar a responsabilidade

de meus atos, de portar coisas à existência e criar entre as coisas relações que não lhes aconteceriam sem mim, mas que não seriam o que são sem elas. Então, preciso aprender a conhecer o que elas são para poder mudá-las.

Canguilhem (2005, p. 37) defende, portanto, que saúde “não é um conceito científico, é um conceito vulgar. O que não quer dizer trivial, mas simplesmente comum, ao alcance de todos”, pois qualquer ser humano é capaz de enunciar os valores atribuídos à saúde seja pela dor, seja pelo prazer, algo que ultrapassa as medições, as formatações inertes, chamado por ele de corpo subjetivo (CAPONI, 2003). Este conceito faz referência à experiência de cada ser vivente, que está autorizado a falar sobre sua saúde independente de seu status intelectual e científico.

Neste sentido o autor estabelece a diferença entre saúde e normalidade, sendo esta última mais abrangente, abordando tanto a saúde como aquilo que é patológico. Logo, tanto a saúde como a doença são normais, possíveis para o humano, pois ambas implicam uma norma de vida. A normalidade seria, então, valores social e historicamente construídos, passíveis de transformação e reconstrução (SILVA, 2006).

Canguilhem (2009) em seu livro *o Normal e o Patológico* estabelece uma relação entre a vida, a norma, o corpo, a saúde e o sujeito, ensinando o caráter dinâmico da saúde impresso por aquilo que é próprio do viver, a busca de transformação de seu meio, de suas ações, de seus desejos e pensamentos, de tudo aquilo que está vivo e em constante movimento. Coloca, portanto, a vida no campo da imprevisibilidade, sendo o meio sempre infiel. A saúde, conseqüentemente, também está inscrita neste campo, devendo ser entendida como a capacidade de se criar normas, valores e modos de viver frente às infidelidades, aos diversos contextos, à cultura e aos imprevistos que compõe a própria vida humana. Assim, para este autor, esta capacidade do homem em criar normas e valores é chamada de normatividade.

O ser humano cria e recria por não ser passivo ou inerte ao mundo que o rodeia. Interage e transforma o que o cerca, logo, vida e saúde estão envoltas num constante e infindável debate de normas e valores que impulsiona à reafirmação, à negação, à transformação e à reformulação dos mesmos. Este é o ciclo dinâmico que proporciona ao homem ultrapassar e/ou

superar limitações apresentadas pelo meio, portanto, como diriam Brito et al. (2003; p. 37) “dá trabalho viver”:

Com certeza, mas o trabalho que dá viver pode ser visto gostosamente, como o próprio viver. Diz um cientista: “o que é a vida? É o amor pela vida”. Bem, a própria vida é um trabalho, uma invenção. Estamos então, falando da vida – da saúde, portanto – como uma experimentação cotidiana em busca da produção renovada dos meios da vida, da criação de novas regras e normas que regulem este meio.

[...] O que seria a tal ‘saúde completa “senão traçar para si um caminho pessoal e original em direção ao bem estar físico, psíquico e social, a um fim a ser atingido, um estado do qual pretendemos nos aproximar. Isto tudo dá trabalho. Podemos também dizer: saúde e trabalho são invenções da espécie humana e só funcionam bem quando estão ligados.

Nesta direção, o conceito de *atividade*, que será objeto do próximo item exprime a relação que o trabalhador estabelece com um conjunto de fatores e sentidos na tentativa de chegar o mais próximo possível daquilo que lhe foi proposto pela organização de trabalho.

Reconhecer a importância e a necessidade de se analisar o trabalho a partir do ponto de vista da atividade é afirmar seus enigmas, obscuridades, elucidando que ele não é mera execução de regras ou ações mecânicas, automatizadas. Trabalhar é um verbo de ação que envolve mobilizações física, cognitiva e emocional que são próprias do ser humano, contrapondo-se ao trabalho morto, incorporado nas “máquinas”.

A este respeito podemos nos reportar à célebre diferenciação de trabalho vivo e trabalho morto. O termo trabalho vivo (MARX, 1996) refere-se a uma atividade exclusivamente humana, pois para sua execução é necessária uma construção mental prévia, que depende de elaboração e projeção. Seria tal característica que diferenciaria o trabalho das operações realizadas pelos animais instintivamente, como o tecer da teia pela aranha.

2.3. O ponto de vista da *atividade*

A “Organização Científica do Trabalho” (taylorismo) tinha o trabalho, como algo neutro e isolado dos processos de subjetividade do indivíduo, percebido como mero executor de tarefas, ou seja, prescrições e normas determinadas pela organização. Apoiados nesta lógica, havia uma clara e objetiva separação entre concepção e execução das tarefas a serem realizadas, como explicitam Schwartz e Durrive (2010; p. 37):

Creio que se pode dizer que a “Organização Científica do Trabalho” tentou levar ao limite – já que à sua maneira não se poderá fazer melhor (ou pior) - a preocupação ou a tentativa de simplificar a atividade humana, ou seja, de antecipá-la totalmente, de prepará-la de tal forma que uma vez modelada pelos outros, aqueles que devessem executá-la ‘não teriam que pensar’, como disse Taylor. Eles não têm que pensar seu uso de si mesmos no trabalho, pois isto já teria sido pensado por outros antes, nos menores detalhes.

No entanto, estudos da ergonomia da atividade situada, de origem francesa, demonstraram haver algo que escapava a predeterminação, a antecipação da atividade, o trabalhador não apenas reproduzia o que lhe determinavam, mas se mobilizava para dar conta do que escapava ao programado, ao previsível, ou seja, as variabilidades do meio. Esta disciplina científica, portanto, surge como alternativa ao pensamento mecanicista da “Organização Científica do Trabalho” (NASCIMENTO e MUNIZ, 2011).

Entende-se Ergonomia como a disciplina que produz conhecimento científico sobre o trabalho, focando nas condições de sua realização e na relação que o homem estabelece com o próprio trabalho. Trata-se da análise do trabalho real visando a sua transformação (ABRAHÃO e PINHO, 1999) e adaptação às pessoas, segundo Telles e Alvarez (2004).

Sua criação ocorreu no período pós Segunda Guerra Mundial, através de duas correntes distintas. A primeira surgiu na Inglaterra 1947, marcada pelas ciências aplicadas, enfocando mais especificamente os fatores psicofisiológicos, buscando conceber dispositivos técnicos para a melhoria das condições de trabalho. A segunda teve origem na França em meados da década de 50, possuindo uma preocupação mais analítica da atividade,

considerando o trabalhador como ator no e do processo de trabalho, sem com isso desprezar os fatores psicofisiológicos (ABRAHÃO e PINHO, 1999). Utilizando a definição de Montmollin (1990; p. 12) a Ergonomia de origem francofônica poderia ser definida como: “o estudo específico do trabalho humano com finalidade de melhorá-lo”, mas buscando autonomia e métodos próprios.

A Ergonomia é uma disciplina ao mesmo tempo muito modesta e muito ambiciosa. Muito modesta porque ela age pouco sobre as grandes evoluções que transformam em profundidade o mundo do trabalho. Mas muito ambiciosa, no entanto, porque pretende forjar instrumentos teóricos precisos que permitam modificar o trabalho.

Para Wisner (1994; p. 19) a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) pode significar o caminho para se compreender as possíveis fontes de sobrecarga cognitiva e de sofrimento psíquico, pois a organização do trabalho controla de forma complexa e precisa aspectos importantes da vida do trabalhador (como salário e estabilidade). Assim, propõe uma correlação entre organização do trabalho, carga mental e sofrimento psíquico.

Todo indivíduo chega ao trabalho com seu capital genético, remontando o conjunto de sua história patológica antes do nascimento, à sua existência in útero, e com as marcas acumuladas das agressões físicas e mentais sofridas na vida. Ele também traz seu modo de vida, seus costumes pessoais e éticos, seus aprendizados. Tudo isso pesa no custo pessoal da situação de trabalho em que é colocado.

No Brasil, a década de 1970 é tida como o marco do impulso de seu desenvolvimento. Sendo a Ergonomia centrada na análise das atividades em situações reais de trabalho introduzida por docentes/pesquisadores que realizaram parte de sua formação acadêmica na França, no Laboratório de Ergonomia do Conservatoire Nationaldes des Arts et Méties (CNAM), dirigido na época por Alain Wisner. No entanto, não se pode dizer que há demanda significativa de intervenções em Ergonomia em nosso país. Talvez seja mais expressiva a procura do pesquisador pelo território de intervenção, do que uma solicitação da própria organização (TELLES e ALVAREZ, 2004).

Nossa escolha para este estudo foi a Ergonomia de base francofônica, por esta, segundo Lima (1997; p. 314), partir de um objeto próprio, abandonando o caráter prescritivo impregnado em toda ciência aplicada, “consequência inevitável de um saber que pretende constituir-se numa relação de exterioridade – intrínseca à ideia de ‘aplicação’ – com a realidade que busca conhecer e transformar”.

Para a Ergonomia centrada na análise das atividades em situações reais de trabalho, os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real foram fundamentais.

2.3.1. Trabalho prescrito e trabalho real

O trabalho prescrito é relacionado ao planejamento, aquilo que se deve fazer, assim chamado de tarefa. A tarefa é delegada por quem a planejou, cabendo a seu executor realizá-la, pois quem a elaborou o fez com o objetivo que seu executor recebesse de maneira pronta, portanto, definida e orientada de forma mais ou menos completa, como deve ser realizado aquilo que precisa ser executado.

Para Telles e Alvarez (2004) trabalho prescrito não deve ser entendido apenas pelos modos operatórios definidos pelas prescrições, ele é mais amplo, relacionando-se também com os meios e condições disponíveis para sua realização, não se restringindo aos objetos e normas. Mesmo considerando a forma ampla do trabalho prescrito, este continua direcionado a um modelo de Homem, que é estável, homogêneo e não pertencente à realidade da atividade. Assim, as tarefas são concebidas para um trabalhador irreal, inesgotável e absolutamente neutro.

A Ergonomia da Atividade, ao centrar seu foco na situação real de trabalho, enunciou que o trabalho objetivamente executado nunca corresponde inteiramente ao trabalho esperado, taxado pelas regras, com objetivos bem determinados, segundo representações das condições de realização. Ao realizar a tarefa o trabalhador é permeado por diversas fontes de variabilidade, sejam as organizacionais e técnicas, as relacionadas à condição humana que são individuais e coletivas e por equívocos da tarefa prescrita e pelo acaso. Assim, a diferença entre o prescrito e o real resultaria do conjunto destas variabilidades vinculadas à situação concreta e não idealizada, através das

impressões do próprio trabalhador e das consequentes estratégias adotadas para solucioná-las de forma emergencial.

Esta corrente apresenta como pressuposto básico a diferenciação entre trabalho prescrito (tarefa) e trabalho real (aquilo que efetivamente foi realizado) (DIAS e TAVARES 2000), trazendo à tona o contexto que permeia todo este processo, imprevisibilidades que fazem as prescrições serem modificadas para a execução da tarefa. Estas transformações operadas pelo trabalhador são chamadas de atividade (ABRAHÃO e PINHO, 1999).

2.3.2. Contribuições da psicodinâmica do trabalho

Para Dejours (2011) que teve seus trabalhos também fundamentados na Ergonomia Francófona (além da Psicanálise e da Sociologia da ética sobre abordagem compreensiva de W. Dilthey, M. Weber e A. Schütz), é necessário que o trabalhador subverta as prescrições para que o trabalho seja realizado. Além de conhecer os procedimentos e as regulamentações, ele precisa utilizar uma inteligência do corpo astuciosa e a criatividade para garantir o funcionamento do sistema. Sendo assim, o paradoxo do trabalho está instaurado, exige-se do trabalhador o cumprimento das normas e metas, as prescrições e ao mesmo tempo ele é levado a criar novas formas de fazer seu trabalho, para não correr o risco da não realização de suas tarefas.

Em seus estudos iniciais Dejours (2008; p. 51) partiu do conceito de Psicopatologia do Trabalho entendida como “a análise do sofrimento psíquico resultante do confronto dos homens com a organização do trabalho”, centrando sua discussão em dois conceitos fundamentais: o de sofrimento e de organização de trabalho. O primeiro entendido como estado de luta do sujeito contra forças que o estão levando em direção à doença mental e o segundo como divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa.

Para Dejours (2008), nos primórdios de seus estudos, seria necessário procurar na organização do trabalho as forças que impulsionariam o trabalhador ao adoecimento mental. Assim, o sofrimento ocorreria quando a organização do trabalho entrasse em choque com o funcionamento psíquico dos homens.

A partir da Psicopatologia do Trabalho, disciplina inaugurada nas décadas 1950 e 1960 (por L. Le Guillant, C. Veil, P. Sivadon, A. Fernandez-

Zoïla, J. Bégoïn dentre outros), Dejours (2008; p. 51), propõe uma nova abordagem que visa “a análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho”, designada por Psicodinâmica do Trabalho.

A diferença que marca a transição de Dejours da Psicopatologia do Trabalho para a Psicodinâmica, está na centralidade que a primeira detinha na patologia, ou seja, no adoecimento do trabalhador pelo ambiente de trabalho. A Psicodinâmica vai além, dando margem ao estudo do sofrimento criativo e do prazer no trabalho e não apenas do sofrimento patogênico. Elege como objeto a normalidade e não a doença. Trata das defesas desenvolvidas pelos trabalhadores para lidar com o sofrimento, que determinarão o seu adoecimento seu destino, de acordo com a relação dinâmica entre sofrimento e prazer no trabalho (DEJOURS, 2008).

A Psicodinâmica do Trabalho (PDT), então, procura compreender o processo de adoecimento psicológico e ou a produção da saúde mental do trabalhador em seu processo de trabalho, não se restringindo a perspectiva da “dualidade monocausal trabalho/adoecimento psíquico ou a dicotomia corpo/meio social (LANCMAN e SZNELWAR, 2008). Foi através das investigações “do vivido no trabalho” e das “experiências do trabalhar” que a Psicodinâmica formulou conceitos (estratégias de defesa individual e coletiva no trabalho, reconhecimento, sofrimento psíquico, mobilização subjetiva, mobilização da inteligência, dentre outros) e aperfeiçoou seu método de pesquisa. Tais conceitos foram imprescindíveis para a compreensão da subjetividade humana no mundo do trabalho. Desta forma, assume-se a centralidade que o trabalho exerce nos sujeitos, influenciando, portanto, outros lugares e tempos fora do mundo do trabalho e das organizações, como a vida doméstica e privada e o tempo do não trabalho (DEJOURS, 2008).

Dejours (2008) nos convoca a decifrar o que chama de enigma do trabalho pela conceitualização de três importantes termos da PDT: engenhosidade, cooperação e mobilização subjetiva.

A engenhosidade, segundo este autor, é o ajuste necessário feito pelo trabalhador entre a tarefa (aquilo que deveria ser feito, segundo o que foi prescrito) e a atividade (aquilo que o trabalhador realmente faz), levando “à redefinição dos objetivos inicialmente fixados” (DEJOURS, 2008; p. 132). Assim, o trabalhador ao enfrentar a realidade do trabalho (o que foi pedido e o

que foi feito) necessita mobilizar uma inteligência que não é apenas cognitiva, mas do corpo como um todo, entendida como física e psíquica.

No entanto, nos alerta Dejours (2008; p. 132), que “a resistência do real, que se manifesta pelo fracasso, cria um sofrimento”, sendo sua intensidade proporcional à negação que for empregada a ela. A superação de tal sofrimento acontece a partir da criatividade e da subversão dos procedimentos em uma atividade, ou seja, requer uma “mobilização de capacidades especificamente humanas” (DEJOURS, 2008; p. 133), sendo alheia à ordem do maquinal, mesmo que tais capacidades sejam passíveis de padronização, pela extração de conhecimento que a experiência proporciona, permitindo “robotizar certas operações”, mas que será eventual (DEJOURS, 2008; p. 133).

A cooperação, tal qual a engenhosidade, não pode ser prescrita ou procedimentalizada, não sendo, portanto, imposta ao trabalhador, mas pode indicar a contribuição deste à organização do trabalho de forma espontânea, ou seja, a ela é “atribuída a vontade dos agentes” envolvidos (DEJOURS, 2008; p.134).

Todavia, algumas condições são necessárias para que a cooperação se processe, como por exemplo, a existência de relações intersubjetivas de confiança, que se estabelecem mais pelas condições éticas do que pelas afetivas. Esta confiança está alicerçada na visibilidade dos ajustes que são feitos para suprir as carências e as contradições da organização prescrita do trabalho.

Devido às diversidades (de valores, pensamentos, desejos) presentes no humano, a confiança e a visibilidade não se mostram suficientes para que haja cooperação, precisando de outra condição para dar equilíbrio a tais singularidades dos trabalhadores, a arbitragem. Ela deve “passar por uma atividade normativa e deontológica que pressuponha a existência de um ‘espaço de discussão’” (DEJOURS, 2008; p. 134). Os trabalhadores estabelecem acordos que passarão a regular o trabalho de forma eficiente e balizada em valores comuns ao coletivo.

Na mobilização subjetiva, segundo Dejours (2008; p. 135-136) o “sujeito mobiliza sua inteligência e sua personalidade em função de uma racionalidade subjetiva particular” e apoiada na contribuição e na retribuição. Sendo assim, as técnicas empregadas pelas empresas para mobilizar os trabalhadores, por mais inteligentes que sejam não podem dar conta sozinhas da grande

complexidade que envolve este processo. O trabalhador contribui de forma espontânea para a organização do trabalho e espera uma retribuição simbólica em termos de reconhecimento de sua identidade, melhor dizendo, a ação feita pelo sujeito ao ser visibilizado pelo reconhecimento do outro gera uma realização de si mesmo.

As condições intersubjetivas dos julgamentos de reconhecimento podem ser analisadas empiricamente e teoricamente. O trabalho real não pode ser reduzido à sua dimensão técnico econômica, ou à sua dimensão sócio ética. O trabalho real é tanto subjetivo quanto intersubjetivo e repousa sobre as energias do domínio afetivo. Não observar a dimensão subjetiva do trabalho leva os agentes a sofrerem e a resistirem em seu sofrimento com estratégias de defesa, hoje identificadas pela psicodinâmica do trabalho, com possíveis efeitos desastrosos sobre a produtividade – desavenças, desmobilização, individualismo – e consequências nefastas para a saúde mental e somática dos agentes. (DEJOURS, 2008; p. 136).

Segundo esta análise proposta por Dejours (2008) o trabalho se desdobraria em três universos: o universo objetivo (engenhosidade), o universo social (da cooperação) e o universo subjetivo (da mobilização subjetiva). Apareceriam também três “racionalidades distintas que fazem surgir contradições” (DEJOURS, 2008; p. 137), pois o trabalho e sua organização suportariam além da racionalidade instrumental – ou técnica científica – a ascendência da razão prática, da deliberação e da decisão.

2.3.3. Contribuições da Ergologia

Outra importante Clínica do Trabalho, que também tem suas origens na Ergonomia da Atividade, é a Ergologia. Segundo Brito (2008), a Ergologia surge no final da década de 1970 a partir de experiências pluridisciplinares e multi profissionais, na Universidade de Provence, sendo o filósofo e professor Yves Schwartz seu precursor. Esta perspectiva teórica incorporou o conceito de atividade de Wisner, a herança filosófica de Canguilhem e os ensinamentos do Movimento Operário Italiano (MOI), relativos à luta pela saúde.

Torna-se importante demarcar as três características essenciais assinaladas por Schwartz (2005; p. 64), para o conceito de atividade o que nos

ajuda a compreender suas contribuições teóricas para a perspectiva ergológica:

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 resingularizadas pelos seres humanos.

Segundo Brito (2004), não se trata de uma disciplina, mas uma maneira de olhar e compreender o trabalho, produzindo conhecimento sobre ele e suas relações, seria, portanto, uma abordagem sobre o trabalho com base em quatro pressupostos.

O primeiro seria o de se pensar todas as formas de atividades atuais, partindo-se do geral e do específico, segundo a dialética entre universal e específico. Refere-se à distância entre o prescrito e o real que perpassa toda e qualquer atividade de trabalho. No entanto, é uma distância que se sabe existir, mas não prever, neste momento se instala o segundo pressuposto – “o conteúdo da distância é sempre parcialmente resingularizado” (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010; p. 42), pela reorganização permanente dos trabalhadores em seus postos de trabalho. Como terceiro pressuposto temos que a distância entre o prescrito e o real remete à atividade do corpo-si, ou seja, não existe uma única racionalidade no trabalho, escolhas são feitas ao nível do consciente que se entrelaça com escolhas de uma economia, uma economia do corpo. O quarto seria a relação entre atividade e os valores. Existiria, portanto, um debate de normas e valores presente em toda atividade de trabalho, que se estabelece entre o trabalhador e si mesmo e do trabalhador com o social.

Assim, a perspectiva ergológica contribui com importantes conceitos para análise e compreensão do trabalho a partir da categoria atividade, visto que as normas não são capazes de antecipar tudo. Trabalhar é se arriscar, se aventurar, se lançar ao desconhecido, é uma “dramática de uso de si”, pois as

escolhas são sempre necessárias e a cada escolha se recai numa renúncia, que são feitas em função de valores. Compondo o cenário deste drama surge outro conceito o de vazio de normas – que são as lacunas deixadas pela falta de clareza das prescrições, das “deficiências das orientações, das experiências adquiridas, registradas nas regras ou nos procedimentos” (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010; p. 191).

Parece meio romanceada a expressão (dramática de uso de si) criada por Schwartz, mas foi proposital, para dar luz ao que por muito tempo ficou no escuro, foi negligenciado, a complexidade do trabalho, as arbitragens que são necessárias para a realização da atividade “uma dramática” que remete a subjetividade (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010; p. 191).

O trabalho visto como mecânico excluía toda subjetividade. Atualmente, redescobre-se nele a existência de um enigmático “alguém” (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010; p. 189).

Assim, com o objetivo de ir além do conceito de trabalho prescrito, a Ergologia propõe a expressão normas antecedente, incorporando outros aspectos, como as aquisições da inteligência e da experiência coletiva (saberes técnicos, científicos e culturais) e os valores do bem comum, considerando, portanto, a historicidade das prescrições (TELLES e ALVAREZ, 2004). Segundo estas autoras, tanto trabalho prescrito quanto normas antecedentes remeteriam ao que é dado, exigido, apresentado ao trabalhador, antes do trabalho ser realizado.

São normas antecedentes vinculadas a aquisições da inteligência e experiência coletiva (e, neste sentido, bens de todos). Essas normas* A ergologia é uma “*perspectiva* (démarche) ética e epistêmica, de desenvolvimento, uma postura voltada para a melhor compreensão e transformação da atividade humana, afirmando a potência da vida” [...]. Referem-se aos saberes técnicos, científicos e culturais que historicamente são incorporados ao fazer (como os diferentes saberes e técnicas do campo da saúde) (BRITO, 2009, p.443).

Brito (2009) ao discutir o conceito de normas antecedentes o transpõe para o trabalho em saúde no Brasil, servindo de grande contribuição para torná-lo mais acessível. Seriam tomados como normas antecedentes os princípios de humanidade e cidadania da Reforma Sanitária, o valor social e

político atribuído ao SUS, as políticas de saúde, como a ESF, os modelos de atenção e de gestão. Acrescenta aos exemplos citados a formação técnico-científica dos profissionais de saúde, a constituição e a forma de divisão das tarefas nas equipes (técnica, sexual, etc.), as tecnologias e materiais disponíveis, os protocolos terapêuticos, as rotinas de trabalho previstas, as regras instituídas nos serviços (de produtividade, de qualidade, etc.), as formas de contrato dos profissionais e as demandas dos usuários. Desta forma, ao se defrontarem com tais normas os trabalhadores de saúde irão ressignificá-las, através de um debate de valores e princípios que determinarão o agir em saúde de cada grupo dentro de seu serviço.

Segundo Bendassoli e Soboll (2011; p.12) a Ergologia teria como projeto conhecer melhor o trabalho para, então, “intervir e transformá-lo”, contemplando a atividade humana em todas as suas dimensões. Assim, a atividade seria a “matriz da história humana”.

Para Brito (2004), atividade é o trabalho efetivamente realizado, sendo sempre singular, pois é perpassada pelas normas antecedentes, pelas variabilidades, pelo campo dos valores, pela epistemologia e pela ética, assim, por sua configuração enigmática, o trabalho é sempre um devir.

2.3.4. Contribuições da clínica da atividade

Ampliando o debate entre normas prescritas e criações produtivas do trabalhador, iniciada pela Ergonomia, temos outro enfoque das Clínicas do Trabalho (BENDASSOLI e SOBOLL, 2011), que é o da Clínica da Atividade.

A Clínica da Atividade foi idealizada por Yves Clot e Daniel Faïta, partindo também da perspectiva de “compreender para transformar” as situações que permeiam o trabalho, mas mostrando como a dinâmica da atividade e seus impedimentos se engendram a subjetividade. Para tanto, utilizaram como bases teóricas as correntes histórico-culturais em psicologia e em linguística de Vigotski e Bakhtin, respectivamente (SILVA, 2006; p. 109).

Clot (2007) ao trazer o conceito de “atividade impedida”, desloca o foco sob a análise da atividade para a “Clínica da Atividade”, visto considerar que nos impedimentos da atividade, ou seja, o impossível da atividade, a atividade não realizada, residiriam os conflitos subjetivos (SOARES, 2011). Assim, a

atividade realizada pelo trabalhador não representa toda a atividade, ou seja, entre atividade realizada e real da atividade existe uma diferença, pois:

...o real da atividade é também o que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos –, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures (CLOT, 2007, p. 116).

Melhor dizendo, Clot (2007), partindo da defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real, cria a categoria real da atividade, interseção entre aquilo que é proposto ser feito (prescrição da tarefa) com tudo aquilo que perpassa o caminho do trabalhador (impedimentos, pensamentos, sentimentos, dificuldades, saberes), gerando e levando à realização da tarefa (SILVA e ATHAYDE, 2008). Esta nunca sai exatamente como a prescrita e normalizada, visto que, existe um intervalo entre a “ordem dada” e a atividade realizada pelo trabalhador. Neste intervalo estariam as decisões não conscientes, fazendo com que algumas ações da atividade não sejam totalmente observáveis (OLIVEIRA, 2006).

Sendo assim, para este autor, a diferença entre atividade realizada e o real da atividade estaria no que é visível, mensurável da atividade de trabalho. A atividade realizada é o produto visível, comprovadamente observado, onde mensurações podem ser feitas, ao passo que o real da atividade é a parte não observável que o trabalhador aciona e que o afeta, mas não totalmente observável e consciente da atividade desempenhada, logo, sem mensuração possível. Logo, para esta abordagem é imprescindível conhecer o não visto, o não observável da atividade de trabalho.

Resumidamente, poderíamos dizer que o objetivo desta clínica do trabalho seria o de permitir aos trabalhadores explorarem suas possibilidades, superando impasses, dificuldades e lacunas gerados pela atividade, nem sempre visíveis, sem separá-la da subjetividade, visto que os impedimentos geram sofrimento ao trabalhador, pela amputação de seu poder de agir (CLOT, 2001).

O dialogismo constitui o princípio que direciona a Clínica da Atividade na busca de apreender os processos de “construção dos sentidos no trabalho, via análise dos enunciados (verbais e não verbais)” (VIEIRA, 2002; p. 213). Desta forma Faitã e Clot articulam a teoria dialógica do discurso com a análise da

atividade de trabalho, gerando uma correlação entre gêneros do discurso e gêneros da atividade, a partir de pressupostos retirados de Bakhtin e Vigotski.

Gênero, segundo Clot (2007), consiste de um intermediador social que corresponde às obrigações, avaliações e modos de agir acordados entre os coletivos de trabalho para a regulação da atividade, ou seja, orienta a atividade. O gênero vincularia, portanto, os agentes que participam de uma determinada situação de trabalho, como coautores “que conhecem, compreendem e avaliam essa situação da mesma maneira” (CLOT, 2007; p. 41). Cria-se uma história coletiva do ambiente de trabalho que identifica os trabalhadores e suas formas de agir e de se defender, possuindo conteúdos explícitos e implícitos, apenas identificados por seus integrantes.

Todavia, estes mesmos trabalhadores reelaboram o gênero, ao realizarem ajustes e regulações das atividades, pois nunca está acabado. É na inquietação e na instabilidade que o estilo pessoal é deflagrado, impulsionando o gênero a se reelaborar, liberando este de “exigências mais genéricas” (SILVA, 2006; p. 110). O desenvolvimento da atividade só é possível pela dinâmica antagônica entre o gênero e o estilo, quer dizer, o gênero fortalece o estilo e o confronto simultaneamente. O trabalhador precisa trazer para a atividade algo original referente a seu estilo, sem negar o gênero, mas impulsionando-o a renovar-se (SOARES, 2011; p. 63).

Diante do gênero que expressa um estilo compreende-se que o trabalhador pode delinear entre ele e seu trabalho, com certa liberdade e independência, se opondo às limitações da tarefa, transformando-a em recursos coletivos e singulares. Então, a flexibilidade do gênero está diretamente ligada e alimentada por novos fazeres pessoais, que diante do coletivo de trabalho se transformam, se desenvolvem e adquirem novas formas.

A Clínica da Atividade evidencia, através de seus pressupostos, o trabalho como atividade que recria a todo o momento formas de agir e viver, a partir do singular e do coletivo inscritos em seu processo. Ao explicitar os impedimentos da atividade, o não realizado nas situações de trabalho, demarca a impossibilidade de se separar atividade de subjetividade.

Capítulo 3. JEITINHO: UMA INTERFACE COM AS CLÍNICAS DO TRABALHO

Apoiando-nos em pesquisa anterior (DAVID et al., 2009), onde tivemos a oportunidade de entrevistar (grupo focal e oficinas) ACS sobre seu processo de trabalho, verificamos a recorrente utilização da expressão “dou meu jeito” como saída para todas as situações não padronizadas ou não previstas nos manuais que orientam a prática destas profissionais. Logo, ao se depararem com situações que fugiam ao preconizado ou com aquelas que engessavam suas atividades, afirmaram que “davam um jeito”, criavam saídas para efetivarem suas tarefas ou necessidades demandadas pelo usuário. Tal expressão pode estar relacionada ao imaginário popular que tem o brasileiro como povo das soluções criativas, da ginga. Esta representação poderia ser explicada por Chauí (2001) ao falar sobre o mito fundador da sociedade brasileira, ligado a nossa miscigenação (negro, índio e português). Assim, impulsionados por esta forma de lidar com as dificuldades e uma determinação em dar respostas as solicitações vindas dos usuários/moradores é que começamos a tecer esta tese sobre o trabalho e o jeito de fazer saúde da ACS. Nesse sentido parece-nos imprescindível compreender o que essa expressão significa, buscando a contribuição de alguns teóricos que a discutiram.

O substantivo masculino *jeito* no dicionário Aurélio da Língua Portuguesa possui como significados: modo, maneira, aspecto, caráter, propensão, habilidade, aptidão, sendo também citada a expressão “dar um jeito” (encontrar uma solução para determinada situação) (FERREIRA, 2009). Para DaMatta (1986; p. 66) o “jeito é um modo e um estilo de realizar”. Em seus estudos discutiu a categoria “jeitinho”, que, segundo ele, emprega nossa marca cultural enquanto brasileiros.

Não poderíamos falar em marca cultural sem citar nomes como Gilberto Freyre (2003, 2004; 2010), Sérgio Buarque de Holanda (1997) e Darcy Ribeiro (1993; 2005). No entanto, não é nossa intenção esgotar ou detalhar as obras de tais autores, bem como controvérsias que os permeiam, mas nos utilizar dos argumentos dos mesmos no tocante à importância da miscigenação no processo de formação de nossa brasilidade, bem como das marcas ibéricas presentes em nossos colonizadores.

Gilberto Freyre (2010) toma como argumento dos traços culturais do brasileiro a mobilidade e a miscigenicidade do colonizador português, pois

foram tais características que lhe conferiram a vitória na conquista de tão imenso território tropical, mesmo com um número reduzido de homens. A adaptabilidade, a flexibilidade dos lusitanos às condições e características dos trópicos, permitiram sua permanência e expansão nas novas terras.

Freyre (2010; p. 70) destaca a miscigenação como fator decisivo no processo de colonização do Brasil, pois nenhum povo conseguiu se igualar aos portugueses no processo de misturar-se, miscigenar-se, garantindo, portanto, a posse das terras tropicais, pela multiplicação, ou seja, povoamento pelos filhos mestiços.

A escassez de capital-homem, superam-na os portugueses com extremos de mobilidade e miscibilidade: dominando espaços enormes e onde quer que pousassem, na África, emprenhando mulheres e fazendo filhos, em uma atividade genésica que tanto tinha de violentamente instintiva da parte do indivíduo quanto de política, de calculada, de estimulada por evidentes razões econômicas e políticas da parte do Estado.

É importante ressaltar que tais filhos frutos da poligamia eram criados como membros da própria família e não rejeitados ou não reconhecidos, como de costume nas miscigenações decorrentes de qualquer processo de colonização. Segundo Motta (2009; p. 160), esta foi a marca diferencial da colonização portuguesa no tocante à miscigenação e que fez garantir a estes a posse desta grande extensão territorial.

É a que prevalece no Brasil, noutras áreas da América Latina e – por que não dizer? – no mundo islâmico. Entre esses efeitos sociais, ou mesmo entre eles predominantes, encontram-se, quaisquer que venham a ser as formas jurídicas que assumam e entendidas em sentido muito amplo, as características destacadas por Franz Boas, isto é, a poligamia, os conquistadores unindo-se às mulheres “nativas” (ou escravas) mais do que apenas *en passant*, e a criação dos filhos como membros da própria “família”.

Daí a forma de escravidão que os portugueses adotaram no Oriente e no Brasil ter se desenvolvido mais à maneira árabe que à maneira européia; e haver incluído, a seu modo, a própria poligamia, a fim de aumentar-se, por esse meio maometano, a população [...] (FREYRE, 1969; p. 180).

A mistura de etnias e a incorporação dos frutos desta aos seus familiares conferiram a esta cultura (brasileira) em formação um valor decisivo que é o do parentesco, ou seja, o familiar sobressai em detrimento às normas e às leis, forjando-se uma nova ordem. Onde as grandes famílias proprietárias eram autônomas, sendo os senhores de engenho mandatários do lugar, das normas e das leis, da política e da economia, ou seja, autoridade máxima no território sobre seu domínio.

Os portugueses... assim que se estabeleceram no Brasil começaram a anexar ao seu sistema de organização agrária de economia e de família uma dissimulada imitação de poligamia, permitida pela adoção legal, por pai cristão, quando este incluía, em seu testamento, os filhos naturais, ou ilegítimos, resultantes de mães índias e também de escravas negras. Filhos que, nesses testamentos, eram socialmente iguais, ou quase iguais, aos filhos legítimos. Aliás, não raras vezes, os filhos naturais, de cor, foram mesmo instruídos na Casa Grande pelos frades ou pelos mesmos capelães que educavam a prole legítima, explicando-se assim a ascensão social de alguns desses mestiços (FREYRE, 1969; p. 181).

Este Patriarcalismo ⁸ presente em *Casa Grande e Senzala* (2006) e explicitado mais tarde em *Novo Mundo nos Trópicos* (1969), marca para Freyre a diferença entre os portugueses e os demais europeus e respectivamente o tipo de colonização e as relações a serem estabelecidas com nativos (índios) e escravos (negros), onde a proximidade e familiaridade são as marcas desta distinção. Para Souza (2000; p. 79) tal patriarcalismo familiar, presente na obra de Freyre retrata “precisamente a herança cultural moura na forma da escravidão, que parece ter sido o elemento decisivo da singularidade da sociedade escravocrata colonial e, portanto, da semente futura da sociedade brasileira”.

Estariam nestas argumentações, ou seja, na nossa composição étnica (o português, o índio e o negro), a origem da recorrente citação do modo próprio

⁸ Sistema no qual o poder é centralizado na figura do chefe da família, o grande proprietário de terras, o Senhor do Engenho, sendo ele a ditar as normas, as leis, cabendo aos demais integrantes de seu clã a obediência. Logo, a família patriarcal era a base da sociedade, ditando as normas da administração econômica e política. Sendo a família o centro de tudo, no entanto, considera-se família no sentido ampliado indo além do marido, mulher e filhos, comportando-se os agregados. Para Freyre (2010), a Casa Grande era a expressão do patriarcalismo, por se fechar no mundo do patriarca.

do brasileiro agir a partir do “dom” ou da “arte” da flexibilidade, da adaptabilidade e da pessoalidade?

A contribuição histórica de Gilberto Freyre para a compreensão da formação do Brasil é altamente relevante, a nosso ver, embora o autor seja criticado por muitos por considerarem sua obra mais próxima de um romance do que de material de estudo sociológico sobre o Brasil, além de o acusarem de defender ideias antiprogressistas. Talvez por este motivo, sua presença e importância acadêmicas tenham sido menosprezadas.

Sergio Buarque de Holanda diverge da historiografia brasileira defendida por Gilberto Freyre, pois para ele as origens de nosso atraso social e econômico não estariam na miscigenação das raças, mas sim nos traços culturais dos portugueses, acarretando o tradicionalismo brasileiro.

Em sua obra *Raízes do Brasil* (1936) analisa a sociedade brasileira da década de 1930 buscando explicar as raízes do que entende por atraso social. Neste livro toma como argumento nossa herança ibérica como responsável por tal atraso, citando como principais características desta herança o espírito aventureiro e o patriarcal, gerando uma sociedade latifundiária e escravocrata. Assim, marca a contradição presente no Brasil de 1930 entre a tradição e a modernidade, pois os valores institucionais atuantes eram contrários aos ideais de desenvolvimento democrático e modernizador dos países desenvolvidos.

Com efeito, onde quer que prospere e assente em bases muito sólidas a idéia de família – e principalmente onde predomina a família de tipo patriarcal – tende a ser precária e a lutar contra fortes restrições a formação e evolução da sociedade segundo conceitos atuais (HOLANDA, 1997; p. 156-157).

Holanda (1997), a partir de tal argumento, discorre sobre os seguintes conceitos: cultura da personalidade, ética da aventura, ruralismo e homem cordial. No entanto, nos deteremos no conceito de Homem Cordial que expressa toda a emotividade do brasileiro, manifesta de forma positiva como agressiva. Cordialidade para ele deveria ser entendida como aquilo que vem do coração, o que é passional, não significando polidez. Esta qualidade do brasileiro está relacionada a seu desprezo pelo formalismo social, por qualquer convenção, por qualquer “ritualismo social”, ou seja, sua necessidade de estar próximo ao outro, “de viver nos outros” impediria “uma reverência prolongada

ante um superior". O que prevaleceria nas relações, então, seria o desejo pela intimidade e não pela polidez. "Seria engano supor que essas virtudes possam significar "boas maneiras", civilidade. São antes de tudo, expressões legítimas de um fundo emotivo extremamente rico e transbordante" (HOLANDA, 1997; p. 160)

Nosso Temperamento admite fórmulas de reverência, e até de bom grado, mas quase somente enquanto não suprimam de todo a possibilidade de convívio mais familiar. A manifestação normal do respeito em outros povos tem aqui sua réplica, em regra geral, no desejo de estabelecer intimidade. E isso é mais específico, quanto se sabe do apego freqüente dos portugueses, tão próximos de nós em tantos aspectos, aos títulos e sinais de reverência (HOLANDA, 1997; p.161-162).

Sendo assim, para Holanda (1997) nossos traços de brasilidade teriam raízes em nossa estrutura familiar de origem patriarcal, que nos distanciaria de uma sociedade modernizada e democrática, visto que temos a diferenciação e a hierarquia, preservando assim, nosso tradicionalismo onde a família com seu patriarca é o centro de tudo, gerando sentimentos de respeito, afeto, raiva, cumplicidade e disputa, retratando assim, emoções às vezes antagônicas, mas altamente compreensíveis do ponto de vista da cordialidade.

DaMatta (1986) ao tentar explicar a sociedade brasileira afirma que ela "quer juntar e não dividir". E esta não divisão nos faz retornar a Freyre com seu foco voltado para a miscigenação, mistura esta que gostaríamos de endossar ao não contestarmos nenhuma das visões sobre nossa formação identitária, pois acreditamos que por tamanha complexidade não caberia a uma só explicação a compreensão da construção de nossa brasilidade.

[...] porque sei que não existe jamais um "não" diante de situações formais e que todas admitem um "jeitinho" pela relação pessoal e pela amizade; porque entendo que ficar malandramente "em cima do muro" é algo honesto, necessário e prático no caso do meu sistema; porque acredito em santos católicos e também nos orixás africanos; porque sei que existe destino e, no entanto, tenho fé no estudo, na instrução e no futuro do Brasil; porque sou leal a meus amigos e nada posso negar a minha família; porque, finalmente, sei que tenho relações pessoais que não me deixam caminhar sozinho neste

mundo, como fazem os meus amigos americanos, que sempre se vêem e existem como indivíduos!
...A construção de uma identidade social, então, como a construção de uma sociedade, é feita de afirmativas e de negativas diante de certas questões (DAMATTA, 1986; p. 17).

DaMatta (1986), a partir do seu “Você sabe com quem está falando?”, faz uma leitura sociológica de símbolos nacionais como o carnaval, as procissões da Igreja Católica, os heróis populares e a malandragem. O jeitinho entendido não como algo folclórico ou transitório, mas um componente estrutural da formação do brasileiro, envolto em diferenciações estabelecidas pelo poder dentro de uma sociedade escravocrata, onde três culturas e saberes se fizeram presentes mesmo com todo autoritarismo e dominação impressos pela cultura ibérica. Assim, uma nação mestiça apoiada na persistência e na audácia dos portugueses, juntamente com a força, a cultura mulçumana dos Malés e de várias outras tribos que diversificavam as próprias tradições africanas, bem como o territorialismo dos índios, que sem a noção de propriedade demonstraram toda sua cordialidade, ingenuidade e beleza aos invasores portugueses. Com esta multiplicidade de saberes, comportamentos, crenças, cores e atitudes formou-se um povo que não é europeu, africano e nem índio, é a mistura dos três e quem sabe por este motivo necessite a todo o momento “ser mais igual que os outros”, através de seu jeitinho (Barbosa 2006), uma busca incessante por uma identidade nacional.

Barbosa (2006), em seu livro *O Jeitinho Brasileiro*, afirma que o jeitinho é um meio de transformar indivíduos em pessoas, a partir de uma fala de igualdade entres os seres humanos, ou seja, um processo de alteridade, onde consigo me colocar no lugar do outro. Logo, pelo jeitinho deixamos de nos colocar como indivíduos, seres únicos e separados, para apostarmos na mistura, na proximidade com outro.

A autora utiliza o conceito de igualdade substantiva para caracterizar a concepção de igualdade tomada pelos brasileiros. Tal igualdade seria simbolicamente entendida como a capacidade de se colocar no lugar do outro, diferenciando, portanto, de outros tipos de igualdade como a de oportunidade. Para Barbosa (2006) “a concepção brasileira de igualdade” impressa no jeitinho, traria para a discussão termos como fraternidade e solidariedade, visto

que como cerne da questão está sempre a compreensão do outro com suas necessidades.

Mas o que seria o jeitinho afinal, em termos de conceito? Preferimos nos apoiar nas palavras da própria autora no intuito de tornar esta definição mais clara:

[...] o jeitinho é sempre uma forma “especial” de se resolver algum problema ou situação difícil ou proibida; ou uma solução criativa para alguma emergência, seja a forma de burla a alguma regra ou norma preestabelecida, seja sob a forma de conciliação, esperteza ou habilidade. Portanto, para que uma determinada situação seja considerada jeito, necessita-se de um acontecimento imprevisto e adverso aos objetivos do indivíduo. Para resolvê-la, é necessária uma maneira especial, isto é, eficiente e rápida, para tratar do “problema”. Não serve qualquer estratégia. A que for adotada tem de produzir os resultados desejados a curtíssimo prazo. E mais, a não ser estas qualificações, nenhuma outra se faz necessária para se caracterizar o jeito (BARBOSA, 2006; p. 41).

Para a autora há uma linha tênue que separa o jeitinho do favor e da corrupção. No entanto, podemos estabelecer valores e características que os distinguem entre si. Enquanto o favor é sempre positivo, o jeitinho pode ser ou não, já a corrupção é sempre negativa, ou seja, o jeitinho estaria no meio de uma reta com seus extremos positivos e negativos.

O favor implica relação de proximidade, intimidade entre as partes, gerando um sentimento de dívida com aquele que presta o favor. O jeitinho, contudo, pode ser realizado entre pessoas que não se conhecem, gerando ou não uma reciprocidade na retribuição. E quando gera é de outra ordem que não a de dívida. O favor não envolve ações ilegais ou transgressoras, já o jeitinho quase sempre recai num ato de infração. Neste caso o que o diferencia da corrupção é a ação não estar atrelada a obtenção de uma vantagem material, no jeitinho o ator da ação não visa se beneficiar. Assim, o que marcaria a distinção entre jeitinho e corrupção seria o montante envolvido, no caso do jeito o agrado não passaria de um “cafezinho” ou uma “cervejinha”. No entanto, segundo Barbosa (2006) na prática tais diferenciações acabam sendo imprecisas.

Definido o jeitinho, cabe agora demarcarmos como tal conceito se articula com o tema desta tese. Buscamos traçar as semelhanças que

perpassam nossa mítica identidade brasileira com o fazer saúde da ACS, por esta ser uma profissional genuinamente brasileira e que pertence exclusivamente ao SUS como trabalhadora, outro produto idealizado para as condições de saúde da população brasileira.

Torna-se necessário enfatizar que a busca pela descrição do jeito de fazer saúde da ACS com suas peculiaridades e dificuldades foi a forma escolhida nesta pesquisa para discutir o processo de trabalho e a saúde desta trabalhadora *sui generis*. A obrigatoriedade de residir no local de exercício de suas atividades é fator ambíguo que tanto pode gerar benéficos para as ações da atenção primária em saúde como reforçar posturas autoritárias e higienistas de antigos programas de saúde. Assim, é de fundamental importância trazer para a discussão o real papel e valor da ACS, e repensar sua formação, suas atribuições e os saberes que constroem através de sua prática diária e da vida na própria comunidade, não apenas para dar passagem e proteção aos outros profissionais da equipe. Mas, principalmente como ferramenta importante para a própria proteção desta trabalhadora, bem como para o sucesso das ações em saúde desenvolvidas na ESF no Município do Rio de Janeiro.

Partimos do pressuposto que as ACS utilizam o jeitinho de forma exacerbada como estratégia para a realização das tarefas e satisfação das necessidades demandadas pelos usuários, visto que possuem, como os usuários dos serviços de saúde, a vivência como moradoras de comunidades populares, ou seja, as dificuldades de acesso e resolução dos problemas de saúde. Esta experiência de vida conferiria a ACS uma bagagem de estratégias de sobrevivência e resistência que se transformariam em instrumentos de trabalho ao realizar suas atividades no setor saúde. Um jeito de fazer saúde baseado na criatividade e nas suas próprias estratégias enquanto moradora, conformando assim suas ações como trabalhadora exclusiva do SUS.

Haveria, portanto, uma interface desta categoria empírica e teórica com as abordagens clínicas do trabalho, uma vez que ela expressaria as transgressões (DEJOURS, 1999) das ACS para darem conta de suas tarefas. Assim, o jeitinho, poderia sintetizar o modo singular dessas trabalhadoras lidarem com os constrangimentos, dificuldades e limitações que encontram no exercício de sua atividade.

Capítulo 4. O TERRITÓRIO DE INVESTIGAÇÃO

Ponto primordial do processo de trabalho da ACS é o território, visto que este é seu espaço de moradia, de atuação profissional, de formação e consequentemente de intervenção, sendo também uma das principais formas de organização das ações na SF, pela adscrição da população. Embora a delimitação territorial traduzida por área e microárea de atuação seja feita com base no mapeamento geográfico e na distribuição quantitativa da população e não na dinâmica social, cultural e política dos territórios, tais dinâmicas serão consideradas.

Isto significa que buscaremos ultrapassar a visão gerencial estrita, onde a divisão de espaço se dá apenas para facilitar o gerenciamento político-administrativo, considerando também todos os processos que se desenvolvem e se alteram dentro de um determinado espaço, área, bairro, comunidade, local entendido como campo de pesquisa. Entender o território em toda sua complexidade contribuiu para melhor compreensão das falas, dos silêncios, das contradições da ACS sobre seu processo de trabalho e sua interferência nos problemas de saúde por ela relatados.

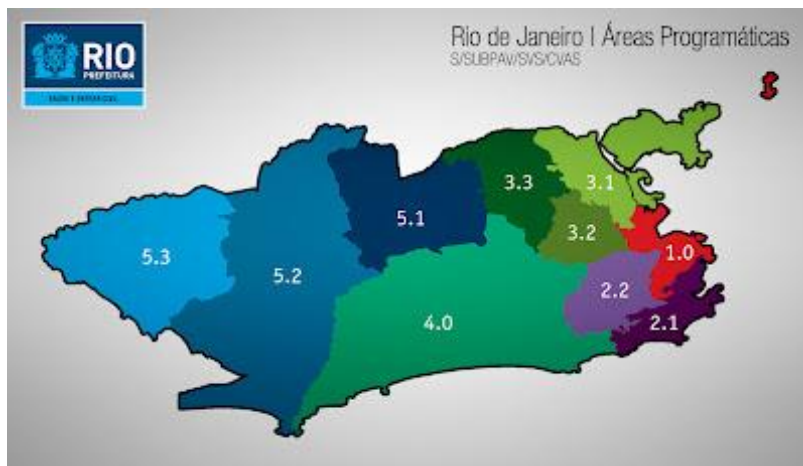
4.1. Manguinhos e as USF: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) e Clínica da Família Victor Valla (CFVV)

Como território de pesquisa escolhemos o bairro de Manguinhos, situado na zona norte do Município do Rio de Janeiro, subúrbio da Leopoldina. Esta denominação se refere à linha férrea que corta os bairros de Bonsucesso, Manguinhos, Ramos, Complexo do Alemão, Olaria, Penha. É pertinente esclarecer que a cidade do Rio de Janeiro é delimitada administrativamente em seu espaço físico em cinco Áreas de Planejamento (AP) ⁹, 33 Regiões Administrativas (RA) e 160 bairros. O bairro de Manguinhos encontra-se na AP3 que é composta por 13 RA e subdivida em AP3.1, AP3.2 e AP3.3. O

⁹ As cinco AP do Rio de Janeiro são: AP.1, AP.2, AP.3, AP.4, AP.5. As 33 RA são: Jacarepaguá, Bangu, Pavuna, Complexo da Maré, Rocinha, Ilha do Governador, Campo Grande, Complexo do Alemão, Santa Cruz, Méier, Barra da Tijuca, Ramos, Madureira, Penha, Vigário Geral, São Cristóvão, Jacarezinho, Vila Isabel, Guaratiba, Irajá, Realengo, Rio Comprido, Tijuca, Anchieta, Inhaúma, Portuária, Lagoa, Botafogo, Santa Teresa, Copacabana, Cidade de Deus, Paquetá, Centro. Segundo publicação denominada Coleção Estudos Cariocas do Instituto Pereira Passos. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br> (acessado em 06/Novembro/2012).

referido bairro pertence à AP3.1 (composta de seis RA - Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré) que fica na Xª RA (Ramos).

Figura 1 Mapa das Áreas Programáticas (AP) do Município do Rio de Janeiro.



Fonte: Coordenação de vigilância ambiental em saúde
<http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>.

Até a efetivação do PAC ¹⁰ Manguinhos (Plano de Aceleração de Crescimento), o chamado Complexo de Manguinhos era formado por quinze comunidades de alta vulnerabilidade social (Parque Oswaldo Cruz, Parque Carlos Chagas, Comunidade Nelson Mandela, Comunidade Samora Machel, Comunidade Mandela de Pedra, Comunidade CONAB, Conjunto Habitacional Provisório 2, Vila Turismo, Parque João Goulart, Comunidade Monsenhor Brito, Comunidade Agrícola de Higienópolis, Comunidade Vila São Pedro, Conjunto Ex-Combatentes Vila União, Área Urbana). No entanto, com o PAC houve uma reconfiguração das comunidades devido à remoção de alguns moradores e sua realocação nos condomínios EMBRATEL e DESUP, gerando também uma reconfiguração das equipes de SF do bairro.

Com uma população estimada em 45 mil habitantes no ano 2007, Manguinhos é conhecido por suas condições nada favoráveis: violência, miséria, uso e tráfico de drogas.

¹⁰ PAC – conjunto de intervenções urbanísticas em comunidades da cidade do Rio de Janeiro, onde seriam construídos e implantados equipamentos públicos como escolas, unidades de saúde, bibliotecas (entre outros), além de prever a realocação de famílias localizadas em áreas de risco ou em locais de passagem das obras (Disponível em: http://www.encontro2012.historiaoral.org.br/resources/anais/3/1340398725_ARQUIVO_textohistoriaoralfinal.pdf, acessado em 27/Novembro/2012).

Do ponto de vista sócio-geográfico, nessa área, formada por 15 comunidades que compõem o Complexo de Manguinhos, coexistem baixa renda, desemprego, violência, problemas de saúde, habitação e transporte, velhas dificuldades na educação, inexistência de alternativas de lazer e entretenimento, tudo o que, sabidamente, concorre para degradar a qualidade de vida de seus moradores (PORTO, 2006; p. 61).

Em 2000 foi implantado o PSF neste bairro (PSF Manguinhos), inicialmente com duas equipes – Mandela de Pedra (na época a mais carente das comunidades) e Parque João Goulart, sediadas e gerenciadas pelo CSEGSF, sendo em 2004 expandido para mais seis equipes (COELHO, 2009). Atualmente o PSF Manguinhos conta com 13 equipes, contabilizando 86 ACS atuando neste território. Estas equipes se dividem em duas USF que são gerenciadas pelo TEIAS Manguinhos (Território Integrado de Atenção à Saúde), não estando mais vinculadas à gerência do CSEGSF como na época de sua implantação. Cabe esclarecer que o Projeto de Territórios Integrados é uma proposta para o gerenciamento da saúde na cidade do Rio de Janeiro pela atual gestão. Esta forma de gerência se caracteriza por contratos de prestação de serviços entre o município e as Organizações Sociais (OS), “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de relevante valor social” (MODESTO, 2001; p. 31), que passam a ser responsáveis pela contratação e administração de todo o funcionamento das USF no Rio de Janeiro. Logo, a grande parte dos profissionais envolvidos com a estratégia saúde da família é terceirizada, sendo uma menor parcela constituída por funcionários públicos cedidos e designados a SF sob à gerência da OS.

4.2. CSEGSF

A primeira unidade a receber EqSF foi o CSEGSF, referência em atenção primária para a população de Manguinhos antes da implantação ESF.

O CSEGSF é um departamento de assistência, ensino e pesquisa da ENSP/Fiocruz. Foi criado em 1966 para ser uma unidade de treinamento para os alunos da ENSP/Fiocruz, tendo, portanto, a função de ser um campo de prática e pesquisa em saúde pública, se responsabilizando, no entanto, com

assistência à saúde aos moradores de Manguinhos, através da realização de ações dentro de suas dependências ou na própria comunidade (CORREIA, 2008; LIMA, 2012). Até o ano de 1988 era um órgão de apoio à direção da ENSP/Fiocruz, tendo seu *status* alterado para departamento da ENSP/Fiocruz por decisão do Congresso Interno ¹¹. Assim, passa a ter assento no Conselho Deliberativo da ENSP/Fiocruz já com seu atual nome – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

No início da década 1980 a então, Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria (UTGSF) priorizava as ações para o segmento materno-infantil, devido a solicitação, dos próprios moradores de ampliação dos serviços e que os mesmos fossem realizados dentro da comunidade como consultas médicas e assistência odontológica. Em 1982, através do diálogo entre movimentos sociais da localidade que pleiteavam treinamento para realizarem ações concretas junto a suas comunidades, se delineou as primeiras experiências com agentes comunitários em Manguinhos. Foi elaborado um programa de capacitação de mulheres que atuariam na prevenção de agravos à saúde dentro de sua comunidade, mas de forma voluntária, sem vínculo empregatício, sendo esta condição razão de entrave para esta proposta se consolidar e se manter (GIFFIN e SHIRAIWA, 1989).

Em 1986 é retomado o trabalho com agentes de saúde através de convênio entre UTGSF e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), garantindo desta vez a remuneração das agentes em regime de 40 horas semanais por um período de nove meses. Após este período contou-se com o apoio da Fundação Kellog, pelo Programa de Apoio à Reforma Sanitária (PARES/ENSP). Com o primeiro Congresso Interno da Fiocruz em 1988, as agentes de saúde ainda em atuação na UTGSF são incorporadas ao quadro de trabalhadores da instituição, devido a exigências legais. Visto que pela Constituição Federal os funcionários públicos deveriam ser admitidos por

¹¹ “O Congresso Interno é o órgão máximo de representação da comunidade da Fiocruz. A ele compete deliberar sobre assuntos estratégicos relacionados ao macroprojeto institucional, sobre o regimento interno e propostas de alteração do estatuto, bem como sobre matérias que possam interferir nos rumos da instituição. O evento, que acontece a cada quatro anos, é presidido pelo presidente da Fiocruz e composto por delegados eleitos pelas unidades, em número proporcional aos de seus servidores. A primeira edição do Congresso Interno ocorreu em 1988, durante a gestão de Sérgio Arouca” (Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/tags/congresso-interno>, acessado em 29/Abril/2013).

concurso público, várias medidas foram adotadas para dar conta do grande número de profissionais que atuavam nos órgãos públicos e autarquias sem que a admissão tenha se dado por concurso público. No entanto, a incorporação das agentes se deu para o cargo de visitantes sanitários e não de agentes de saúde, porque ainda não havia regulamentação para esta profissão.

O CSEGSF, seguindo a tendência de implantação do PSF como proposta de reestruturação do modelo de atenção a saúde ditado pelo Ministério da Saúde (que privilegiava as áreas de risco social para sua implantação), implanta no ano 2000 o PSF Manguinhos. Esta implantação se deu através de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e o CSEGSF. Neste convênio coube à SMS o financiamento das equipes, duas inicialmente (Mandela de Pedra e Parque João Goulart), através de repasse financeiro para a então, Fundação de Apoio Tecnológico e Científico à ENSP (FENSPTEC), hoje transformada em Organização Social denominada FIOTEC. Assim, cabia a FENSPTEC a responsabilidade da contratação de pessoal para o PSF, sendo este administrado e gerenciado pela chefia do CSEGSF.

Em 2004 houve a primeira ampliação de cobertura do PSF Manguinhos¹², onde mais seis equipes foram criadas totalizando oito equipes lotadas nas dependências do CSEGSF e ainda gerenciadas por ele. Atualmente, o PSF Manguinhos (Parque Oswaldo Cruz – POC, Parque Amorim, Parque Carlos Chagas – PCC, Vila Turismo – VT, Comunidade Agrícola e Parque João Goulart – PJG) conta com seis equipes (responsáveis por assistir a 4.926 famílias cadastradas) que são gerenciadas por um profissional contratado pelo TEIAS Manguinhos¹³. Logo, com esta mudança o PSF Manguinhos deixou de ser administrado pelo CSEGSF, passando a coexistir dentro do mesmo espaço físico (o do CSEGSF) duas gerências: a do CSEGSF¹⁴ e a do Centro Municipal

¹² Este foi o nome atribuído às EqSF implantadas em Manguinhos no ano 2000, permanecendo esta designação mesmo não se utilizando o termo Programa e sim Estratégia, além de servir como termo que diferencia as equipes sediadas no CSEGSF das sediadas na CFVV. Vale ainda esclarecer que com a criação da CFVV duas equipes lotadas no CSEGSF foram transferidas para esta nova unidade.

¹³ O TEIAS Manguinhos é fruto de uma cooperação entre diferentes unidades da Fiocruz, o Governo do Estado do Rio de Janeiro e a SMSDC, e tem o objetivo de integrar as ações de promoção, prevenção e assistência em saúde à população da Zona Norte do Rio de Janeiro, cabendo a FIOTEC, como OS, gerenciar os recursos financeiros e contratuais.

¹⁴ O CSEGSF é formado por seu quadro de funcionários públicos federais e de alguns terceirizados ou bolsistas de pesquisa que desenvolvem suas atividades vinculados

de Saúde Manguinhos (CMSM) ¹⁵. Esta relação por vezes é permeada por diversas interferências e constrangimentos, por tais chefias seguirem diretrizes e hierarquias distintas.

A exemplo disto houve o processo de acreditação ¹⁶ a que o CSEGSF foi submetido, onde todas as ações dentro de suas instalações precisaram passar por processo de avaliação para o cumprimento de padrões de qualidades, sendo necessária a reestruturação de algumas práticas, como a do prontuário físico, obrigatório para todos os atendimentos realizados em suas dependências. No entanto, a SF não mais adotava o prontuário de papel e sim o prontuário eletrônico, havendo um impasse no processo de acreditação, visto que a SF deveria adotar também o prontuário físico, mesmo tendo outra gerência. Este foi apenas um dos embates, travados entre o CSEGSF e o CMSM o processo de acreditação identificados no período da realização da pesquisa.

Na história de criação do CSEGSF fica claro o contato próximo e compartilhado entre profissionais e moradores de Manguinhos, se estabelecendo uma relação de cumplicidade e afetividade entre a unidade de saúde e seus usuários, até porque alguns dos moradores passaram a ser legalmente profissionais daquela instituição (em 1988 como funcionários públicos federais e em 2000 com a contratação das primeiras ACS do PSF Manguinhos), reforçando a parceria e a colaboração entre as partes. Esta relação entre a comunidade e o CSEGSF pôde ser constatada em evento realizado na ENSP/Fiocruz em 08 de dezembro de 2011 (Participação Social, Saúde da Família e Intersectorialidade: desafio da construção local em Manguinhos), através da fala de moradores ao exaltarem e valorizarem as ações desta Unidade e de seus profissionais ao logo de seus mais de quarenta anos de serviço a esta comunidade. Tal manifestação foi gerada pelo questionamento de uma usuária sobre a ausência da chefia do CSEGSF na

diretamente a chefia deste Centro de Saúde, sendo sua chefia eleita por seus profissionais nas eleições departamentais da ENSP/Fiocruz.

¹⁵ Designação criada pela prefeitura para diferenciar a SF das atividades do CSEGSF. Os profissionais da SF gerenciados pelo CMSM são em sua grande maioria terceirizados, havendo uma pequena parcela de funcionários do Município cedidos a SF.

¹⁶ O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, vinculado à Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (CSEGSF/ENSP/Fiocruz), conquistou acreditação internacional conferida pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), que aplica o método da organização norte-americana *Joint Commission International* (JCI). O centro de saúde é a primeira unidade de atenção primária no mundo a receber essa certificação (Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infol=4580&sid=9>)

mesa de debate do referido evento ¹⁷, visto se tratar do tema saúde e participação social em Manguinhos. Segundo a moradora a composição da mesa deixava transparecer que o cuidado a saúde daquela população datava da implantação da SF naquele território e não da criação do CSEGSF como unidade de assistência. Assim, fez questão de demarcar uma história que fazia parte das representações de uma comunidade, envolvendo afeto, compromisso, reconhecimento e proximidade entre este serviço e as comunidades de Manguinhos, que ganhou reforço com depoimentos de outros moradores.

Esta característica de proximidade é que torna este CS peculiar, ao pensarmos a SF no território, visto ter uma história de parceria com a comunidade antes mesmo da implantação da ESF como proposta nacional de assistência para atenção primária à saúde. Se comparada a outras USF no município que não possuem uma história pregressa de atendimento a comunidade de forma participativa, o CSEGSF é um lugar privilegiado para o desenvolvimento da prática e preceitos da SF, pois já realizava visitas domiciliares e diálogos sobre os problemas das comunidades e possíveis soluções junto às associações de moradores e outros movimentos sociais do seu entorno.

Logo, as relações estabelecidas entre os profissionais de saúde também são diferenciadas, principalmente no que tange em relação às ACS. Como destacamos, vinte anos antes da implantação das duas EqSF em Manguinhos o CSEGSF já desenvolvia experiências com a parceria de moradores. Por estes motivos, torna-se importante demarcar as relações de proximidade entre o CSEGSF e a comunidade de Manguinhos antes da implantação da SF no bairro, sinalizando sua relevância enquanto unidade de saúde que já foi referência de práticas inovadoras junto à população, tendo sido responsável por acompanhar muitas gerações de moradores deste bairro, incluindo as atuais ACS, que já eram usuárias deste serviço, uma vez que até o ano de 2010 (criação da CFVV) era a única unidade de saúde a prestar cuidados

¹⁷ Vale esclarecer que o evento em questão foi promovido pela Gerência do TEIAS Manguinhos, sem a colaboração direta do CSEGSF, assim, os painéis de debate foram coordenados e apresentados pelos profissionais da gestão e assistência da Saúde da Família apenas. Esta situação de negação da memória da Saúde no território de Manguinhos, desconsiderando as ações e importância do CSEGSF, foi palco de discussão entre seus funcionários e gerou uma carta, aprovada em Assembleia, à direção da ENSP/Fiocruz explicitando a insatisfação com o descaso.

primários neste território. Logo, os próprios profissionais da CFVV (em sua grande maioria) fizeram escola no CSGSF como ex-alunos ou como profissionais das primeiras EqSF de Manguinhos.

4.3. CFVV

Com a necessidade de aumentar a cobertura da ESF em Manguinhos houve a necessidade da construção de outro espaço para a distribuição das equipes, visto que no CSEGSF seria impossível abrigar novos profissionais.

A CFVV foi inaugurada em 13 de abril de 2010 comportando cinco equipes, passando a integrar o conjunto de equipamentos que compõe o TEIAS Manguinhos. Torna-se importante esclarecer o objetivo geral do TEIAS na tentativa de compreendermos as bases que esta Clínica de Família foi criada. O TEIAS-Escola tem como objetivo articular no âmbito da APS as dimensões da promoção e atenção à saúde, ações intersetoriais, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a população do território de Manguinhos, através da parceria entre SMSDC do Rio de Janeiro e a ENSP/Fiocruz.

Suas instalações foram pensadas para a proposta da SF sendo destinado um consultório para cada equipe, além de uma sala para as ACS, assim, seu espaço físico é composto por: recepção e espaço de acolhimento; 11 consultórios; 3 consultórios de odontologia e 1 escovário; farmácia; sala para vacinação; sala para curativos; sala de coleta de exames; sala de reunião de grupo; sala de procedimentos; sala administrativo/gerente; sala dos agentes de saúde; espaço de educação permanente (sala reunião e laboratório de informática com 12 computadores). Outra importante característica é o regime de contratação a que estão submetidos os seus profissionais, visto que segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, todos são contratados por tempo determinado e em regime celetista pela FIOTEC/Fiocruz), OS responsável pela SF de Manguinhos.

Atualmente a CFVV possui sete equipes em atividade (EMBRATEL, Nelson Mandela, CHP2, Mandela de Pedra, DESUP-CONAB, Samora Machel e Vila União), sendo uma de Consultório na Rua, que são responsáveis pela cobertura de 5.498 famílias. Sua história está sendo construída a partir do modelo atual de cuidados primários à saúde, denominado Saúde da Família.

Desta forma, sua relação com a comunidade assistida e com as próprias ACS está sendo estabelecida junto com todas as transformações decorrentes do PAC Manguinhos.

Capítulo 5. DESCRIÇÃO DE NOSSA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa que utilizou a combinação de diferentes instrumentos metodológicos (qualitativos e quantitativos), buscando a integração das perspectivas do fenômeno estudado, na tentativa de melhor compreendê-lo. Para Minayo (1992; p. 36), “a questão essencial não é a polêmica entre quantitativo versus qualitativo, objetivo versus subjetivo, mas o caráter do objeto de conhecimento: o ser humano e a sociedade”. Assim:

Esse objeto que é sujeito se recusa peremptoriamente a se revelar apenas em números ou a se igualar com sua própria aparência. Desta forma coloca ao estudioso o dilema de contentar-se com a problematização do produto humano objetivado ou de ir em busca, também, dos significados da ação humana que constrói a história. É um desafio na busca de caminhos.

Assim, através da complementaridade de instrumentos, pudemos conhecer o processo de trabalho das ACS e suas interferências e consequências na saúde de forma mais esclarecedora. As técnicas utilizadas foram: a observação participante, o questionário INSATS e a entrevista em grupo (MINAYO, 1992), sendo os dados analisados a partir do enfoque qualitativo.

Com base neste pensamento de combinação de instrumentos, o inquérito INSATS foi idealizado com a preocupação de não ser a única ferramenta de apreensão das condições de trabalho e saúde de um determinado território de estudo, necessitando, portanto, de outros instrumentos que o auxiliem na análise da atividade real de trabalho (BARROS-DUARTE, et al., 2007; p. 23). Assim, nas palavras das autoras:

Na verdade, e a propósito da combinação entre os métodos quantitativos e qualitativos, Volkoff (2005) vai mais além nesta reflexão e, recuperando a ideia de saberes-fazer de prudência proposto por Cru & Dejours (1983), salienta o quanto as análises estatísticas no domínio da saúde no trabalho devem ser prudentes e cautelosas. Procura-se, desta forma, “apelar não apenas a uma reflexão sobre a metodologia utilizada, mas, igualmente, sobre a própria realidade estudada (o trabalho e as implicações para a saúde).

Pontuamos que para se estudar e compreender o processo de trabalho da área da saúde é necessário lançar mão de metodologias que considerem e valorizem toda a complexidade e subjetividade impressas neste processo. Assim, o método adotado não deve apenas descrever os dados, mas contextualizá-los, inscrevendo-os na historicidade da profissão e dos sujeitos envolvidos. Adotamos, portanto, a metodologia qualitativa como abordagem, por ser ela capaz de “incorporar o significado e a intencionalidade como fundamentais às construções humanas, contidas em seus atos, relações e estruturas sociais” (MINAYO, 1992; p.10).

Como aportes teóricos, recorremos à concepção de saúde de George Canguilhem e ao ponto de vista da atividade (DURRAFOURG, 2010) que nos propiciaram compreender o jeito ACS de fazer saúde, a partir da associação entre a mobilização da subjetividade deste trabalhador e de sua história de vida (caracterizada pela dupla inserção morador/profissional). Isto porque o trabalho é muito mais que a execução de normas prescritas, pois mobiliza o trabalhador a expressar sua subjetividade na execução do trabalho real. Desta forma, o vivido e a história pessoal de cada um se mantêm presentes na construção do sentido que o trabalhador dá a sua atividade. Assim:

Como observa a professora Judith Tandler, a criatividade do ACS na mobilização das famílias para a promoção da saúde não está no cumprimento mecânico de suas tarefas, mas no compromisso com o trabalho que o desafia. Este é facilitado pela sua convivência com as famílias que acompanha, com as quais compartilha a mesma cultura e as mesmas dificuldades. (BRASIL, 2010, p.18).

Adotamos o ponto de vista da atividade para entendermos a complexidade do trabalho real desenvolvido pelas ACS, ou seja, o caráter não totalmente padronizável da vida e do trabalho (BRITO, 2005; p. 883). Buscamos então, na Psicodinâmica do Trabalho, na Ergologia e na Clínica da Atividade sustentações teóricas para identificarmos o sofrimento, as estratégias de defesa, as variabilidades, as respostas criativas, conhecendo assim os valores e significados desta profissão.

Nosso interesse pelo ponto de vista da atividade coaduna com o tipo de pesquisa proposto, visto que prega a participação direta do trabalhador na construção de um conhecimento prático, possibilitando a articulação entre

pesquisa e intervenção (BRITO, 2005; p. 883). Traz, desta forma, a possibilidade de ganho e atuação do trabalhador durante e após o processo de investigação, não considerando os sujeitos da pesquisa meras cobaias e sim atores atuantes em todo o processo. Assim, nossa investigação teve como base as falas, as impressões e as observações produzidas através do contato direto do pesquisador com as ACS e seu ambiente de trabalho. Esta aproximação teve o objetivo de ir além do meramente relatado ou do simplesmente respondido. Assim, buscamos compreender o não dito, o não revelado claramente, as contradições, indícios estes que foram seguidos com o intuito de buscar entender o jeito de fazer saúde desta profissional (MINAYO, 1992).

5.1. Os sujeitos da pesquisa

Os critérios estabelecidos para a composição de nosso grupo foi a participação voluntária na pesquisa, tempo mínimo como ACS de um ano, sendo pelo menos dois ACS de cada equipe. Considerou-se o tempo de atuação na atividade como fundamental para identificar e conhecer as peculiaridades desta atividade, que se constrói na prática, visto que sua regulamentação é recente e diferenciada de região para região do país. Logo, um tempo mínimo nesta atividade é necessário para a percepção de determinadas condições e ações que os manuais e orientações elaborados pelo Ministério da Saúde e pelas prefeituras não conseguem dar conta. Sendo assim, é através da vivência e da apropriação da realidade concreta do trabalho que as ACS percebem as reais condições desta atividade e de sua atuação junto à comunidade e ao serviço de saúde.

Em uma população de 86 ACS contabilizados entre as duas USF de Manguinhos (65 mulheres e 21 homens), nosso grupo contou com 34 ACS (20 mulheres e 14 homens), com idades compreendidas entre 22 e 62 anos, sendo a média de idade 38 anos ($M = 38,82$; $SD = 12,486$). Vale dizer que nesse grupo houve a representação de todas as equipes do território, com a participação de pelo menos dois ACS de cada equipe.

5.2. A entrada em campo e os instrumentos de pesquisa

5.2.1. Observação participante

Esta técnica foi criada no seio da antropologia, sendo a pesquisa de B. Malinowsk (1978) sobre os nativos das Ilhas Trombiand, a grande base para as reflexões sobre sua importância e sistematização. Na observação participante o pesquisador se insere ao grupo investigado, interagindo com ele no cotidiano para perceber o que significa estar naquela situação específica, focalizando o comportamento e as relações (MINAYO, 1992). Em nosso estudo esta inserção se deu na sala de espera das USF (CSEGSF e CFVV) e nas salas em que foram realizadas a aplicação do INSATS e teve o objetivo de focar a atividade das ACS frente às situações reais de trabalho dentro das USF, assim como a dinâmica da aplicação do INSATS.

O trabalho de campo foi iniciado pelas visitas às USF para estabelecimento de contato com seus gestores, estipulando o ritmo da pesquisa com os mesmos. Nesta etapa de visita já iniciamos as observações diretas (participante) (MINAYO, 1992) do ambiente de trabalho das ACS, através de um roteiro pautado nos seguintes elementos: horário de início e término do expediente, tarefas desenvolvidas, espaço físico, profissionais envolvidos no acolhimento, no atendimento clínico, nas ações de educação em saúde, tipos de atendimento (individual ou em grupo); relação de trabalho entre os membros das equipes (hierarquização, afinidades e cooperação); relação entre as ACS e os demais profissionais com os usuários do serviço; recursos utilizados pelas ACS em sua prática dentro do espaço das USF.

Durante o preenchimento do INSATS realizamos as observações com o objetivo de perceber a dinâmica da ACS frente às questões colocadas por esse instrumento e sua interação com seus colegas. Todas estas observações foram registradas em diário de campo (MINAYO, 1992).

5.2.2. O INSATS

O INSATS é uma adaptação brasileira do instrumento original português INSAT (Inquérito Saúde e Trabalho). A versão brasileira (INSATS), adaptada pelo

grupo de pesquisa PISTAS ¹⁸ a partir da versão original de 2007, através de uma parceria feita com a Universidade do Porto, consistiu na adequação da linguagem, para o português falado no Brasil, bem como maior proximidade com as especificidades das atividades desenvolvidas no setor serviço (GOMES, 2011). Vale ressaltar que esta versão segue o objetivo do instrumento original português (INSAT), que é o de “estudar as consequências do trabalho e das condições de trabalho, actuais e passadas ao nível da saúde e do bem estar” (BARROS-DUARTE et al., 2007; p. 57).

O INSAT foi elaborado por pesquisadores da Universidade do Porto em 2007 com o intuito de analisar as condições de trabalho e saúde (BARROS-DUARTE et al., 2007) e sofreu adaptações no ano de 2010 (BARROS-DUARTE e CUNHA, 2010). Segundo suas formuladoras, este instrumento segue uma lógica coerente e integradora, permitindo a tomada de consciência gradual e progressiva das consequências do trabalho na saúde e bem estar. Esta lógica é reforçada por ser um instrumento autoaplicado, onde o próprio trabalhador lê e responde às questões, solicitando o auxílio do pesquisador se desejar. Assim, oferece mais liberdade e autonomia ao entrevistado, que determina o tempo de resposta ao questionário, podendo entregar-se às questões mais mobilizadoras sem interrupções.

Em sua construção foram utilizados como pilares os inquéritos *Surveillance Médicale des Risques Professionnels* (SUMER), *Évolutions et Relations en Santé au Travail* (EVREST) e *Saúde, Idade e Trabalho* (SIT), buscando-se caracterizar os principais riscos profissionais que os trabalhadores estão submetidos dentro de um mesmo setor de atividade, compreendendo, portanto, a influência que os constrangimentos de trabalho têm na vida do trabalhador (BARROS-DUARTE et al., 2007). Assim, suas temáticas são o trabalho e as condições de trabalho; as dificuldades sentidas no trabalho; o estado de saúde e a saúde no trabalho, estando organizado em sete eixos principais que dão origem a um conjunto de perguntas progressivas e mobilizadoras: (i) o trabalho, (ii) condições e características do meu trabalho, (iii) condições de vida fora do trabalho, (iv) o que me custa mais no meu

¹⁸ Grupo de Pesquisa e Intervenção em Atividade de Trabalho, Saúde e Relações de Gênero (PISTAS) está vinculado ao CNPq e é coordenado pelas Pesquisadoras Jussara Cruz de Brito e Simone dos Santos Oliveira (CESTEH/ENSP). Tem como proposta contribuir com o campo da Saúde do Trabalhador, buscando compreender e transformar as situações desfavoráveis à saúde, com foco na atividade de trabalho e considerando a dimensão de gênero como transversal.

trabalho, (v) formação no meu trabalho, (vi) o meu estado de saúde e (vii) saúde no meu trabalho (BARROS-DUARTE et al., 2007).

Desde sua elaboração, em 2007, o INSAT vem sendo utilizado em diversos setores de atividade, levando à difusão e a diversificação da forma de aplicação, contribuindo para uma maior discussão de sua funcionalidade e de seus resultados. A parceria entre a Universidade do Porto (Portugal) e a Fiocruz (Brasil) possibilitou que pesquisadores destes países trocassem experiências sobre a sua forma de aplicação e outros instrumentos utilizados para sua complementação ou análise.

Através destas trocas (artigos científicos, seminários) pudemos identificar diferenças entre os dois grupos de pesquisa, como o número das amostras utilizadas e os setores eleitos para aplicação dos instrumentos em questão. Os estudos levantados sobre o INSAT demonstraram que as amostras variaram entre sete e 161 participantes, não se concentrando num setor específico de atividade. Foram realizadas pesquisas no setor de transporte rodoviário e ferroviário coletivo (NOGUEIRA, 2009; CUNHA, 2011; SANTOS, 2010), setor da educação, formação, na Administração local - serviços municipalizados de água e saneamento, nas forças policiais e no setor das indústrias (BARROS-DUARTE e CUNHA, 2010).

No Brasil houve um direcionamento para o setor saúde com amostras não ultrapassando 34 participantes. Isto pode ser justificado pela preferência por estudos qualitativos na área da saúde do grupo em questão, pós-graduandos e pesquisadores vinculados ao grupo PISTAS. A exemplo disto temos: dissertação de mestrado sobre o trabalho de profissionais de enfermagem de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) de um Hospital Universitário da Região Nordeste, onde 18 profissionais foram investigadas entre técnicas de enfermagem e enfermeiras (SOUSA, 2010); tese de doutorado realizado em UTIN de uma Maternidade Escola na cidade do Rio de Janeiro com 33 sujeitos entre técnicos e auxiliares de enfermagem (GOMES, 2011); dissertação sobre o trabalho dos profissionais da coleta de sangue do HEMORIO (Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Sequeira Cavalcanti) na cidade do Rio de Janeiro, com aplicação do instrumento a 12 profissionais (FREITAS, 2011).

5.2.2.1. *Aplicação do INSATS-BR*

Nos estudos portugueses (NOGUEIRA, 2009; SANTOS, 2010, BARROS-DUARTE e CUNHA, 2010; CUNHA, 2011) verificamos que a aplicação do INSAT ocorreu de forma individual e em pequenos grupos, dependendo da dinâmica de cada setor envolvido. A aplicação com o grupo de ACS também foi direcionada pela dinâmica de cada USF, bem como pela disponibilidade e escolha das ACS envolvidos. É importante ressaltar que embora tenha havido variação no lugar de aplicação e no número de entrevistados, as orientações da pesquisadora quanto ao preenchimento do questionário e sua presença junto aos entrevistados foi constante e permanente, com exceção de uma ACS que solicitou o preenchimento do instrumento em seu domicílio. Foi garantido aos mesmos o direito de escolha em participar ou não da pesquisa e o melhor momento e lugar para sua realização.

A aplicação do INSATS-BR ocorreu em dezembro de 2011 e variou conforme a USF devido ao espaço físico, à disponibilidade e sugestão das ACS, dos profissionais das equipes e da própria gerência. Assim, podemos caracterizar a aplicação pelo local em que foi realizado, pelo número de participantes e a dinâmica adotada (individual, em pequenos grupos e grupos maiores):

- 1) Sala das ACS dos Agentes de Endemias no CSEGSF – aplicação em conjunto, no entanto, com orientação e preenchimento individuais. Não houve interação das ACS no momento do preenchimento, valendo ressaltar que embora tenham preenchido o questionário individualmente, outras ACS encontravam-se na sala trabalhando no computador. Seis ACS participaram da aplicação (cinco mulheres e um homem).
- 2) Consultório médico no CSEGSF após a reunião de equipe – aplicação em conjunto com instrução coletiva e preenchimento individual, com grande interação entre os participantes, gerando debate sobre alguns itens, por dificuldade de compreensão ou por necessidade de compartilharem algum sentimento ou experiência. Quatro ACS participaram desta aplicação (um homem e três mulheres).
- 3) Sala de espera (onde se realiza o acolhimento aos usuários) do CSEGSF e da CFVV – esta aplicação foi realizada de forma individual no guichê de atendimento da ACS. Por este motivo nossa presença não

se deu o tempo todo ao lado da respondente. Em alguns momentos nos afastávamos para não gerar constrangimento ao usuário que relatava sua demanda de atendimento a ACS. No CSEGSF foram quatro ACS que responderam neste ambiente (um homem e três mulheres) e na CFVV foram três (um homem e duas mulheres).

4) Consultório médico com três ACS de equipes diferentes CSEGSF – aplicação conjunta com orientação coletiva e resposta em voz alta, mas preenchimento individual. Grupo composto por dois homens e uma mulher.

5) Na própria casa da ACS – esta foi uma exceção concedida pelo desejo de participação da ACS, que devido a sua rotina de trabalho na comunidade e na Unidade não conseguiu um momento mais tranquilo para preenchê-lo.

6) Sala de computação na CFVV – aplicação coletiva com orientação coletiva e preenchimento individual, para as primeiras ACS presentes na sala. Após o início desta aplicação outras ACS chegaram para participarem da pesquisa, mas a orientação foi dada de forma individual para não atrapalhar os que já haviam começado a responder. Participaram quatro ACS (dois homens e dois mulheres).

7) Sala das ACS da CFVV – aplicação conjunta com orientação individual ou em dupla e preenchimento individual. As respostas foram dadas em grupo, em voz alta ou discutidas em grupo. Nesta aplicação participaram ao todo nove ACS (três homens e seis mulheres).

5.2.3. Entrevista em grupo

As entrevistas em grupo aconteceram nas salas de atendimento das equipes, tendo como objetivo esclarecer algumas respostas retiradas da tabulação do INSATS e das observações diretas e que se mostraram relevantes para compreendermos o fazer saúde da ACS. O roteiro foi construído a partir da análise do INSATS que gerou um resumo com os dados mais recorrentes sobre o trabalho e sua consequência, influência ou relação sobre a saúde destas trabalhadoras. Assim, com o intuito de esclarecer alguns pontos que mereciam um aprofundamento maior, foi elaborado de forma semiestruturada com base nos seguintes tópicos: (a) contato com o público – valor, significado;

(b) o destaque dos problemas emocionais entre o conjunto de problemas de saúde assinalados no questionário; (c) processo de interação e cooperação entre as ACS; (d) envolvimento afetivo com a população; (e) a violência como um impedimento da atividade e; (f) estratégias utilizadas para dar conta do trabalho.

Foram realizadas três entrevistas em grupo com três EqSF no CSEGSF. Cabe esclarecer que foi utilizado o critério de saturação (CHIRY-CHERQUES, 2009) para delimitação do número de entrevista a ser realizada e a escolha das equipes se deu de forma aleatória. As entrevistas concentraram-se no CSEGSF pela facilidade de organização com a gerência e com as próprias ACS e da efetivação das mesmas, além de constatarmos que nos grupos entrevistados havia ACS que no momento da aplicação do INSATS pertenciam à CFVV, mas que foram transferidas para equipes do CSEGSF. Ou seja, devido à reconfiguração das equipes na área houve a movimentação de ACS entre as equipes do CSEGSF e da CFVV. Entretanto, apesar das duas USF estarem representadas houve tentativas de organizar encontros com as ACS da CFVV, mas devido a reorganização das equipes frente à expansão da SF em Manguinhos e a movimentação na área pela implantação da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) Manguinhos, os encontros precisaram ser remarcados. Este fato certamente não trouxe prejuízo à pesquisa, visto que, pelo critério de saturação, quando os dados começam a apresentar reiteração ou redundância, torna-se desnecessário o prolongamento da coleta de dados.

As entrevistas aconteceram nos consultórios das EqSF. A primeira foi realizada no horário da reunião de equipe, que havia sido cancelada devido à ausência da médica, contando com a participação de todas as ACS (cinco mulheres e um homem) e da auxiliar de enfermagem. É importante ressaltar que esta auxiliar de enfermagem já foi ACS e esteve presente na aplicação do INSATS às ACS de sua equipe. Sua participação foi ativa, relatando situações e sentimentos de quando era ACS, demonstrando sua interação com os colegas e com o trabalho que realizam. O segundo grupo foi composto por três ACS de uma mesma equipe. O terceiro e último grupo também aconteceu durante a reunião de equipe sendo iniciado com os seis agentes que a compõem, unindo-se ao grupo a médica, a enfermeira, a residente de medicina de família e comunidade e a auxiliar de enfermagem que tiveram participações pontuais (perguntaram sobre os objetivos da tese e confirmaram algum

comentário feito pelas ACS). Neste grupo devido à presença dos demais profissionais as ACS pareceram um pouco reticentes, embora tenhamos percebido uma boa interação entre a equipe, com especial exaltação da forma de agir da médica, considerada uma profissional exigente, mas que dá o suporte às necessidades da equipe e da comunidade. Esta diferença de postura pode estar também relacionada ao momento que a comunidade está vivenciando com a implantação da UPP, pois é uma das equipes que atua diretamente no território ocupado e teve a violência como tema mais ressaltado e valorizado.

Estas entrevistas foram gravadas digitalmente e transcritas para confrontação com os demais materiais levantados.

5.3 Considerações bioéticas

A presente pesquisa cumpriu a *Resolução nº 196* de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, ao ser submetida aos Comitês de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz (Parecer nº 188/11 – CAAE:0202.0.031.000-11) e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) do Rio de Janeiro (Parecer nº 345A/2011) ao apresentar a proposta de pesquisa às instituições envolvidas na investigação, bem como aos sujeitos da pesquisa, esclarecendo dúvidas e receios de sua participação. Foi entregue o Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, as quais foram assinadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa, que ficou de posse de uma via. Neste documento constaram informações precisas sobre os objetivos e os métodos da tese, os riscos e os benefícios do participante em todo processo de investigação, ficando clara a possibilidade de recusa ou desistência a qualquer momento, sendo garantida a retirada de seu termo de consentimento. Foi explicitado no referido documento as formas de divulgação dos resultados, bem como a garantia de anonimato do participante.

A observação participante, a aplicação do INSATS e a entrevista em grupo foram realizadas pela própria pesquisadora. As entrevistas em grupo foram gravadas em gravador digital com o consentimento do participante, sendo apagadas após a transcrição. O material transcrito ficará sob posse da pesquisadora por um período de cinco anos e após este tempo será destruído.

Em relação aos riscos que esta investigação poderia causar aos trabalhadores envolvidos, identificamos possíveis desconfortos e inquietações que as conversas sobre as atividades desenvolvidas poderiam acarretar, por mobilizar nestes profissionais a exacerbação das atividades impedidas e os sofrimentos contidos em cada impossibilidade de agir. No entanto, nos focamos na discussão sobre a atividade desenvolvida e suas exigências e não em aspectos psicológicos que são desencadeados. Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes que enriquecem e suavizam as dores não só do pesquisador no afã de comprovar suas hipóteses, mas também dos sujeitos participantes, que podem ter a chance de pensar e repensar sobre as formas de agir em relação às adversidades e imprevisibilidades a que são submetidos, descobrindo o quão criativos são.

Em pesquisa ¹⁹ anterior realizada com ACS, estes consideraram as oficinas e os grupos focais como espaços valiosos para o desabafo e o encontro com outras ACS, possibilitando o repensar de suas práticas e da necessidade de criação de um espaço de escuta e troca entre as mesmas. Logo, percebemos que tais riscos podem ser transformados em benefícios para os participantes, à medida que colabora na construção de saberes sobre esta profissão ainda em formação e contribui para o fortalecimento do campo da saúde do trabalhador com conhecimentos que ajudem na melhoria das condições de trabalho desta categoria.

5.4. Procedimentos para a análise dos dados

Foi realizada uma análise quantitativa exploratória dos dados gerados pelo INSATS, através do programa SPSS 20, optando-se por uma abordagem interpretativa ao invés de uma explicativa. Estes dados foram associados às observações diretas e as entrevistas em grupo, realizando-se uma análise qualitativa. Isto se apoia na singularidade metodológica sugerida por Cunha (2011) para a análise dos dados do INSAT, que não deve ser usado com critério apenas de “significância estatística”, mas também os saberes referentes à análise de situações concretas de trabalho no setor investigado, advindas de experiências anteriores do pesquisador ou de sua equipe. Assim, nossa

¹⁹Pesquisa *Abordagem Interdisciplinar das Novas Relações e Processos de Trabalho em Saúde: O Caso dos Agentes Comunitários de Saúde*, a qual a pesquisa fez parte (2008-2010).

experiência no setor saúde bem como em pesquisa anterior com ACS nos ajudaram a ampliar nosso olhar sobre os dados numéricos obtidos, que por vezes se mostram insignificantes (estatisticamente) ou contraditórios com as narrativas e experiências anteriores. Como Cunha (2011), nos baseamos na proposta de Volkoff (2010) de “uma estatística aberta” e uma “ergonomia míope” (próxima das reais condições e sentidos do trabalho para o trabalhador) para o estudo das condições de trabalho e de suas interferências na saúde do trabalhador, devido a complexidade presente na relação entre trabalho e saúde. Desta forma são considerados os resultados estatisticamente não significativos, mas que podem ser analisados através de outros conhecimentos e dados que justifiquem sua relevância, contradição ou sentido.

Nesta perspectiva, mais do que explicar a fiabilidade dos números obtidos e os resultados estatisticamente significativos, assume-se uma démarche de quantificação que designamos de compreensiva (VOLKOFF, 2005; p. 18).

Assumir uma abordagem metodológica da saúde no trabalho “mais compreensiva do que explicativa”, significa que se procura escutar o ponto de vista dos trabalhadores, entender e compreender a sua percepção do impacto do trabalho na saúde (Honoré, 2002), promovendo uma orientação mais atenta às declarações que enunciam (BARROS-DUARTE e CUNHA, 2010; p. 23).

Nossa intenção, portanto, não foi a de interpretar quantitativamente apenas o questionário, visto que, não dispomos de um número elevado de questionários aplicados (34) que gerasse uma leitura exclusivamente estatística, desta forma optamos por uma análise descritiva dos dados. Ao contrário, a trajetória metodológica adotada foi a qualitativa, assim sendo tais dados numéricos serviram para caracterizar e contextualizar os profissionais envolvidos, contribuindo para uma descrição das atividades, ações e constrangimentos muitas vezes invisíveis e secundarizados pela imbricação entre o morar e o trabalhar na comunidade (o ser trabalhador e morador). Estes dados foram correlacionados com as observações diretas e as entrevistas em grupo a partir da concepção de saúde de Georges Canguilhem (2009) e do ponto de vista da atividade (DURRAFOURG, 2010).

Esclarecemos ainda, que optamos pela não criação de nomes fictícios, apenas contextualizamos as narrativas das ACS para melhor demonstrar sua riqueza e as singularidades impressas nesta profissão. Assim, ora incorporaremos o conteúdo das entrevistas diretamente no texto, ora transcreveremos literalmente narrativas das entrevistadas. Utilizamos os eixos do próprio INSATS para orientar nossa análise.

A partir da matriz construída para o programa SPSS 20 elaboramos um resumo dos dados do INSATS-BR que consideramos mais relevantes para o estudo da população em questão (ACS de Manguinhos) referente às atividades que são desenvolvidas e de suas relações ou influências na saúde deste trabalhador. Foram destacados os seguintes eixos do questionário para a elaboração do referido resumo: **Identificação; Condições e Características do Trabalho; O que Mais Incomoda no Meu Trabalho; O Meu Estado de Saúde; Proteção e Cuidados**. No entanto, em alguns momentos incluímos dados de outros eixos não explicitados acima, mas que contribuíram para a compreensão dos dados devido à complexidade da atividade estudada que não são mecânicas, repetitivas ou operadas com o uso de máquinas e sim baseada em interação, convívio e aprendizagem constantes com outros seres humanos (profissionais outros da SF, usuários e familiares) que participam ativamente do processo de produção do cuidado em saúde.

5.5. Impressões sobre o INSATS na experiência com as ACS

Antes de iniciarmos a análise propriamente dita, achamos necessário expormos nossas impressões sobre o INSATS e sua conjugação com as demais técnicas utilizadas (observação participante e entrevista em grupo) na tentativa de esclarecer nosso percurso metodológico.

O referido inquérito, embora com perguntas fechadas, cumpre com seu objetivo de mobilizar o trabalhador a refletir sobre sua atividade. Sua construção favorece a evolução do pensamento sobre o trabalho, levando o trabalhador a descrevê-lo de forma reflexiva e não mecânica e prescritiva, como se observa comumente no dia a dia dos serviços. Especificamente no caso dos ACS, é importante mencionar que suas atividades foram reconhecidas como profissão há pouco mais de 12 anos, possuindo prescrições e normalizações ainda amplas e pouco objetivas que gera

constantes agregações e diferentes interpretações, além das especificidades regionais que impedem a homogeneização das mesmas. Assim, o INSATS por sua abrangência pôde captar especificidades desta profissão que as próprias ACS não davam importância ou mesmo pensavam. No entanto, em termos de associações entre o trabalho e o comprometimento com a saúde fica difícil uma análise conclusiva e relacional. Por este motivo optou-se por eleger os sintomas ou grupos de sintomas mais ressaltados por eles na busca de uma possível associação entre sofrimento e trabalho, utilizando a entrevista em grupo como momento esclarecedor destes dados e como um espaço de reflexão e construção com e dos ACS sobre seu processo de trabalho.

O referido inquérito possibilitou conhecer as vicissitudes e o prazer da atividade de ACS através da reflexão sobre as situações vivenciadas na prática por esta profissional, muitas vezes secundarizadas, por estas também serem moradoras do local em que trabalham. Assim, ao relembrares ações, dificuldades e vitórias puderam diferenciá-las das experiências como moradora, valorizando sua atuação como profissional.

Consideramos a aplicação em pequenos grupos benéfica, pois possibilita através das trocas entre os participantes a compreensão pormenorizada das atividades e das dificuldades vivenciadas no dia a dia do trabalho, às vezes invisibilizadas pelo ritmo intenso, além de motivar o entrevistado, reduzindo as queixas sobre o tamanho do questionário.

Embora tenham classificado o instrumento como abrangente e longo, sugeriram ampliar as perguntas sobre violência, pois consideram um componente importante em seus processos de trabalho. Outro comentário importante foi sobre a graduação das respostas (sempre, frequentemente, às vezes, raramente, nunca), tida como confusa, pois não conseguiram identificar diferença entre as respostas às vezes e raramente. No entanto, avaliaram como um bom instrumento que gera associações de suas atividades a possíveis interferências a saúde, principalmente em relação aos sintomas de ordem emocional como ansiedade, insônia, depressão, irritabilidade, mudança de humor.

Em relação à metodologia utilizada para sua complementação e análise constatamos como valiosa a utilização da observação participante e da entrevista em grupo, que ajudaram a confirmar e esclarecer dados apresentados pelo INSATS. Estas técnicas permitem que o entrevistado

através do relato de experiência e do fazer prático demonstre as peculiaridades de sua atividade, ampliando as respostas de um instrumento fechado. Por sua característica de mobilizar o entrevistado a refletir sobre seu trabalho, gera automaticamente comentários e questionamentos que necessitam ser anotados e até investigados de forma detalhada. Logo, sua aplicação por si só já induz a confecção de um diário de campo e uma conversa direcionada (entrevista) durante e após sua aplicação. Assim, conjugar tais instrumentos de coleta de dados é fundamental para o melhor aproveitamento e compreensão das respostas geradas por um instrumento abrangente e longo, bem como a junção das abordagens qualitativa e quantitativa para a análise. Se adotássemos apenas uma, correríamos o risco de menosprezar significados ou valores estatísticos que nos ajudem a compreender o universo enigmático do trabalho, principalmente quando se trata de profissões com pouco tempo de regulamentação e que exigem um olhar mais cuidadoso para se estabelecer relações entre adoecimento e trabalho.

Assim, o INSATS mostrou-se um instrumento hábil e motivador para gerar conversas e repensar o trabalho em saúde, a partir de sua aplicação junto a um grupo de ACS do Município do Rio de Janeiro, possibilitando conhecer a invisibilidade das atividades destes trabalhadores. Assim, pudemos nos beneficiar da objetividade de um instrumento fechado, mas que mobiliza o respondente a refletir e ir além das questões objetivamente colocadas sobre seu trabalho, sua saúde e a relação entre ambos.

Parte III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Capítulo 6. AS ACS DE MANGUINHOS E SEU TRABALHO

Neste capítulo exploraremos os resultados de dois eixos do INSATS: primeiramente a identificação do grupo participante da pesquisa e na sequência, a caracterização do trabalho e de suas condições.

Quanto ao grupo, podemos dizer que foi composto de 34 ACS com idades compreendidas entre 22 e 62 anos, sendo a média de idade 38 anos ($M = 38,82$; $SD = 12,486$), foi composto por vinte mulheres e quatorze homens. Esta proporcionalidade se justifica pela intenção de compararmos o trabalho da ACS e do ACS, assim buscamos ao máximo equiparar o número de participantes por sexo, não sendo, portanto, uma representação fiel da proporção entre homens e mulheres neste território, pois num universo de oitenta e seis ACS distribuídos entre as duas USF, 65 eram mulheres e 21 homens. Como já exposto anteriormente, a feminização como tendência desta atividade se expressa desde sua criação (SILVA, 2001; CAMBUY, 2005; FERRAZ e AERTS, 2005; KLUTHCOVSKY, 2005; REIS, 2005; SANTOS, 2005; GESSNER, 2006; SALIBA et al., 2011; BARBOSA et al., 2012). Entre as ACS de Manguinhos, contudo, observamos um crescente aumento de profissionais homens nesta profissão entre os anos de 2004 a 2010, período compatível com a expansão das equipes nesta área, sendo a população masculina contabilizada em dois ACS em 2004 e 14 em 2010. Este aumento pode representar uma mudança frente ao desemprego ou a aposentadoria, visto que a metade da população masculina assinalou exercer ou já ter exercido outra atividade que não apenas a de ACS, diferenciando-se bastante das mulheres, pois mais da metade delas assinalou não exercer ou ter exercido outra atividade.

O tempo na atividade variou entre 01 e 07 anos, para alguns autores (SCHIMITH e LIMA, 2004; FERRAZ e AERTS, 2005; VASCONCELLOS e COSTA-VAL, 2008; URSINE et al., 2010) o tempo de atuação é fator importante para o fortalecimento desta profissão, visto que é na prática que vão construindo o agir na profissão, fortalecendo vínculos, estabelecendo papéis e materializando as prescrições pouco objetivas. O nível de escolaridade predominante foi o Ensino Médio (trinta ACS) havendo quatro ACS com curso

superior, sendo esta outra tendência confirmada por pesquisas anteriores (DAVID, 2009; MOTA e DAVID, 2010), ou seja, escolaridade bem acima do exigido para contratação (Ensino Fundamental). Em relação à capacitação oferecida ao ingressar na profissão, 13 ACS afirmaram ter realizado o curso de ambientação (curso oferecido pelo município sobre conhecimentos básicos sobre a SF e o processo saúde doença) antes do início de suas atividades, vinte realizaram após iniciar as atividades e uma ACS ainda não havia passado pelo processo de formação.

6.1. Condições e características do trabalho

6.1.1. Ambiente e condições físicas

Gostaríamos de iniciar por nossas observações sobre o ambiente físico das USF.

No CSEGSF o espaço físico que mais caracteriza o trabalho das ACS é a sala de espera (Fotos 2, 3 e 4), onde ficam distribuídos os guichês de atendimento das equipes, sendo local de realização do acolhimento à população (a cada dia uma ACS de cada equipe é responsável por esta atividade) e do primeiro contato dos usuários com suas equipes. Este é o único espaço físico destinado exclusivamente às ACS, sendo caracterizado por uma cadeira, uma mesa com divisória nas laterais para configurar a separação entre as equipes, um computador e outra cadeira destinada ao usuário que procura atendimento.

No entanto, outros espaços são utilizados pelas ACS quando estão na unidade de saúde como a sala dos agentes de endemias no prédio em anexo, onde realizam atividades que necessitem da utilização do computador (sendo também um espaço de encontro entre os mesmos), e o consultório clínico, seja nas reuniões de equipe seja quando este se encontra vago e estão necessitando de um espaço mais reservado com o paciente.

Vale ressaltar que as atividades primordiais das ACS deveriam ser desenvolvidas na comunidade junto à população, no entanto, cada vez mais se observa a inserção desta profissional em atribuições internas, levando-as a permanecerem mais tempo na unidade que fora dela, sem contar os períodos que são impedidas de executarem atividades programadas devido a situações

de violência ou incursões dos policiais em ações ditas preventivas. Assim, percebe-se que, principalmente no CSEGSF, as instalações não estão adequadas para comportar o número de profissionais da SF que atualmente utiliza seu espaço, cabendo às ACS os guichês apertados ou, quando da ausência dos mesmos, mesas improvisadas, para realizarem suas atividades ou mesmo descansarem, já que não possuem um espaço próprio quando não estão realizando o acolhimento.

Na CFVV as ACS possuem um espaço próprio para realização de suas atividades internas, bem como para descanso ou pausa e guarda de seus pertences. Esta sala é composta por mesas e cadeiras, além de bancadas com computadores. Na sala de espera (Fotos 6, 7 e 8) da clínica ficam os guichês onde realizam o acolhimento, iguais aos do CSEGSF, no entanto, com mais espaço entre eles, sendo a composição visual mais harmônica, visto ter sido idealizada para este fim.

Cabe esclarecermos que os ambientes físicos das unidades diferem quanto à estrutura física devido à época de construção das mesmas, bem como à finalidade para qual foram construídas, sendo ambos pouco adequados à atividade de acolhimento desenvolvida pelas ACS. Citaremos algumas destas diferenças para melhor contextualização do CSEGSF e da CFVV.

Como já sinalizado, o CSEGSF foi construído para abrigar unidade de treinamento em serviço da ENSP/Fiocruz na década de 1960 com a finalidade de oferecer aos alunos um espaço de desenvolvimento de práticas de assistência, ensino e pesquisa que seriam desenvolvidas junto aos moradores do Complexo de Manguinhos na própria unidade ou no seu entorno. Assim, sua estrutura não foi pensada para comportar seis EqSF. Melhor dizendo, a sala de espera do CSEGSF, onde ficam situados os guichês das ACS, não foi pensada para tal finalidade e sim para a recepção e circulação de seus profissionais, alunos e usuários, bem como para o desenvolvimento de práticas de educação em saúde.

Hoje, este espaço que já foi palco de inovadoras práticas de saúde (em saúde da mulher e da criança, no tratamento e na capacitação de usuários de drogas, bem como em ações de promoção da saúde com portadores do vírus HIV, dentre outras), se tornou um amontoado de divisórias (que delimitam espaços ampliados), guichês e cadeiras de espera, sendo um ambiente poluído visual e sonoramente pelos mobiliários que o superlotam e pelo som de várias

equipes tentando se comunicar ao mesmo tempo com os usuários que ali aguardam atendimento.

No entanto, esta foi a saída para dar conta da expansão da SF em Manguinhos na medida em que as várias promessas da SMS/RJ relativas à construção de outras USF dentro da comunidade não foram cumpridas. No acordo com a SMSDC do Rio de Janeiro, o CSEGSF seria uma referência para as equipes, onde seus profissionais, que são servidores federais da Fiocruz, dariam suporte para as equipes, e não um local de abrigamento físico. Dentro desta realidade esta unidade vem a duras penas tentando manter seu papel de responsabilidade sanitária com a comunidade de Manguinhos interfaceada com a política de terceirização e cumprimento de metas produtivistas do Município do Rio de Janeiro.

Além das constantes iniciativas de diferenciar a SF das atividades desenvolvidas e gerenciadas pelo CSEGSF. A exemplo disto identificamos no *site* da SMSDC do Rio de Janeiro a Unidade de Saúde Centro Municipal de Saúde de Manguinhos (CMSM) como responsável pelas EqSF alocadas no CSEGSF, ou seja, uma tentativa de desvincular a SF do Centro de Saúde Escola da ENSP/Fiocruz, dando a impressão de existir outra unidade física da própria prefeitura como a CFVV, demarcando assim, a completa desvinculação gerencial da SF do CSEGSF. No entanto, segundo comentários dos próprios funcionários, esta diferenciação de nomenclatura não foi comunicada oficialmente aos seus trabalhadores antes de sua efetivação, fato que gerou surpresa e constrangimentos entre as “duas unidades”. Assim, o CSEGSF parece necessitar a todo o momento firmar sua importância e história enquanto serviço de assistência, ensino e pesquisa para si, para a ENSP/Fiocruz, para a Prefeitura e para todo o território de Manguinhos.

É importante ressaltar que este CS já adotava a lógica do cadastramento por família (e não individual), onde cada família recebia um código que era correlacionado a todas as pessoas daquele domicílio, antes mesmo da lógica do cadastramento por família adotado na ESF. Já na década de 1980, recrutava dentro da comunidade de Manguinhos mulheres para atuarem junto ao público materno infantil como agentes de saúde (LIMA, 2012). Constata-se, então, sua atuação direta e próxima com a população atendida, que desde sua criação convive com a presença dos profissionais de saúde realizando ações dentro dos domicílios e não apenas na unidade de saúde. Assim, sua história e

importância junto à comunidade de Manginhos são anteriores a implantação da ESF neste território, sendo os ACS e seus familiares usuários deste serviço.

A CFVV foi construída no ano de 2010 para abrigar as EqSF dentro de sua lógica de ação e prática, com consultórios clínicos destinados a cada equipe, não sendo necessárias disputas por espaço ou ideologias, pois sua história vem sendo construída junto com a lógica assistencial e política determinada pela SMS/RJ.

Retornando aos dados do INSATS-BR podemos afirmar que em relação à exposição que o ambiente físico do trabalho oferece os fatores mais citados foram: **agentes biológicos**, relacionados ao contato direto com pacientes portadores do bacilo da tuberculose, as valas negras e o lixo, além **da poeira ou gases e calor intenso** devido às atividades externas que desenvolvem.

As ACS do CSEGSF atribuíram o calor não apenas às atividades externas, mas também às desenvolvidas na sala de espera/recepção, pois, por ser aberta não possui sistema de refrigeração, só de ventilação. No entanto, no verão o sol incide direto no ambiente, levando os ventiladores existentes a não proporcionarem conforto térmico às pessoas que ali aguardam atendimento ou são responsáveis em fornecê-lo. Faz-se necessário esclarecer que as instalações do CSEGSF datam do ano de 1967, não sendo sua arquitetura pensada, na época, para comportar um sistema de refrigeração, além de se considerar como apropriado a incidência de sol direto e boa circulação de ar, livre de paredes e janelas, em local que comporte aglomerações, principalmente com alta circulação de crianças, e portadores de doenças infecciosas. Sendo assim, o fato da sala de espera ser aberta, pode ser considerado um fator de proteção aos profissionais e usuários deste CS.

Um ACS relatou sentir dor de cabeça e mal estar ao visitar usuários em uma oficina de carro devido ao cheiro da tinta. É importante ressaltar que a ACS ao realizar a visita domiciliar ou outras atividades na comunidade está sujeita a frequentar outros ambientes que não apenas estabelecimentos com fins de moradia, estando exposta a situações inusitadas e perigosas devido à atuação profissional dos usuários.

Em relação às **exigências físicas** citaram a opção subir e descer escadas com frequência pela necessidade de atravessarem a linha férrea ao se deslocarem para as visitas domiciliares, visto que algumas comunidades se localizam do lado oposto das USF.

Dentro deste eixo (condições e características do trabalho) daremos destaque para o item **fatores organizacionais e relacionais** do questionário, visto que o trabalho em saúde é essencialmente relacional. Para tanto, utilizaremos alguns dos subitens discriminados no INSATS: ritmo de trabalho; autonomia e iniciativa; relações, reconhecimento e satisfação no trabalho.

Foto 12 Entrada do CSEGSF.



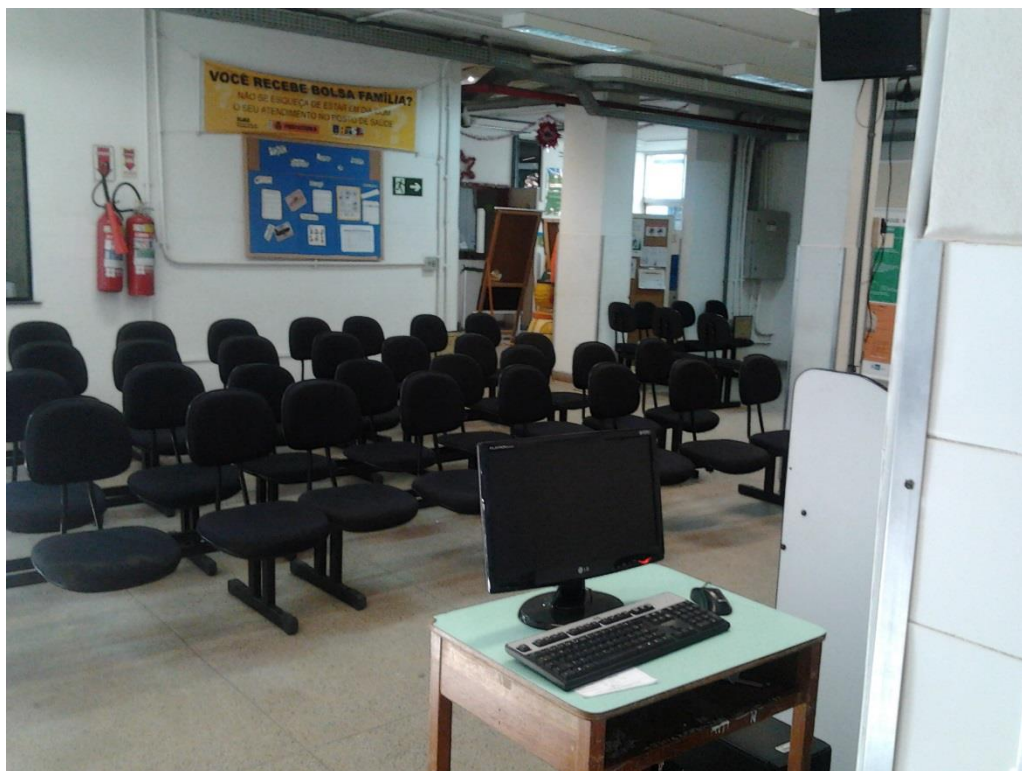
Fonte: arquivo pessoal Eliane Chaves Vianna.

Foto 13 Sala de espera do CSEGSF.



Fonte: arquivo pessoal Eliane Chaves Vianna.

Foto 14 Sala de espera do CSEGSF.



Fonte: arquivo pessoal Eliane Chaves Vianna.

Foto 15 Guichê de atendimento das ACS do CSEGSF.



Fonte: arquivo pessoal Eliane Chaves Vianna.

Foto 16 Entrada da CFVV.



Fonte: VER – SUS: Rio Gestão em Saúde. Disponível em:
http://dfisio09.blogspot.com.br/2011_01_01_archive.html

Foto 17 Sala de recepção da CFVV.



Fonte: VER – SUS: Rio Gestão em Saúde. Disponível em:
http://dfisio09.blogspot.com.br/2011_01_01_archive.html

Foto 18 Sala de recepção da CFVV.



Fonte: VER – SUS: Rio Gestão em Saúde. Disponível em:
http://dfisio09.blogspot.com.br/2011_01_01_archive.html

Foto 19 Guichê de atendimento das ACS CFVV.



Fonte: VER – SUS: Rio Gestão em Saúde. Disponível em:
http://dfisio09.blogspot.com.br/2011_01_01_archive.html

6.1.2. Fatores organizacionais e relacionais

6.1.2.1. *Ritmo de trabalho*

Os itens mais assinalados foram: **ter que atuar a partir da demanda do usuário** (26 ACS), **ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo** (26 ACS) e **frequentes interrupções** (18 ACS). Estes itens sinalizam a inter-relação das ACS com os usuários e os demais profissionais da equipe por ser um trabalho coletivo em sua essência, como todo trabalho em saúde. O item **ter que resolver problemas imprevistos sem ajuda**, reforça esta interpretação ao verificarmos que apenas 13 ACS o assinalaram, contra 21 ACS que não o fizeram, revelando indícios de cooperação entre eles e os demais profissionais da equipe.

Nas entrevistas pudemos constatar o entrosamento entre os membros das equipes e principalmente entre as próprias ACS, que utilizam do companheirismo e da ajuda mútua para contornar as dificuldades enfrentadas: “A gente se ouve, a gente tem hábito de se ouvir, mesmo que seja para um puxão de orelha. Eu já trabalhei em outras equipes que não era assim, mas aqui a gente se ouve, se respeita, se une”.

Sendo assim, podemos inferir que as ACS percebem a dimensão coletiva do trabalho que desenvolvem, seja pela necessidade de interação com os colegas de equipe, seja pela estabelecida com os usuários do serviço, visto que seu trabalho parte da demanda e necessidades de saúde destes.

Nas entrevistas tivemos a oportunidade de esclarecer o que consideram **por frequentes interrupções e ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo**, pois constantemente citaram situações nas quais suas atividades precisaram ser interrompidas ou modificadas por demandas inesperadas vindas da SMSDCRJ ou mesmo da gerência das unidades. Como exemplos, citaram as campanhas de saúde (vacinação infantil e de idoso), as epidemias (como a de dengue), a nova forma de gerenciamento da APS no Município do Rio de Janeiro, a ampliação de cobertura da ESF em Manginhos e o sistema operacional ALERT ²⁰, que gerou um prontuário eletrônico, como as principais causas de mudanças no ritmo de trabalho. Além da violência no território, onde

²⁰ A atual forma de gerenciamento da APS no Município do Rio de Janeiro e o ALERT serão melhor explicitados no item **IV- O que mais me incomoda no meu trabalho**.

as visitas domiciliares, as atividades em grupo ou desenvolvidas na própria comunidade precisaram ser adiadas ou interrompidas.

“Temos que cumprir metas, temos que bater metas, mas durante o processo de trabalho surgem outras coisas que também temos que fazer”.

Eles anunciam [referência a SMSDCRJ e a gerência da Unidade] as coisas que eles querem muito atrasado. Eles pedem hoje para a gente fazer amanhã. E aí a gente quer fazer, acaba dando tudo certo, porque a gente faz, mas com muito estresse.

“É a cobrança, tudo é pra ontem, nada é programado. Às vezes a gente já tá com uma agenda programada e de última hora tem que fazer isso, aquilo....”.

Nestas falas as ACS nos alertam para o fator tempo associado à produção e as inevitáveis imprevisibilidades que conformam o trabalho real, mas que acabam sendo consideradas pelos gestores como prescrições obrigatórias a serem cumpridas. Desta forma o programado e previsto pela equipe e pelas próprias regulamentações da ESF são subitamente acrescidas por novas atribuições, tarefas e prioridades, sem que o tempo para o cumprimento das mesmas seja aumentado. Logo, há uma intensificação do trabalho, havendo uma mobilização das dramáticas do uso de si para sua realização.

Com isto, haveria uma exigência constante em gerir imprevistos (encarados pela gestão como previstos, pois fazem parte de seu planejamento, embora só comuniquem as alterações perto de sua realização), como em qualquer outro trabalho e principalmente os inseridos no setor saúde (atividade de serviço). No entanto, reforçado pelas características desta profissão (não possuírem formação regulamentada, terem atribuições amplas e pouco objetivas que facilita o acréscimo ou a mudança de interpretação das mesmas, morarem na comunidade que trabalham, envolvimento emocional com os usuários), tais dramáticas se tornam singulares pela exacerbação do uso de si, por não contarem com prescrições suficientes que as auxiliem no debate de normas e valores para darem conta desta realidade. Assim, o trabalho da ACS seria marcado de forma intensa e quase que exclusiva pela “a articulação dos usos de si por outros e por si” (SCHWARTZ, 2004; p. 41-42).

Três itens nos chamam atenção por sua falta de expressividade (se comparados a outros dados levantados) entre as respostas assinaladas pelas ACS: (1) **ter que ultrapassar o horário de trabalho** (nove ACS), (2) **hipersolicitação** (11 ACS) e; (3) **complexidade** (11 ACS). O primeiro item corrobora com as perguntas sobre jornada de trabalho, em que foram assinaladas a opção 40 horas semanais (34 ACS) com horário fixo (34 ACS), embora, nas entrevistas tenham exemplificado situações que retratam nitidamente a realização de atividades juntos aos moradores de sua área fora do horário de trabalho, tais como: entregar remédio; procurar atendimento com o paciente em serviços de emergência nos finais de semana; ser interpelado nas ruas e em sua própria residência após o término do expediente de trabalho. Esta situação nos leva a pensar sobre a dificuldade que estas ACS tiveram em considerar como atividade de trabalho, as demandas feitas fora de seu horário profissional, passando a ser um evento natural e rotineiro como moradora e não como trabalhadora. Consideraram, portanto, como atividade de trabalho apenas aquelas desenvolvidas durante o horário regulamentar de oito horas diárias (40 horas semanais).

Eu tava trabalhando no dia da eleição este ano, aí chegou uma moça da área, virou para mim e falou: Olha, eu tenho duas consultas, uma no dia tal e a outra no dia tal, uma pra colher preventivo e a outra pra pegar resultados de exames. Eu posso ir só no dia do preventivo?
Eu falei pode, não se preocupe que eu vou desmarcar a consulta e no dia do preventivo a senhora faz tudo.
E aí os meninos que estavam trabalhando comigo começaram a encarnar: - Oh mãe de santo, tá marcando consulta agora?
Porque o que chegou de gente lá na seção pra perguntar de coisa...
Aí eu falei: - eu mereço!

“A gente que mora na área, às vezes 10 horas da noite tem gente batendo na porta, a gente não pode nem descansar, é sábado, é domingo...”.

No entanto, tivemos a nítida impressão que esta solicitação fora do horário regulamentar de trabalho é vivenciada de forma dupla e contraditória pelas ACS, ora causando satisfação, ora causando incômodo. Satisfação por serem reconhecidas como alguém que tem “o poder” de ajudar e interferir na dinâmica da comunidade junto à USF e na própria saúde dos moradores,

representando assim, uma diferenciação em relação aos demais moradores de sua comunidade (pois, foram aprovados em uma seleção pública).

Ser ACS, portanto, gera também um status de trabalhadora da saúde que a deixa em situação mais privilegiada que seus vizinhos. Vale ressaltar que se tornar profissional na mesma unidade de saúde (CSEGSF) que se é usuário deve representar um valor também importante para estas ACS, que agora são “colegas de trabalho” dos profissionais que antes eram suas referências de saúde e cuidado, além de passarem a ter amplo acesso as dependências desta unidade. Já o incômodo seria por terem suas vidas pessoais invadidas e alteradas pela falta de limite dos moradores, que não respeitariam os seus momentos de pausa ou lazer, causando conflitos intrafamiliares e em suas relações de amizade. Assim, mudam seus habituais trajetos dentro da comunidade quando não estão exercendo a função de ACS, na tentativa de não serem abordadas pela vizinhança, como verbalizado nas entrevistas.

Quando é sábado e domingo eu não gosto de passar pela rua que eu trabalho, mesmo sendo o melhor trajeto. Eu já procuro outro lugar.

Quando eu vou para a faculdade eu olho antes e dependendo eu não vou por ali...

Criam estratégias defensivas (DEJOURS, 2006) para livrarem-se do incômodo de ter seu espaço invadido nos momentos de pausa como ACS, afirmando em seu discurso uma atitude determinada, frente ao que procuram, desejam, ter livre passagem em seu território. Utilizam-se do olhar, procurar, códigos frequentemente usados pelas ACS quando se referem ao seu agir, seu fazer dentro da comunidade, visto que, precisam estar alertas e vigilantes ao saírem ou entrarem na comunidade como qualquer morador. Assim, utilizam no trabalho das mesmas estratégias para a sobrevivência das classes populares (; LACERDA et al., 2006; VALLA, 1999), a vigilância constante. Mais um fato que nos direciona ao jeitinho (BARBOSA, 2006; DAMATTA, 1986; 1997).

Esta passagem retrata a interferência que o trabalho gera na vida destas pessoas, que como moradoras apenas, não teriam que se submeter a trocas de trajetos ou mudanças de rotina, além das já impostas pelas regras da comunidade em que moram (como o toque de recolher ditado pelos traficantes ou policiais, o silêncio pelas injustiças e violências presenciadas ou ouvidas). Assim, percebe-se uma mudança na relação com o território que a atividade

imputa, violando indeterminadamente a vida pessoal das ACS. Esta violação, no entanto, para algumas ACS nos pareceu tão naturalizada quanto às impostas pela violência na área, não sendo identificadas como fator de incômodo ou constrangimento advindo do trabalho. Assim, acabam por introjetar mais uma fatalidade ao seu viver em Manguinhos.

Este cenário nos sugere a existência de uma lógica de “sofrimento compartilhado”, em relação às condições de moradia e não de trabalho, o que levaria estas ACS a não delimitarem situações específicas oriundas do trabalho e sim de moradia. Metaforicamente seria a imagem de todos no mesmo barco em pleno naufrágio, não cabendo queixas ou reclamações, ao contrário, lutar juntos pela sobrevivência. Desta forma acabam não percebendo (tentam ignorar) que muitas das situações vivenciadas por elas não existiriam se fossem apenas moradoras da comunidade, como tantas verbalizadas ao retratarem seu dia de trabalho:

- O diagnóstico de uma doença terminal ou óbito de usuários que não faziam parte de seu círculo social, mas que agora integra o grupo de pessoas que irá assistir, obrigando-as ao compartilhamento destas vivências dolorosas;
- Ser incomodada em seus momentos de lazer junto a família por solicitação de algum usuário que deseja uma informação sobre o funcionamento da unidade ou a marcação de uma consulta;
- Sofrer insultos de usuários no momento do acolhimento na USF pelas negativas de algum profissional da equipe em prestar atendimento ou orientação.

Constata-se, portanto, que as atividades desenvolvidas pelas ACS são marcadas por uma exigência exacerbada das relações intersubjetivas, além do vazio de normas, visto que as normas antecedentes são exageradamente insuficientes para darem conta da realidade que se apresenta, favorecendo a não delimitação entre o que é pessoal e que é profissional dentro da comunidade. Assim, as várias situações delicadas vivenciadas levam essas trabalhadoras a buscarem incessantemente preencher ou minimizar este vazio de normas, com soluções imprevistas baseadas em grande parte na solidariedade e na religiosidade, como característica das classes populares ao darem respostas aos problemas vivenciados que não encontram respaldo nas ações do Estado (VALLA, 1999).

Em relação aos itens hipersolicitação e complexidade, acreditamos que as ACS tiveram dificuldade na compreensão do significado dos termos, visto que a grande maioria comentou não entender a pergunta. Contudo, os exemplos de situações complexas e inusitadas que a atividade lhes impõe ou impulsiona, assim como o fato de terem respondido positivamente aos itens **ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo** (26 ACS) e **interrupções frequentes** (18 ACS) evidenciam o contrário. Dentre tantas situações inusitadas narradas durante as entrevistas, citaríamos dois casos emblemáticos (e não raros) de imprevisibilidade que a profissão de ACS expõe a tais trabalhadoras. O primeiro foi de uma ACS que ficou presa na mesma casa que traficantes durante uma visita domiciliar, quando uma operação policial estava em desenvolvimento. O segundo foi o relato de uma ACS sobre o impacto que sofreu ao identificar a miséria absoluta de uma família por ela acompanhada, que no dia de sua visita domiciliar não possuía o que comer, agravando o estado de saúde do usuário adoentado. Frente a esta situação providenciou a compra de alimentos que foram entregues naquele domicílio, por outra pessoa, para não caracterizar sua participação no auxílio.

Verificou-se também que as ACS consideram suas atividades **dinâmicas e não monótonas** (32 ACS), **onde se aprende coisas novas** (33 ACS), que **necessitam do uso da criatividade** (27 ACS), enquanto menos da metade (11 ACS) avaliam que suas atividades são **complexas ou difíceis**.

6.1.2.2. *Autonomia e iniciativa*

Neste bloco de perguntas as ACS consideraram ter autonomia e iniciativa no trabalho que desenvolvem, onde a liberdade de expressão e escolha são constantes, pois 23 ACS assinalaram **ter possibilidade de alterar a ordem de realização das tarefas**, 23 ACS que possuem **liberdade para decidir como realizar as tarefas**, 23 ACS **que é possível influenciar o ritmo ou velocidade de trabalho**, 16 ACS afirmaram **ser possível tomar decisões por si mesmo** e 18 ACS marcaram **poder escolher os momentos de pausa**.

Estes dados nos levam a pensar que a autonomia e a iniciativa da ACS estariam alicerçadas no bom relacionamento entre os profissionais da equipe, no conhecimento da dinâmica da comunidade que atuam e na experiência prática desenvolvida nos anos de profissão que acabam repassando aos

colegas menos experientes, criando laços de confiança e parceria que facilitam o trabalho. Nas entrevistas em grupo isto ficou muito transparente nas situações de apoio e ajuda mútua entre os ACS e entre os demais integrantes da equipe. Pudemos também perceber que a liberdade no agir se torna imprescindível para a realização das tarefas, frente às imprevisibilidades presentes no setor serviço, o que pode levar o trabalhador a dispor mais livremente de sua criatividade e no caso da ACS de sua vivência como moradora de comunidade, ajudando na solução de problemas que fogem ao prescrito, ao previsível do trabalho. Esta liberdade também pode ser atribuída a sua incursão nas visitas domiciliares (sua principal tarefa), sem a presença de outros profissionais (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem), que acabam por ficar mais fixos na USF, pela grande demanda de atendimento individual ou por não valorizarem as atividades dentro da comunidade. Consequentemente gera uma maior sobrecarga, visto que precisarão dar conta de situações, muitas vezes urgentes, que fogem a suas atribuições e competências. Tais saídas e respostas poderiam ser facilitadas se este trabalho fosse realizado em equipe (com a participação do médico/enfermeira) na própria comunidade como preconiza os princípios da ESF (BRASIL, 2007; p. 44):

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário

6.1.2.3. *Relações no trabalho*

- 27 ACS assinalaram ser **frequente a necessidade de ajuda entre os colegas**;
- 30 ACS responderam afirmativamente a questão **minha opinião é considerada para o funcionamento do serviço**;
- 26 ACS consideraram **ser possível se expressarem a vontade**;

- 30 ACS acreditam **ser possível que a equipe discuta o trabalho regularmente** e 26 ACS afirmaram a **possibilidade que a equipe discuta informalmente**;
- 27 ACS assinalaram **que aprenderam observando os colegas de trabalho** e 27 ACS **que aprenderam através da orientação dos colegas**.

As respostas nos levam a perceber que para as ACS as relações de trabalho entre os profissionais de sua equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS) ocorrem de forma harmoniosa favorecendo a cooperação, o reconhecimento e a valorização do trabalho realizado. Nas entrevistas estas características foram bem demarcadas pelas ACS que citaram exemplos de uma relação próxima e satisfatória entre os membros da equipe, reforçando, portanto, sua capacidade de ter autonomia e iniciativa no trabalho como demonstrado no item anterior (6.1.2.2. *Autonomia e iniciativa*). Ressaltaram o diálogo entre a equipe como 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.

Verificou-se através do INSATS e das entrevistas a ocorrência semanal da reunião de equipe, que vem sendo valorizada por muitos pesquisadores como espaço privilegiado do trabalho em equipe (MISHIMA e ALMEIDA, 2001; FORTUNA et al., 2005; SILVA e TRAD, 2005), possibilitando o exercício da prática multiprofissional pela afirmação da diferença e do reconhecimento do saber do outro para realização do trabalho. Neste sentido, as ACS consideraram a reunião de equipe como espaço de troca entre os profissionais, onde elas têm a oportunidade de adquirir conhecimentos práticos e teóricos, além de servir também como espaço catártico da equipe (desabafo, choro, acolhida e apoio), visto que todos possuem liberdade de expressão. Esta situação pode ser confirmada nas entrevistas (pois foram realizadas neste espaço), onde tanto as ACS como os demais profissionais pareciam à vontade pelo que ouviam ou falavam durante os questionamentos da pesquisadora.

Assim, se pensarmos o trabalho como campo dramático (SCHWARTZ, 2000; BRITO e ATHAYDE, 2003), onde decisões e escolhas precisam ser tomadas constantemente, teríamos como fundamental o compartilhamento de saberes e práticas para a realização do trabalho em equipe, principalmente na

SF, que tem como base estruturante o trabalho multiprofissional, que exige dos profissionais uma conduta de “humildade epistemológica” (SCHWARTZ, 2000) ao reconhecer que há outros saberes e práticas que ultrapassam seu campo de conhecimento e que esta multiplicidade pode concorrer para amenizar as zonas obscuras da “ignorância” ²¹ laboral ou vivencial.

Logo, o espaço da reunião de equipe pode ser estratégico para a troca destes diferentes saberes (onde a ACS com seu saber prático e vivencial tem muito a contribuir), reforçando o sentimento de valorização e reconhecimento profissional e o sentido atribuído ao trabalho da ACS, que contribuirão para o enfrentamento das adversidade e penosidades vivenciadas no seu fazer saúde.

Em relação ao **contato direto com o público** afirmaram se **envolverem emocionalmente** (29 respostas), terem que **modificar ou adaptar o modo de trabalho para atender as necessidades do público** (32 respostas), considerando as **exigências ou necessidades do público difíceis de serem atendidas porque a solução não dependem diretamente delas** (27 respostas), mas afirmaram conseguir **atender as solicitações dos usuários** (23 respostas). Classificaram como **satisfatório** (33 respostas) e **gratificante** (32 respostas) o contato com o público.

Percebemos uma forte correlação entre a gratificação que o trabalho gera e o contato com o público, visto que a ACS é a mediadora entre o serviço de saúde e a comunidade, existindo, portanto, uma relação direta com o público que assiste. Nas entrevistas em grupo as 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.

“Eu vim da área operacional, jamais, jamais pensaria em trabalhar na área da saúde. Mas se eu soubesse que era tão gratificante eu teria vindo há muito, muito mais tempo. Tá entendendo? É uma coisa extraordinária, a gama de aprendizado que você adquire. E o poder ajudar as pessoas. Poxa, é muito gostoso.”

²¹ No sentido de ausência de conhecimento de um determinado objeto, ou seja, a falta de conhecimento ou experiência em determinada área do conhecimento ou realidade.

“Mas tem momentos gratificantes, pois ganhei pessoas que eu nem imaginava. Tem uma senhora, que todo relato que eu faço sobre afetividade me refiro a ela. Dona... tem 82 anos e quando meu pai morreu ela foi ao enterro sozinha.

Aí ela chegou assim, pra mim: - minha filha eu nem conheço seu pai, mas eu gosto tanto de você que eu tinha que vir ao enterro do seu pai.

Você vê que a pessoa tem aquele carinho por você, isso é gratificante.”

“Acho que é o reconhecimento, porque por mais que você faça, tem pessoas que nunca estão satisfeitas. Então, quando tem uma que reconhece que você é alguém que está ali para ajudar, isso é muito gratificante. Este reconhecimento vem da comunidade.”

“Resolver um caso, quando a gente consegue a resolutividade, quando consegue resolver um caso, de qualquer paciente, qualquer caso que se consegue dar uma resposta é gratificante. Levar a resposta para eles, ver aquela carinha de obrigado.....”

Outro ponto importante das relações que são estabelecidas no trabalho, onde existe contato direto com o público, diz respeito aos **riscos que esta exposição causa aos profissionais**, como as várias formas de violência que foram devidamente contextualizadas pelas ACS no momento do preenchimento do questionário (verbalmente ou por escrito ao lado de cada item do INSATS que fazia referência ao tema) ou nas entrevistas ao citarem situações de constrangimento. Neste item as ACS deram ênfase às **agressões verbais** (30 ACS), às **agressões físicas** (27 ACS) que estariam relacionadas à falta de compreensão do usuário frente a uma negativa de consulta (médica ou de enfermagem) ou qualquer ação de saúde que ultrapasse seu campo de atuação e gerenciamento, à **intimidação** (26 ACS), ligada aos motivos anteriores e às atitudes de policiais e traficantes da área em relação ao trânsito de ACS em dias de incursão, e ao **assédio sexual**, (23) associado às visitas domiciliares.

Embora as ACS considerem a possibilidade da violência no trato com o usuário apenas quatro responderam **ser necessário suportar agressão física do público**, pois julgam tais agressões raras na medida em que tentam ao máximo dar respostas às demandas solícitas ou esclarecer as limitações que possuem enquanto profissionais da SF. O fato de também serem moradoras

diminui esta possibilidade pela relação próxima que estabelecem com os usuários, que na maioria dos casos é anterior a relação como profissional. Esta realidade se diferencia dos estudos feitos sobre as condições de trabalho nos hospitais (DESLANDES, 2000), onde os profissionais ressaltam a violência vinda do público assistido como um dos fatores presentes no dia a dia dos serviços.

Vale, portanto, ressaltar tais diferenças de percepção destes profissionais em relação à violência que podem estar relacionadas ao tipo de ambiente que exercem suas atividades. O hospital é uma referência para situações pontuais e possivelmente mais graves, onde a finalização de um atendimento pode dar por encerrada a relação entre usuário e profissional, que salvo alguns casos (cuidados paliativos), não ultrapassa os portões desta unidade de saúde. Logo, não há envolvimento direto com a dinâmica do local de moradia do usuário. No entanto, a USF é a primeira e constante referência para qualquer usuário cadastrado na ESF, além do cuidado à saúde se estender a outros lugares que não apenas a unidade de saúde (domicílio e equipamentos sociais existentes na comunidade) e a outros membros de sua família. Assim, há o contato direto com o ambiente de moradia do usuário e no caso das ACS este ambiente lhe é totalmente familiar.

É certo que o risco de violência no trabalho está presente em qualquer atividade de trabalho, no entanto, há algumas em que os profissionais estariam mais suscetíveis, dentre elas estão aquelas em que precisam manter o contato direto com o público para a realização de suas tarefas, como os trabalhadores de saúde (PALACIOS, 2002; LANCMAN et al., 2009). No entanto, segundo Carneiro (2000) os profissionais da ESF, além do contato direto com o público estariam expostos a outro fator de risco, as atividades realizadas fora da USF, ou seja, o trabalho a céu aberto. E dentro da EqSF a ACS seria o profissional que revelaria uma situação mais acentuada em relação a esta exposição, por suas atividades serem mais concentradas na comunidade, pelas visitas domiciliares e por outras ações de educação e promoção que desenvolve (GARRIDO, 2004; SOUZA, 2009). Esta característica pode ser outro ponto importante que justifique a diferença de percepção sobre a violência no trabalho entre as ACS e os profissionais de saúde dos hospitais. As ACS estariam muito mais expostas a violências advindas de suas atividades externas do que dos usuários no momento de acolhimento na USF.

Um importante conceito de violência que situa bem o ambiente de trabalho da ACS é o de violência indireta, “que ocorre quando, no exercício de suas funções, o trabalhador convive com situações de miséria intensa, associadas à falta de recursos para resolvê-las e à impotência para propor-lhe alternativas” (LANCMAN et al., 2009; p. 684).

O ambiente descrito caracteriza não apenas o ambiente de trabalho da ACS, mas também seu local de moradia, visto que se elegeu como prioritário a implantação da ESF em áreas consideradas de maior risco social. Levando-se em conta que este trabalhador está exposto a este ambiente mesmo antes de sua contratação como ACS, como verificar as influências de tal ambiente de trabalho na sua saúde? O que se verifica na verdade, é uma naturalização destes problemas em virtude de sua convivência diária por ser morador do local, ao invés de considerá-los como fatores de sobrecarga, devido ao não afastamento deste ambiente nos momentos de não trabalho. Esta proximidade leva a constrangimentos inimagináveis para aqueles que ignoram a rotina e os dilemas das ACS ao lidarem com seus vizinhos que são vítimas ou responsáveis por agressões, que pertencem ao narcotráfico ou mesmo intimidam para conseguirem privilégios ou vantagens nos serviços de saúde.

Assim, além dos incômodos causados pelo ambiente hostil de moradia e trabalho precisam lidar com abusos e faltas de limites da população assistida, como a interrupção de horários destinados a família e ao descanso, as cobranças em relação a comportamentos e atitudes dos demais profissionais da equipe, bem como das faltas de resolubilidade de nosso sistema de saúde (SUS). Frente a isto, torna-se compreensivo ressaltarem o estresse como maior problema autorreferido, juntamente com outros sintomas de ordem psíquica (irritabilidade, ansiedade, fadiga geral, depressão, problemas do sono, mudanças bruscas de humor, problemas dos nervos). Esse nos parece um ponto primordial para entendermos as respostas dadas no INSATS sobre os problemas autorreferidos e sua relação com o trabalho.

6.1.2.4. Reconhecimento e satisfação no trabalho

Neste bloco é importante ressaltarmos as características das atividades do setor serviço que interferem diretamente sobre o sentimento de valorização e/ou reconhecimento verbalizados pelas ACS. As atividades neste setor são

recobertas de especificidades e singularidades (muitas vezes menosprezadas ou desconhecidas por grande parcela de usuários/clientes) tais como: atividades fortemente baseadas em interações; dificuldade na mensuração e no julgamento de sua qualidade, dependência do outro, produção e consumo simultâneos, extrema variabilidade que dificulta sua unificação, intensidade de trabalho que é requerido (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000; GUIMARÃES, 2003; HUBAULT, 2008; KOTLER, 1998; GUIMARÃES, 2009). Estas características se tornam ainda mais intensas e difíceis quando realizadas no setor saúde, pela condição, presumidamente, sensível em que se encontra o usuário decorrente do seu estado de saúde ou de seu familiar. Assim, espera que suas solicitações e necessidades sejam satisfeitas no mínimo de prazo possível, sem negativas ou atrasos, o que pode tornar tensa esta relação de proximidade (DESLANDES, 2000).

“Eles (usuários) acham que você pode resolver tudo. Aí você fica angustiado, porque você também passa a achar que pode resolver tudo.
A gente acaba se envolvendo emocionalmente.”

Com base nas características específicas do setor serviço, o usuário ao avaliar o trabalho da ACS pode ignorar suas limitações e possibilidades, exigindo além do que ela pode oferecer, visto ser um trabalho que requer a participação de outros atores (instâncias e setores). Logo, usuário e equipe de saúde precisam ser colaborativos, além da necessidade de articulação entre os vários níveis de atenção a saúde e de outros setores da sociedade para a efetivação e o sucesso das ações empregadas para a realização do trabalho, não ficando desta forma restrita a SF. Assim, a avaliação do trabalho da ACS e de toda equipe é feita com base nos resultados, deixando-se de lado todas as etapas invisíveis deste processo, visto que o trabalho em saúde é um trabalho imaterial. Desta forma, não sendo percebidos e conseqüentemente valorizados os esforços, as tentativas, os constrangimentos e sobrecarga vivenciados por estes profissionais na busca de uma resposta satisfatória para o usuário e sua família. Caso o resultado não seja satisfatório a ACS que se sente impotente por não ajudar um morador de sua comunidade e principalmente para o usuário, que poderá atribuir a não satisfação de suas expectativas à incompetência ou a falta de vontade da ACS.

“Quando você não consegue resolver aquilo que ele quer ele vai ficar no seu pé. Enquanto tá indo tudo bem é maravilha, quando você leva a técnica, a enfermeira e o médico, é uma coisa. Mas se você não leva estes profissionais é você que vai ser cobrado”.

Esta narrativa expressa claramente a satisfação do desejo do usuário como parâmetro para a avaliação e o reconhecimento do trabalho da ACS. Hubault (2011; p. 125) nos ajudar a confirmar esta constatação, quando afirma que na relação de serviço “há a responsabilidade de realizar a tarefa nas suas intenções mais do que nas suas prescrições, manter controle sobre as finalidades mais do que sobre os processos”. Assim, a ACS solicita a visita de outros profissionais, mesmo que não seja necessário ou urgente, busca satisfazer o desejo do usuário na tentativa de libertar-se de uma perseguição (vai ficar no seu pé; vai ser cobrado). Este livrar-se do usuário, não é contraditório em relação a tudo que foi dito sobre o significado de ser ACS, reafirma, contudo, sua luta em arranjar saídas para as solicitações feitas criando estratégias defensivas para as múltiplas e constantes demandas surgidas em seu dia a dia, protegendo a saúde para estar pronta para novas solicitações.

Qual é, então, a especificidade do conceito que emerge da “relação de serviço”? Essencialmente a relação entre valor econômico da atividade (realizar a tarefa no mundo real) e o valor subjetivante da atividade (encontrar na tarefa a fonte para o sujeito realizar seus próprios objetivos), que se torna verdadeiramente estratégica e, com ela, o desafio da mobilização da subjetividade e da saúde na organização surgem (HUBAULT, 2011; p. 125-126).

Tomando as respostas do INSATS que se situaram nas opções afirmativas sobre o reconhecimento e a satisfação, ou seja, as opções **sempre**, **frequentemente** e **às vezes** (como mostram os Quadros de 1 a 5), podemos inferir que as ACS se sentem mais **reconhecidas pelo público que assistem** (31 respostas) do que **pelos colegas** (29 respostas) e **pela chefia** (24 respostas), além de estarem **satisfeitos com o trabalho** (25 ACS) e o considerarem **gratificante pelos resultados atingidos** (31 ACS). Em relação a satisfação com o trabalho encontramos ressonância nos estudos de Santos

(2011) que demonstrou que 86,2% dos ACS estudados estavam satisfeitos com as atividades que realizavam e de Silva e Dalmaso (2002) que concluíram que os ACS se sentem satisfeitos e motivados no trabalho devido ao sentimento de solidariedade, resolutividade, reconhecimento e ampliação do campo de conhecimento, dentre outros estudos que demonstraram que embora reconheçam as dificuldades enfrentadas estão satisfeitas com a profissão (DAVID et al., 2009; LOPES, 2009; TELLES e PIMENTA, 2009).

Quadro 1 Trabalho de forma geral é reconhecido pelos colegas.

		Frequency	Percent
Valid	Sempre	12	35,3
	Frequentemente	6	17,6
	Às vezes	11	32,4
	Raramente	2	5,9
	Nunca	2	5,9
	Total	33	97,1
Missing	9	1	2,9
Total		34	100,0

Fonte: própria autora.

Quadro 2 Trabalho de forma geral é reconhecido pelas chefias.

		Frequency	Percent
Valid	Sempre	6	17,6
	Frequentemente	5	14,7
	Às vezes	13	38,2
	Raramente	8	vinde e três,5
	Nunca	1	2,9
	Total	33	97,1
Missing	9	1	2,9
Total		34	100,0

Fonte: própria autora.

Quadro 3 Trabalho de forma geral é reconhecido pelo público.

		Frequency	Percent
Valid	Sempre	14	41,2
	Frequentemente	11	32,4
	Às vezes	6	17,6
	Raramente	2	5,9
	Nunca	1	2,9
	Total	34	100,0

Fonte: própria autora.

Quadro 4 Trabalho com o qual, de um modo geral, estou satisfeito.

		Frequency	Percent
Valid	Sempre	12	35,3
	Frequentemente	9	26,5
	Às vezes	4	11,8
	Raramente	6	17,6
	Nunca	2	5,9
	Total	33	97,1
Missing	9	1	2,9
Total		34	100,0

Fonte: própria autora.

Quadro 5 Que é gratificante pelo resultado atingido.

		Frequency	Percent
Valid	Sempre	15	44,1
	Frequentemente	8	23,5
	Às vezes	8	23,5
	Raramente	3	8,8
	Total	34	100,0

Fonte: própria autora.

Para a PDT (DEJOURS, 2004), o reconhecimento no trabalho pode contribuir de forma eficaz para transformar o sofrimento no trabalho em prazer e realização, favorecendo o aumento da autonomia e da iniciativa do trabalhador, preservando assim, a saúde mental dos trabalhadores. É através do reconhecimento, segundo Dejours (2004; 2006; 2008), que se torna visível o fazer no trabalho, o uso da inteligência do trabalhador na execução da tarefa (o que foi solicitado). No momento que o trabalho imaterial (característica do setor serviço) é visibilizado através da fala de outros atores que (ao exteriorizarem seu reconhecimento e valorização sobre a atividade executada) não os executores do trabalho, ele se torna “visível”, passando a existir como produto coletivo e não apenas no campo individual. Assim, principalmente no setor saúde, o produto imaterial do trabalho executado pelo profissional ganha forma e aparece através do reconhecimento do outro ao valorizar e tornar público este trabalho. Percebe-se, portanto, o valor do saber da ACS ²² para a realização do trabalho em equipe, além da existência de vários tipos de

²² Como saber da ACS estamos nos referindo aos saberes adquiridos no cotidiano como morador e aprimorado como trabalhador (os lugares que devem ser preservados ou evitados dentro da comunidade, o que compartilhar com a equipe e o que precisa ser mantido em segredo, as peculiaridades de cada família que interfere no momento do acolhimento – quem precisa mais da consulta naquele dia, os parceiros locais, os valores e estratégias de defesas utilizadas pelos moradores).

conhecimento (acadêmico, popular), abordagem (clínica, social, psíquica, familiar) e prática numa equipe multidisciplinar de saúde.

Podemos dizer que para as ACS, este reconhecimento é de três ordens: (1) o reconhecimento vindo das esferas hierárquicas superiores (SMSDC do Rio de Janeiro, gestão local da SF), percebido pelas ACS como inexistente, ao se referirem ao salário que recebem e a exemplos de situações vivenciadas por elas nos treinamentos ou em reuniões promovidas pelos órgãos gestores; (2) o reconhecimento vindo dos colegas da SF que fortalece a cooperação entre a equipe e ameniza as dificuldades vivenciadas; (3) o reconhecimento vindo da população assistida, vivenciado como de maior impacto por influenciar também sua vida fora do trabalho.

Em algumas situações se veem desvalorizadas como profissionais pelas esferas superiores, justamente por fazerem parte da comunidade, como nas narrativas que seguem:

“Se não fossem as ACS o trabalho aqui não funcionaria. **Somos nós que trazemos as informações**, somos nós que mostramos como está a comunidade lá fora para os que estão aqui dentro. Os riscos, tudo somos nós, se não fosse a gente a entrar lá, não teria trabalho.”

“Teve uma reunião que começaram a falar do médico, da enfermeira, de não sei mais quem. Aí eu falei, e o ACS não entra não? Aí responderam que **esqueceram....** Porque o ACS é de baixa renda, mora na comunidade. **Eu acho** que tem um tipo de **preconceito sim.**”

Em outras palavras, contraditoriamente, não há reconhecimento por parte do Ministério da Saúde e da SMS/RJ, o que refletiria em melhoria em suas condições de trabalho. Mesmo sendo trabalhadoras exclusivas do SUS não são profissionais estatutárias, ficando na maior parte dos estados brasileiros submetidas a contratos de trabalho por tempo determinado e sob a lógica produtivista das metas a serem cumpridas e que menospreza suas peculiaridades enquanto trabalhadoras. Tal contradição leva-nos a supor uma desvalorização desta profissional, visto em muitos casos como uma aliada providencial da equipe de saúde e dos serviços para intermediar relações ou executar ações missionárias.

Uma questão importante diz respeito ao caráter humanitário, solidário, entendido por alguns profissionais ligados à gestão da SF, como sinônimo de

voluntariado, o que levaria a não necessidade de pagamento das ações executadas, pois fazer o bem ao próximo já seria a retribuição pela ação missionária e não uma atividade profissional que por sua peculiaridade envolve o querer bem, a aproximação entre as partes, ou seja, o afeto. Talvez este pensamento contribua para a desvalorização do trabalho da ACS, traduzido pelo aligeiramento (MOROSINI et al., 2007) de sua capacitação e seu baixo salário.

Não estaria, nesta forma de agir (solidariedade, afeto, alteridade) no trabalho em saúde, o esperado para o ato do cuidado, um cuidado integral, e não apenas acesso aos serviços e aos profissionais de saúde? Para Mattos (2001) o termo integralidade evocaria múltiplos sentidos, apontando para valores éticos, de justiça e solidariedade que devem estar presentes nos serviços de saúde, através de sua organização, de seus profissionais com suas práticas, bem como nas políticas que envolvem o setor. Compreendemos, portanto, que na busca da produção do cuidado devemos explorar a dimensão ampliada da integralidade, defendida por Pinheiro e Luz (2003) como uma ação social fruto de relações de solidariedade e democracia entre os sujeitos e seus coletivos. Sendo assim, a ACS teria (visto também ser moradora e usuária do SUS) um papel decisivo neste processo ao mediar às relações entre comunidade e serviço e vice e versa, potencializando o trabalho em equipe, favorecendo a efetivação da garantia do direito à saúde para todos os cidadãos.

Por outro lado tais narrativas exaltam a importância de sua atuação, pois detêm as informações vindas da comunidade, seja para alimentação do sistema de informação de saúde (cadastramento, visita domiciliar), seja para dar passagem aos outros profissionais em suas atividades dentro da comunidade (avaliando o clima na área). Declaram explicitamente, que não há trabalho sem elas, são importantes e necessárias para a SF, mesmo sendo esquecidas entre os demais profissionais. Este sentido que dão ao que fazem, mesmo ao serem impedidas de realizar, que confere a elas a certeza de sua importância apesar do preconceito.

Em nossas entrevistas, chamou-nos a atenção a ingenuidade de uma ACS ao recordar o discurso de uma profissional responsável pelo processo de capacitação inicial fornecido pelo município. Esta profissional parece exaltar o

caráter missionário das ações de cuidado desenvolvidas pelas ACS, como uma verdade a ser seguida por todas as recém-ingressadas na profissão:

“Eu ouvi uma frase durante o introdutório que eu nunca mais esqueci:

- Gente fazer o bem ao próximo já é tão bom, você ganhar por isso é melhor ainda.

Eu lembro dessa frase toda vez que penso em largar isso [deixar de ser ACS]. Não é bom fazer o bem, e eu ainda ganho pra isso, não é bom? Então, no final do introdutório eu ouvi isso e achei muito interessante a ligação de uma coisa a outra. Porque realmente quando você consegue fazer qualquer coisa, seja ouvir, seja o que for por aquela pessoa, ou resolver ou marcar uma consulta, é tão gratificante que às vezes é uma coisa mínima que está a seu alcance”.

Este comentário também nos alerta para o tom doutrinário que alguns processos de formação podem induzir, ficando a clara visão do ato de cuidar, como algo não profissional, visto que envolve o querer o bem ou se colocar no lugar do outro. Logo, ganhar para fazer o bem, ou seja, para trabalhar com afeto é caridade e não uma forma esperada e desejada de cuidado em saúde. Talvez este pensamento nos explique as cobranças que as ACS se imputam em resolver os problemas e dificuldades dos usuários, indo além dos recursos técnicos e materiais fornecidos pela profissão e pelas USF. Usam de seus escassos recursos financeiros para amenizarem a miséria ao seu redor, na tentativa de dar respostas às várias necessidades de seus assistidos, outra estratégia defensiva utilizada por estas trabalhadoras, mas que pode ter um cunho ideológico embutido, o que reforçaria a permanência na profissão.

Assim, vê-se o próprio Estado valendo-se das estratégias e táticas de sobrevivência das classes populares (DAVID, 2001; LACERDA, 2010; VALLA, 2001) para preencher lacunas há muito deixadas e difíceis de serem preenchidas com manuais e normas operacionais para o funcionamento e desempenho da APS.

Neste sentido seriam vistas apenas como missionárias, que fariam da solidariedade e da ajuda a seus semelhantes o fundamento de suas ações, gerando, portanto, o uso e abuso de suas “ações humanitárias”, que não são percebidas, portanto, como atividades profissionais.

Assim, a exaltação de seu protagonismo dentro da SF, soaria mais como “falácia” frente às condutas omissas em relação à sua saúde (como inexistência de uma política que ressalte as peculiaridades e penosidades desta profissão introduzindo ações de prevenção de agravos à saúde) e à negação de seus direitos (como sua efetivação por concurso ou seleção em cargo público, padronização de capacitação e de suas formas de contratação), além de melhores salários.

No entanto, esta narrativa deflagra também o caráter ideológico da profissão que acaba por sustentar a continuidade da ACS nesta atividade. Ela declara seu pensamento de desistir, “largar”, deixar de ser uma profissional da ajuda, do fazer o bem, mas é traída por seus próprios pensamentos que a relembram a frase emblemática do início de sua trajetória: “- fazer o bem ao próximo já é tão bom, você ganhar por isso é melhor ainda”. Parece-nos que algo a liga à atividade que desenvolve, a prende em suas mãos. E se soltar este “apoio”, largar o que a mantém no trabalho, tudo pode acabar – não apenas o sofrimento – mas também o que dá prazer. Assim, é necessário prosseguir, “não soltar a corda no despenhadeiro” ²³. Apoiadas, então, nesta estratégia defensiva de caráter ideológico, que gera satisfação ao realizarem as “tarefas do bem”, ou seja, as ações como ACS (que sempre ultrapassa o preconizado), permanecem na profissão mesmo reconhecendo as penosidades e dificuldades.

Para Dejours (2006) quando o trabalhador consegue elaborar de forma criativa situações penosas do trabalho, através de sistemas defensivos que aciona, ele é capaz de gerar um sofrimento também criativo, que transforma dor em prazer, proporcionando saúde ao invés de doença. Para Molinier (2006a) o sofrimento criativo teria como destino a sua transformação em prazer e em experiência estruturante, por outro lado no sofrimento patogênico teria a doença como destino, devido às várias tentativas do trabalhador em lidar com o sofrimento advindo da tarefa e as defesas utilizadas por ele não mais cumprirem com sua função protetora.

²³ Metaforicamente nos deu a impressão da ACS está num despenhadeiro segurando algo importante por uma corda, porém, grande e pesado, assim, se coloca em xeque se solta e alivia o peso ou se resiste e luta por salvar este objeto. Parece temer que ao optar por soltar, não apenas o objeto despenque, mas ela também. Uma voz soa como força e direcionamento, então, fazendo com ela persista e ao final se alegre por não ter desistido.

A partir da confrontação dos dados do INSATS com as entrevistas é perfeitamente compreensível, a ACS ressaltar o reconhecimento vindo do público do que dos próprios colegas ou da chefia, visto sua identificação e pertencimento à comunidade, que lhe imputa uma obrigação e um desejo de proporcionar melhorias nas condições de saúde do seu entorno, melhorias estas que poderão usufruir com seus familiares.

Em estudos (DAVID et. al., 2009; JARDIM e LANCMAN, 2009) sobre o trabalho das ACS este valor atribuído ao reconhecimento do público é confirmado e justificado pela presença integral no território de atuação profissional, por também serem moradoras. Logo, compreendem e se identificam com as dificuldades de saúde enfrentadas por estas pessoas. Assim, quando há um desfecho satisfatório para as necessidades identificadas, as ACS se sentem também contempladas, visto serem usuárias do SUS, gerando, portanto uma satisfação não apenas como profissional da saúde, mas como moradora. Percebemos que se sentem responsáveis por levar para a comunidade soluções difíceis de serem atendidas pelo poder público sem a sua intervenção, visto que, como mediadoras entre o serviço de saúde e a comunidade, são capazes de identificar e solicitar ações que os profissionais restritos aos consultórios médicos ignorariam.

Acrescentaríamos ao que já foi exposto, o alívio que referiram sentir ao perceberem que suas incursões nos domicílios e na própria vida das famílias assistidas renderam algum benefício e não apenas incômodos, pois não adiantaria identificar uma necessidade ou problema de saúde e não dar respostas para os mesmos.

Sendo assim, o reconhecimento por parte do público efetiva a concretude das melhorias conseguidas, sendo um duplo fator de proteção para a ACS, visto que o usuário que teve suas solicitações atendidas e ficou satisfeito, não se tornará hostil no contato com a ACS na próxima visita domiciliar, ou no encontro casual dentro da comunidade, além de conseguir realizar uma das principais metas pessoais/coletivas como trabalhadora, atender as necessidades e os sofrimentos vivenciados por seus assistidos. Nas entrevistas as ACS afirmaram que este é o principal fator de estímulo para que permaneçam nesta profissão.

Outra forma de reconhecimento vem da equipe, que percebe a importância de suas ações ao darem voz às suas percepções em relação aos

problemas e dificuldades da área assistida, pois identificam o valor das informações que as ACS possuem para a efetivação das ações que são propostas.

Assim, ao perceberem que suas opiniões são respeitadas sentem-se valorizadas como profissionais se permitindo dar vazão a outras formas de lidar com o sofrimento, que não apenas os da biomedicina. Usam sua experiência de vida e de morador da comunidade na busca de tais soluções. Isto porque não possuem uma formação padronizada e sistematizada que lhes confirme identidade e segurança técnicas para o exercício de sua atividade, como os demais profissionais da equipe. Esta constatação diverge de algumas pesquisas (DAVID et al., 2009; SILVA et al., 2004), nas quais a ACS não se sente valorizada dentro da própria equipe. Acreditamos que tal divergência se deve às características específicas do PSF Manguinhos, por ser sediado em um Centro de Saúde Escola que possui uma tradição em desenvolver práticas de saúde compartilhada com a comunidade que assiste e por sua outra USF também ser uma unidade voltada para o ensino, facilitando, assim, o trabalho em equipe e o respeito à diversidade de competências, além da consideração do saber popular como componente do cuidado em saúde. Esta diferenciação em relação a outras USF no município ficou clara nas falas das ACS entrevistadas, que se sentem privilegiadas por pertencerem a SF de Manguinhos: “a gente aqui está no paraíso, o ACS do CSEGSF”.

Vale ressaltar que tivemos uma experiência significativa ao orientar atividades discentes em uma USF da zona oeste do Rio de Janeiro, onde as ACS não eram convidadas a participarem das reuniões de equipe. Apenas os profissionais com curso superior (médico, dentista, enfermeiro) e a técnica de enfermagem se reuniam para discussão e planejamento das atividades, cabendo ao enfermeiro da equipe o repasse das decisões às ACS.

Assim, as ACS ao serem reconhecidas por estes reafirmam sua importância enquanto profissionais junto à equipe na consolidação dos princípios do SUS e na efetiva participação da comunidade através de suas ações de mediação entre o serviço de saúde e seus usuários.

Percebemos, então, que é pela dinâmica do reconhecimento que a ACS reafirma sua existência como profissional e como moradora de comunidade, recarregando suas forças e determinação para o “agir em saúde”. Segundo Dejourns (2008), o reconhecimento no trabalho é um elemento fundamental para

a realização do trabalhador, contribuindo para a construção de sua identidade, não limitada apenas ao mundo do trabalho, mas a sua constituição como pessoa (pois atinge sua esfera privada), gerando efeitos (positivos) significativos em sua saúde física e mental e para coesão e construção de um coletivo de trabalho. Assim, ao se sentir reconhecida e valorizada a ACS ganha confiança para desenvolver suas ações frente à dualidade do vazio de normas (ditada pelas prescrições limitadas de suas atribuições e das leis que regem sua profissão, bem como o trabalho ainda em construção na ESF) e das constantes inserções e mudanças em seu processo de trabalho. Entendemos que isso permite a formação de um sistema de defesa psíquico que será estratégico para dar conta das adversidades do trabalho e do seu não adoecimento.

Assim, torna-se evidente a exacerbação do uso de si (BRITO et al., 2012; RAMMINTER e BRITO, 2011) para dar conta desta relação intensa entre a ACS e os pacientes assistidos, visto a proximidade e a autoidentificação com esta população, gerando confusão nos papéis que exerce na comunidade, onde a mistura entre o profissional e o morador é marcadamente percebida. Além da relação com a própria equipe, que a tem como interlocutora entre a comunidade.

Assim, nas dramáticas do uso de si, onde a ACS se coloca num debate de normas e valores, ou seja, a confrontação entre sua própria história e as regras (mesmo insuficientes) e o contexto de seu trabalho, precisa lançar mão de sua criatividade para decidir as escolhas a serem tomadas. E como este uso possui sempre dois polos que se apresentam simultaneamente, ela se vê no uso de si por si e no uso de si pelos outros (SCHWARTZ, 2000).

No uso de si por si a ACS precisa decidir se seguirá os preceitos rígidos das prescrições (que são insuficientes e muitas vezes descontextualizadas das reais necessidades e dificuldades enfrentadas pelos usuários dos serviços públicos de saúde) ou as expectativas e necessidades da população assistida e, porque não dizer, as suas também. Já o uso de si pelos outros, se dá pelas cobranças da comunidade em relação às ações e informações ainda não efetivadas pelo serviço, através da facilidade de acesso à ACS, não medindo hora, local ou ocasião para fazê-lo. Da mesma forma a equipe usa desta proximidade e pertencimento à comunidade para se livrar de situações constrangedoras com o usuário, ao intensificar o uso da função mediadora do

ACS, que se torna muitas vezes uma barreira de proteção para equipe ou mesmo quando solicita o acompanhamento de um paciente mais necessitado em horários não oficiais de trabalho (após expediente, final de semana), seja para entrega de medicamento ou sua administração.

Assim, neste debate de normas, exigências, expectativas e cobranças, as normas prescritas e a criatividade das ACS não bastam para dar conta do trabalho que precisa ser realizado, resultando em desgaste mental e físico no desenrolar deste processo.

Segundo Schwartz (2000) o trabalhador sempre faz uso “uso de si” ao buscar realizar o que foi solicitado, pois o trabalho não é pura execução de tarefas ou protocolos executáveis, assim como a vida, não é estanque, restrita ao campo do previsível e controlável.

Logo, todo trabalho sofre influência da pessoa que o está executando, que possui uma história, carregada de valores, experiências, sentidos que influenciarão sua forma de agir e executar as tarefas, ou seja, é necessário que o trabalhador recorra a recursos próprios para a realização daquilo que lhe foi solicitado. E em profissões recentes ou com inexpressiva normalização (que para Schwartz seria o vazio de normas), este uso de si ainda é mais intenso, como no caso da profissão de ACS e do como fazer na SF, cabendo ao trabalhador um esforço a mais que é o de inventar operacionalizações. No entanto, esta inventividade é recoberta por relações de afeto e cumplicidade com o local, o que a diferencia dos demais profissionais da ESF, levando estas profissionais a adotarem ou criarem um jeito próprio e peculiar para dar conta das penosidades da profissão e da vida em comunidade na cidade do Rio de Janeiro.

Assim, nomearemos de “jeitinho”, categoria cunhada de DaMatta (1986) e Barbosa (2006) para caracterizarmos o jeito de fazer saúde da ACS ancorado em seu sentimento de pertencimento a comunidade e nos traços culturais que marcam a formação da sociedade brasileira pela sua miscigenação que nos trouxe como característica a “energia do índio, o ritmo do negro e a melancolia do português” (CHAÍU, 2001; p. 9). O jeito foi uma expressão recorrente nas narrativas das ACS para retratar as estratégias utilizadas no seu cotidiano de trabalho para dar conta das tarefas, bem como para designar os meios criados para se defenderem das penosidades da profissão (como mudar de trajeto para não serem incomodadas em seus horários de pausa, inserir pacientes

inesperados nas agendas do médico ou da enfermeira sem consultá-los previamente). Quando nos referimos ao fazer saúde da ACS estamos qualificando duplamente seu modo de agir em saúde, ora promovendo a saúde dos usuários ora promovendo a própria saúde como trabalhadora. Mais adiante retomaremos a categoria o “jeitinho”.

Constata-se, então, um modo de agir e saber-fazer no trabalho que vão muito além dos manuais e treinamentos oferecidos pelo governo, pois são construídos a partir das características peculiares da comunidade (violência, uso e venda de drogas, miséria), do afeto em relação à unidade de saúde (pela história construída com o CSEGSF e seus profissionais, cujo vínculo antecede anterior ao advento da ESF) e aos moradores assistidos, bem como das próprias insuficiências do SUS (dificuldade no prosseguimento das necessidades de saúde identificadas, falha no processo de referência e contrarreferência dentre outros). Logo, criam saídas e estratégias para efetivarem suas tarefas que vão na contramão das poucas normas existentes, recorrendo à subversões autênticas e legítimas para satisfazerem as necessidades dos usuários assistidos e transformarem a dor e as faltas em algo produtivo e prazeroso, tornando desta forma o trabalho menos penoso e adoeecedor.

Capítulo 7. INCÔMODOS, PROBLEMAS DE SAÚDE E CUIDADOS

Neste capítulo trataremos dos resultados relativos a três eixos do INSATS: “o que mais me incomoda no meu trabalho”; “meu estado de saúde” e “proteção e cuidados”, nestes eixos foram tratados os incômodos, as dificuldades, bem como as estratégias utilizadas como proteção e defesa no dia a dia do trabalho das ACS de Manguinhos.

7.1. O que mais me incomoda no meu trabalho

As questões mais sinalizadas pelas ACS sobre os incômodos no trabalho, considerando-se as respostas afirmativas **muito e mais ou menos**, foram:

- **Ambiente nocivo** (16), alguns ACS deram exemplos de situações nocivas, como as valas negras (esgoto a céu aberto) e o tiroteio na comunidade;
- **Ter que se adaptar a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho** (14), nesta questão se referiram às mudanças decorrentes ao sistema de informação (ALERT), que gerou um prontuário eletrônico e a obrigatoriedade do uso do computador no acolhimento (recepção da unidade), acrescentando novas atribuições às ACS como a marcação de exames que era atribuição do auxiliar de enfermagem. Até a implantação do ALERT o prontuário era físico (de papel) cabendo aos profissionais de nível superior e ao auxiliar de enfermagem o seu preenchimento, o ACS tinha pouco contato com este documento como forma de preservar a intimidade dos usuários, visto que o ACS também é morador daquele local.

Este novo sistema de informação passou por várias adaptações para ser utilizado na saúde da família, pois foi originalmente elaborado para o sistema hospitalar. Assim, passou por avaliações que acarretaram mudanças em sua estrutura e em seu preenchimento (“sempre muda a maneira de inserir os dados”, comentário de uma ACS). Configura-se, portanto, em um grande fator de incômodo para as ACS e toda a equipe. Outro fator importante sinalizado pelas ACS foi a mudança de gestão da SF em Manguinhos, que deixou de ser realizada pela chefia do CSEGSF (unidade assistencial da Fiocruz para atenção primária em saúde) para ser gerenciada pelo TEIAS, nova forma de

gerenciamento da atenção primária no Município do Rio de Janeiro, que deixa a cargo das OS a administração das USF. Com esta forma de gerenciamento houve além da mudança da chefia imediata, a reestruturação do processo de trabalho, agora baseado em metas de produção, reconfiguração das equipes e mudança do espaço físico de trabalho, pois com a expansão de cobertura na área uma clínica de família foi criada no território.

Com a criação da CFVV para expansão de cobertura da SF em Mangunhos, houve reformatação das equipes com mudanças de alguns profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, ACS) que tiveram a oportunidade de trocar de equipe e área, como outros que tiveram estas mudanças imputadas devido à junção de suas equipes a outras. Assim, algumas ACS foram transferidas de equipe ou pediram transferência de área, havendo, portanto, mudança no ritmo e na execução das tarefas, além da adaptação a nova equipe de trabalho e as necessidades dos usuários assistidos. Até a completa incorporação a nova equipe as ACS ficaram dando suporte à equipe antiga, havendo com isto acúmulo de tarefas e atendimentos a serem realizados na comunidade. Esta situação especificamente foi muito ressaltada pelas ACS, por ter gerado uma sobrecarga de trabalho, que não foi considerada pela chefia ao cobrar a produção das metas mensais (de atendimento e atividades em grupo como atividades educativas, visitas domiciliares, acompanhamento a gestantes e menores de um ano), havendo cobranças sobre as tarefas que não conseguiram realizar.

Esta defasagem entre o prescrito e o real, nos leva a discussão feita por Schwartz (2004) em relação ao processo gestor onde a operacionalização dos valores eficácia e eficiência irão depender das singularidades das dramáticas do uso de si por si e do uso de si por outros (gestores/trabalhadores neste caso). Assim, trabalhador e gestor dependendo da concepção adotada para o termo gerir (o cumprimento numérico das atividades preconizadas ou da qualidade e prioridade das ações realizadas) poderão partir de diferentes referenciais para avaliar e julgar o processo de trabalho, onde arbitragens e critérios estarão sendo negociados durante e ao final de qualquer atividade realizada, que poderão acarretar divergências e insatisfações entre as partes envolvidas.

Outra mudança possibilitada pela expansão da cobertura foi a criação de novas vagas para auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, o

que possibilitou às ACS que possuíam tais formações concorrerem a estas vagas, levando a necessidade de contratação de novas ACS.

- **Ter que dar respostas às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas** (19 ACS). Este ponto também foi recorrente nas entrevistas, onde as ACS explicitamente falaram do sofrimento que vivenciam ao não conseguirem dar respostas positivas as necessidades dos usuários, além da própria identificação com tais dificuldades de resolutividade, por também serem usuárias do SUS. Assim, como em outras pesquisas (GOMES, 2009; LOPES, 2009, THEISEN, 2004; VILLELA et al., 2010) sobre as penosidades do trabalho das ACS, lidar com o sofrimento do usuário é um fator de muito incômodo, intensificado pela proximidade e pelo não afastamento da comunidade nos momentos de não trabalho. Esta é a singularidade de seu trabalho que vai além das singularidades das relações em serviço, levando a ACS a despende um esforço pessoal para lidar com o sofrimento do usuário que ela também compartilha por viver no mesmo ambiente de faltas e ausências do poder público que dificulta o viver das classes populares (VALLA, 2001). Assim, seus recursos de resistência e sobrevivência (solidariedade, religiosidade, ajuda mútua, apoio social) (LACERDA, 2010; VALLA, 2001) são os mesmos utilizados por seus vizinhos, acrescidos por estratégias desenvolvidas na prática como ACS, que tem na ajuda mútua e no pertencimento ao local de moradia suas bases.

Desta forma, redirecionam o problema a torná-lo mais funcional, fazendo com que as respostas aos usuários se tornem realizáveis, isto é, utilizam do saber de moradora e do saber enquanto trabalhadora da saúde para tornar concreta a solicitação do cliente/paciente. Constroem, portanto, formas de agir que darão suporte ao sofrimento vivenciado durante as impossibilidades das tarefas, ao partirem para a concretude de ações que irão dar respostas às dificuldades, criando saídas eficientes e úteis para as solicitações feitas. Em relação a esta forma de agir, Hubault (2009) nos alerta para o objetivo da Ergonomia, a partir da abordagem construtivista, que é o da promoção da saúde e do desenvolvimento do poder de agir. Para ele, deve-se mudar o modo de como se vê o problema, mudando a forma de resolvê-lo, promovendo um modo de agir mais operacional, isto é, mais relevante ou mais legítimo para o problema em questão.

Logo, toda dinâmica enfrentada pelo trabalhador ao ter que dar respostas a uma situação ou dificuldade no momento da execução de sua tarefa, se concentraria no seu poder de agir, mesmo que para isso ele tenha que despender um grande esforço de energia. Segundo este autor (HUBAULT, 2009), mesmo dentro de um quadro de esgotamento, poderia se considerar saudável tal esforço, pois, a carga de trabalho deve ser pensada em termos de valor e não apenas em termos de nível, visto que saúde não é apenas ausência de doença, mas através da doença podemos promover a nossa saúde demonstrando as insatisfações vividas através de sintomatologias.

O sentido atribuído pelo trabalhador ao esforço e ao desgaste na realização da tarefa poderá definir a ocorrência ou não de prejuízos a sua saúde. Logo, o significado do agir no trabalho seria mais relevante que a quantidade de energia despendida pelo trabalhador para o aparecimento ou desenvolvimento de algum agravo a saúde. Esta seria, portanto, uma das marcas fundamentais das relações no setor serviço – a relação trabalho/saúde não estaria presa às condições de trabalho apenas, mas ao sentido que o trabalhador atribui a elas.

- **Não dispor de condições necessárias para atender as demandas do público** (24), sendo esta a segunda situação mais ressaltada por elas, reforçando o pressuposto de interação entre a ACS e a população atendida. Este item, segundo as ACS está relacionado aos limites do SUS, onde a identificação de uma necessidade de saúde não garante sua completa resolubilidade, visto que a atenção primária possui limites de atuação e complexidade necessitando complementar suas ações com a parceria dos níveis de atenção mais complexos, que nem sempre respondem as solicitações e urgências. Assim, para as ACS não dispor de condições para sanar os problemas de saúde dos usuários, gera incômodos representativos, pois alerta para o limite de suas atividades e possibilidades enquanto profissional, pondo em xeque um dos seis princípios para uma atenção primária de qualidade, que segundo Starfield (1992), é o da capacidade de garantir a continuidade da atenção prestada.

Assim, percebemos que os maiores incômodos sinalizados dizem respeito à proximidade e a relação com o público, o alvo de suas ações, quando não propiciam respostas satisfatórias aos problemas dos usuários,

tornando o trabalho sem sentido, sem valor e gerador de sofrimento. Esta constatação é feita através dos relatos que se seguem:

“Quando a gente procura um paciente e ele fala toda a história de vida, ele quer solução. **Ele está vendo você como a única saída**, e às vezes você não consegue satisfazer as expectativas dele. **Você se sente frustrada**, você se sente abatida em relação a isso, **por não conseguir resolver**”.

“Até por uma relação de amizade, de querer bem, **você quer resolver o problema da pessoa** e não consegue aí você se sente praticamente **inútil**.

Aí eu to aqui, vim com um discurso e agora que a pessoa realmente está precisando de mim **eu não posso fazer nada**”.

As narrativas sinalizariam a importância que atribuem a seu trabalho, e a elas próprias como profissionais, pois se veem como única alternativa, logo não podem falhar, errar, deixar de fazer. Assim, demonstram um grande interesse em resolverem as solicitações, se mobilizando com ações que vão além do preconizado por suas atribuições, recorrendo a seus círculos sociais na tentativa de suavizarem situações altamente penosas e miseráveis, onde a solidariedade e a ajuda mútua servem como saída. Mas, em muitos casos, mesmo com todo o empenho, se percebem frágeis e limitadas em seu poder de agir, vivenciando a frustração, passam de “única saída”- potência, para a inutilidade (inútil) – impotência como profissional.

Chama-nos atenção, então, a carga emocional destas narrativas, pois expressam o sentimento de inutilidade frente ao trabalho que realizam, principalmente, por interferirem na dinâmica das famílias assistidas, visto que entram em suas casas, criam expectativas e desvelam às vezes situações antes encobertas (como o diagnóstico de uma doença, a falha no cartão de vacina, as condições de miséria, o abandono), sem, contudo, terem uma solução ou resposta para fornecerem. Percebe-se, então, que o sofrimento vivenciado é devido aos impedimentos de suas ações em saúde, que podem gerar ruídos e lacunas na relação com o usuário, visto que, tais impedimentos podem levar ao descrédito de suas atividades junto à população, dificultando o estabelecimento de confiança e de vínculo, essenciais para o cuidado em saúde. Assim, na busca de solução para tais dificuldades lançam mão da

criatividade e dos conhecimentos advindos da prática, reformulando assim prescrições e orientações preconizadas na *Lei nº 11.350/2006*, que regula suas ações e atribuições enquanto trabalhadora da saúde.

- **Salário** (25 ACS), esta foi a questão mais citada pelas ACS, que sinaliza a desvalorização desta profissão pela defasagem absurda em relação aos demais profissionais da equipe (GOMES, 2009). O salário é um dos aspectos desta profissão mais citados em estudos sobre as condições de trabalho da ACS, como correspondente do sentimento de desvalorização de seu trabalho (BORNSTEIN e STOTZ, 2008; DUARTE et al., 2007; FERRAZ e AERTS, 2005; LEVY et al., 2004; SILVA E DALMASO, 2002). Para Nunes et al. (2002) o aumento significativo de trabalho e responsabilidade da ACS com sua inclusão na ESF não lhe proporcionou aumento salarial correspondente, assim, mesmo sendo um profissional fundamental para a efetiva implantação e sucesso desta estratégia, este reconhecimento não gerou uma melhor remuneração em relação aos demais profissionais da equipe.

7.2. O meu estado de saúde

Neste tópico cabe-nos enunciar os principais problemas de saúde declarados pelos participantes da pesquisa, sem, contudo, estabelecermos associações conclusivas em relação a estes problemas e a profissão de ACS, pois os dados recolhidos, bem como os estudos analisados não nos permitem traçar tal julgamento, além da impossibilidade de considerarmos os efeitos do trabalho na saúde de um sujeito, sem levarmos em conta toda a sua história profissional.

Apenas 15 ACS consideraram que sua saúde é afetada devido ao trabalho que desempenham, no entanto, 20 ACS assinalaram o estresse como problema de saúde causado ou agravado pelo trabalho dentre as 23 ACS que assinalaram ter este problema. Este resultado encontra ressonância na afirmação de Schwartz (2004c), ao identificar o estresse como um problema de saúde importante independente do sexo, podendo está por trás da manifestação de outros problemas como hipertensão, depressão, irritabilidade, problemas de sono ou problemas digestivos dentre outros, assim, pode ser um alerta importante para outros agravos e patologias que merecem investigação.

Em relação aos nossos entrevistados isto pode ser uma possibilidade, visto que, dentre as doenças diagnosticadas tivemos a hipertensão, a depressão, o diabetes.

Algumas pesquisas sugerem a maior vulnerabilidade às manifestações de estresse em ACS do que nos demais profissionais da equipe de SF, devido ao tempo de permanência na SF (maior entre estes profissionais pela baixa rotatividade) e por morarem no mesmo bairro em que trabalham (CAMELO e ANGERAMI, 2004; THEISEN, 2004; WAI, 2007).

No entanto, cabe um alerta sobre a vulgarização deste termo em nossa sociedade ao longo das quatro décadas de desenvolvimento de suas correntes teóricas, entendido mais como sinônimo de “mal estar” e “sofrimento” “vinculados a vivências difíceis de serem descritas, no que diz respeito à saúde mental” (BRITO, 2013; p. 1), assim nesta pesquisa o estresse será tomado como um mal estar identificado pelas entrevistas e por isto um alerta sobre a saúde das ACS de Manguinhos.

A não correlação entre o trabalho desenvolvido e os incômodos vivenciados também pode estar relacionada à maciça presença feminina nesta profissão, favorecendo a percepção de sua atividade profissional como extensão dos cuidados domésticos, cuidadora da saúde no núcleo familiar, que favoreceria a identificação e/ou verbalização dos problemas de saúde e sintomas com mais facilidade pela rotina de seus cuidados e de suas observações. Assim, possuiria uma tendência maior em identificar e verbalizar os problemas de saúde e sintomas de doenças com mais facilidade pela rotina de seus cuidados e de suas observações. No entanto, a ACS deixaria de fazer relação destes problemas às suas atividades profissionais, naturalizando tais atividades como inerentes ao gênero.

Nos ACS (homens) também se verificou a baixa associação entre os sintomas verbalizados e a atividade desenvolvida. Isto pode estar relacionado ao fato dos homens já terem exercido outra profissão antes de serem ACS, levando a associar tais sintomas à atividade anterior ou mesmo a uma doença preexistente.

Os problemas de saúde mais evocados por este grupo de ACS além do estresse, como demonstra a Quadro 6 foram: ansiedade, dores de cabeça, problemas de sono, problemas musculares e das articulações, irritabilidade,

fadiga geral, mudanças bruscas do humor, problemas do sistema nervoso, depressão (tristeza)

Quadro 6 Problemas de saúde mais assinalados.

Problemas de saúde mais assinalados no INSAT-BR	Número total de ACS	Número de ACS por sexo		Causado pelo trabalho	Agravado pelo trabalho	Sem relação com o trabalho
		F	M			
Estresse	23	15	8	14	6	3
Ansiedade	18	11	7	06	7	5
Dores de cabeça	16	10	6	7	3	5
Problemas de sono	15	10	5	7	6	2
Problemas musculares e das articulações	15	13	2	8	5	1
Irritabilidade	14	8	6	7	3	4
Fadiga geral	12	7	5	6	3	3
Mudanças bruscas do humor	11	9	2	7	2	2
Problemas do sistema nervoso	10	7	3	6	4	-
Depressão (tristeza)	8	5	3	6	1	1

Fonte: própria autora.

Observando o Quadro 6 podemos perceber uma concentração nos sintomas de ordem psíquica (BRASIL, 2001), onde oito dos dez mais referidos são desta ordem. Telles e Pimenta (2009) em estudo sobre síndrome de Burnout em ACS e estratégias de enfrentamento verificaram que o maior problema de saúde referido pelo grupo pesquisado foi a depressão e entre os que precisaram de tratamento médico 35% dos ACS tinham problemas ligados ao psiquismo. Sugerem com isso a necessidade de um olhar diferenciado para a saúde mental destes profissionais.

Estes dados poderiam ser justificados pelo tipo de atividade que estas profissionais desempenham, onde as relações interpessoais e afetivas são marcadamente citadas por elas como característica intrínseca da profissão, além de tais sintomas serem frequentes em atividades tipicamente femininas (ALIAGA, 2002; SCHWARTZ, 2004c), como as consideradas ligadas ao cuidado, onde a carga psicológica e mental sobressai.

Comparando-se os dados entre ACS homens e mulheres percebemos o predomínio de tais sintomas entre as profissionais do sexo feminino, o que confirmaria os resultados das pesquisas consultadas (DAVID et al., 2009; SIMÕES BARBOSA et al., 2012), que sinalizam o maior envolvimento emocional deste grupo com a população assistida. Esta interpretação talvez se torne mais representativa se correlacionadas às condições de trabalho assinaladas pelas ACS como: risco de agressão, ambiente nocivo, ter que se adaptar a mudança dos métodos ou instrumentos de trabalho, ter que dar respostas às dificuldades ou sofrimentos de outras pessoas, não dispor de condições necessárias para atender as demandas do público, ter que modificar ou adaptar o modo de trabalhar para atender as necessidades do público, envolver-se emocionalmente com o público, ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo, frequentes interrupções.

Assim, o envolvimento emocional com a comunidade, associado ao trabalho de cuidado dentro das circunstâncias acima descritas, reforçam a sobrecarga psíquica vivenciada por estas profissionais, pois se imputam a responsabilidade de dar respostas aos problemas identificados, passando a sofrer junto com os pacientes. Percebe-se, portanto, que o impedimento da atividade se torna o grande incômodo verbalizado pelas ACS, que na tentativa de amenizar tais impossibilidades, que trazem consequências para suas relações dentro da comunidade, lançam mão de sua criatividade e das parcerias dentro e fora das USF para ampliarem seu poder de agir frente ao vazio e a falta de normas que envolvem esta profissão.

“- Eu acho que não é relacionado propriamente ao trabalho, ao que a gente faz. De repente este estresse todo, esta carga que vem, não é pelo que você está fazendo, **mas pelo que você não consegue fazer.** Você vai à área vê problema e não consegue resolver. Então, de certa forma **você se sente impotente e com isso vem a frustração, a depressão. Porque quer ajudar e não consegue, não consegue ajudar o seu paciente e nem a si mesmo.** Tem coisas que você vê e não tem resolutividade. Então, o estresse é mais por isso e não pelo trabalho em si, não por aquilo que você faz, mas por aquilo que você não consegue resolver.
A gente se coloca no lugar do paciente, porque a gente vê que é uma situação grave. Então, a gente sofre, **fica doente junto**”.

“Eu não cheguei a entrar em depressão, mas **eu passei um final de semana todinho chorando por causa do trabalho**. Foi quando uma médica da Clínica me chamou para conversar e disse que eu não poderia ser assim, que eu precisaria me controlar, pois nem tudo eu conseguiria resolver. E se eu continuasse assim **eu não conseguiria dar conta nem mesmo daquilo que eu poderia. A barra pesou**”.

“Eu gosto muito de fazer o acolhimento, **mas você sabe que naquele dia nem todo mundo vai entrar** (está se referindo a consulta médica). Aí você acha que o problema dele tem que ser pra hoje. Aí você vai no técnico e ele diz pro paciente voltar amanhã ou daqui a 15 dias para marcar um consulta. **Isso pra mim me deixa estressada**”.

As narrativas acima retratam a vivência de impotência que gera sobrecarga e sofrimento, confirmando a resposta sobre o sintoma mais autorreferido entre as ACS entrevistadas. Para melhor situá-las torna-se necessário esclarecer o contexto em que ocorreram, para dar a devida dimensão de intensidade e de representação que merecem no intuito de servir como alerta para o repensar a saúde destas trabalhadoras e suas condições de trabalho.

Sendo o estresse sintoma mais autorreferido, foi levantada a seguinte pergunta nas entrevistas: No INSATS o problema de saúde mais citado foi o estresse, o que vocês teriam a dizer sobre isto? A partir desta colocação as ACS se utilizaram de exemplos de dificuldades vivenciadas no trabalho para realizarem suas tarefas, ressaltando os impedimentos de suas ações, ou seja, limitações de seu poder de agir, como motivo principal de seu desgaste físico e mental.

As narrativas ressaltam os sentimentos que o contato com o usuário desperta nas ACS. A princípio o “sofrer junto” nos remeteu ao sentimento de compaixão citado por Molinier (2004, 2006a; 2006b; 2008), no entanto, consideramos que se trata de algo distinto, é um sofrimento compartilhado, por pertencerem ao mesmo ambiente sociocultural que seus assistidos, logo, vivenciando as mesmas dificuldades de acesso aos serviços e procedimentos à saúde, que estão presentes nas vivências de adoecimento das classes populares.

Assim, além da compaixão que seria um viver simbólico da dor do usuário a própria ACS também vivenciaria a dor real do ambiente precário, insalubre e das dificuldades e limitações do próprio SUS. Parece-nos que este sofrimento compartilhado serviria também como defesa inconsciente, ao preparar as ACS para vivenciarem situações semelhantes no futuro, onde o lidar com esta situação através do outro lhe proporcionaria maior habilidade e resistência no momento de sua própria experiência de dificuldade e dor.

Gostaríamos de esclarecer que tal suposição não induz ao pensamento de uma ação premeditada e oportunista, ocorrendo no campo do consciente, mas uma estratégia de defesa construída na identidade cultural da comunidade que reside. Nesse aspecto, torna-se necessário trazer para esta discussão a concepção de homem sócio-histórico desenvolvida pela Psicologia Social Comunitária e pela Psicologia Sócio-Histórica, onde, não se compreende o fenômeno psicológico como algo solitário e interno ao homem, mas “como subjetividade, concebida como algo que se constitui na relação com o mundo material e social, mundo que só existe pela atividade humana” (BOCK, 2002; p. 23). Desta forma, não podemos compreender os determinantes sociais por sua dimensão individual apenas, ao produzirem efeitos psicológicos, sob o “risco de aprisionarmos os indivíduos na impotência e culpabilidade”, sendo, portanto, o homem um produto dos determinantes psíquicos e sociais (GAULEJAC, 2001; p. 39).

A compaixão, segundo Molinier (2008), está presente nos serviços hospitalares, mesmo entre os profissionais técnicos do serviço (manutenção) sem que isto seja visto como prescrição, simplesmente aconteceria. No entanto, ressalta que nos casos das enfermeiras teria um sentido a mais, pois serviria de defesa contra o sofrimento advindo do trabalho e da própria formação que seria dolorosa nos primeiros anos de graduação, pelo uso da disciplinarização dos corpos. Ela nos relata, através de suas pesquisas, que as enfermeiras são ensinadas a anularem seus corpos, fazendo desaparecer o cansaço, a vulnerabilidade, a irritação, os comportamentos e gestos excêntricos, o sofrimento para que só transpareça a calma, que garantirá a docilidade dos pacientes, a tranquilidade do ambiente hospitalar. Assim, anulam seus próprios sentimentos para darem lugar ao sentimento do outro. No entanto:

As pesquisas realizadas junto às enfermeiras adultas sugerem que as críticas que têm como alvo o corpo erótico, deixariam sequelas que se aproximam de um traumatismo, ou seja, a uma usurpação psíquica de difícil elaboração. Ao evocar os fatos, mesmo vinte anos mais tarde, o sofrimento e a cólera surgem em seu estado bruto, sempre atuais, e não modificados pelo tempo e pela experiência (MOLINIER, 2008; p. 9).

Cabe aqui destacar que a contribuição da Antropologia, especificamente através da discussão sobre o “jeitinho”, nos permitiu uma interpretação a respeito das defesas acionadas pelas ACS no desenvolvimento de seu trabalho em saúde, que são próprias dessas trabalhadoras, possuindo características que se distinguem das defesas utilizadas pelas enfermeiras estudadas por Molinier (2008), na medida em que são marcadamente construídas e elaboradas a partir de traços culturais. Ainda buscando uma articulação da Antropologia com as Clínicas do Trabalho, poderíamos arriscar a dizer que o corpo-si (Schwartz e Durrive, 2010), sendo atravessado pela cultura, é marcado no caso das ACS por esse traço brasileiro (o jeito), considerando a forma como se dá o debate de valores, influenciando e ajudando na elaboração de estratégias e saídas para dar conta dos enfrentamentos e penosidades do trabalho.

Esta discussão sobre a afetividade impressa no trabalho de cuidado nos remete a outras narrativas que explicitamente declaram a necessidade de uma aptidão para o trabalho de ACS, segundo nossas entrevistadas, como um dom que se tem ou não. Este suposto dom ficou muito marcante nas narrativas de uma técnica de enfermagem que por muitos anos foi ACS, o quanto é difícil deixar de pensar ou agir como esta profissional, pois parece ser uma marca que atravessa sua vida. Isto se confirma na necessidade que demonstrou em compartilhar sua experiência seja durante aplicação do INSATS, seja na entrevista em grupo, que por várias vezes pediu a palavra, monopolizando a fala:

“Eu sou técnica, mas **acho que sou mais agente comunitário** do que técnica. [...]. Aí a enfermeira falava assim: - agora você tá técnica, agora a agente comunitária voltou. **Por causa do meu jeito de ser**” (técnica).

“Eu sou técnica com alma de agente comunitário”
(técnica).

“É imprescindível ter paciência” (ACS).

“É gratificante, mas se você não tiver amor você não vai conseguir fazer nada. Você tem que gostar de gente, tem que ter amor. Paciência, amor pelas pessoas, se não, não resolve muito” (ACS).

Correia (2008) em sua pesquisa também cita a paciência como um importante recurso que integra a valise tecnológica das ACS. Assim, para esta autora, a identificação com o sofrimento dos membros da comunidade lhes permitiria suportar com perseverança todas as suas próprias adversidades. Esta suposição nos faz retornar ao que chamamos de sofrimento compartilhado, que seria a capacidade de se colocar no lugar do outro, por também vivenciar as mesmas dificuldades que o outro, o compartilhamento do vivido pela autoidentificação.

Parece, portanto, que as ACS consideram que sua profissão exige certas características pessoais que não são apreendidas e sim inatas e sem elas o trabalho não se daria de forma completa e satisfatória. Logo, para estas trabalhadoras, amor, solidariedade, envolvimento, paciência seriam recursos internos inapreensíveis com os anos de trabalho e a prática, além do sofrer com o sofrimento do outro. Ou se nasce com eles ou não será um bom ACS. Será mais um apenas, “a empurrar com a barriga” como acontece em muitas outras profissões:

“[...] se você não gostar, não se identificar, o que acontece? Aquele que tem uma identificação com o trabalho, um comprometimento, ele sofre, ele adoce, já no início. Tem aquele que só vai pra receber.... Como em todo lugar tem, pode ser médico, enfermeiro, bombeiro. Todos os lugares tem, certo? Esse vai levar e empurrar com a barriga, não tá nem aí”.

O sofrimento compartilhado seria a demonstração do envolvimento, do pertencimento a comunidade que vai gerar a mobilização para o agir, para o solucionar ou amenizar as dificuldades no trabalho e do trabalho. Assim, podemos supor que as ACS interpretam o sofrimento como algo que precisa existir para denunciar a presença de tais características inatas, é através da

dor que se demonstra ser um bom profissional, o sofrer em conjunto. Este sofrer que impulsionaria o trabalho e a produção do cuidado em saúde.

Para Kergoat (1996), no entanto, estas características designadas como inatas pelas ACS seriam na verdade construções sociais de gênero, onde características voltadas para a sensibilidade e a fragilidade seriam atribuídas às mulheres e justificadas por sua constituição biológica. Para esta autora:

Estes princípios podem ser aplicados graças a um processo específico de legitimação, a ideologia naturalista. Este processo empurra o gênero para o sexo biológico, reduz as práticas sociais a “papéis sociais” sexuais, os quais remetem ao destino natural da espécie. No sentido oposto, a teorização em termos de divisão sexual do trabalho afirma que as práticas sexuais são construções sociais, elas próprias resultado de relações sociais (KERGOAT, 2003; p. 1).

Estas narrativas também demonstram certa valorização de seu trabalho, apontando para uma complexidade da atividade que não está impressa em manuais ou técnicas, requerendo de cada ACS uma resposta singular a partir da subjetividade que mobiliza o corpo-si (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010). Portanto, fazem questão de ressaltar que além do ritmo intenso advindo das demandas inesperadas e do não afastamento do ambiente de trabalho, há outras demandas que explicitam as dimensões imateriais e relacionais que extrapolam as existentes no trabalho de cuidado em saúde. Sendo assim, gostar com pertencimento e envolvimento garante o sucesso na realização da tarefa, onde o sofrer junto é um meio de se chegar a esta realização, ou seja, o jeito se produz a partir do pertencimento e do envolvimento com a comunidade, uma proximidade mobilizadora que irá garantir o trabalho. Isto nos remete ao que Dejours (2008) chama de centralidade do trabalho.

Gomes (2011) e Masson (2007) em pesquisas com técnicos e auxiliares de enfermagem de UTIN acharam resultados semelhantes, ressaltando a percepção destas profissionais sobre a necessidade de se ter características específicas para exercerem seus ofícios. No entanto, Masson (2007) ressalta o valor atribuído pelas auxiliares ao saber técnico, também como forma de legitimar suas práticas e profissão, visto que possuem uma formação padronizada e formal. Logo, o que diferencia tais resultados de nossa pesquisa é o fato das ACS não possuírem um arcabouço teórico que lhes garanta apoio

nas situações complexas, sendo, portanto, tais características pessoais e a valorização do sofrer compartilhado, a forma encontrada de legitimação da profissão e da prática de ACS:

“Porque o ACS não tem papel certo, ele faz a ponte, tem uma hora que ele tá defendendo pra comunidade, tem uma hora que ele tá defendendo pra equipe, entendeu? É uma **posição mais cruel** que eu acho, se você não gostar, não se identificar....” (técnica de enfermagem).

As colocações feitas por esta ex-ACS (será que pode haver segundo ela mesma esta condição, já que está impressa na alma este jeito de ser?) foram muito esclarecedoras e marcantes. Demonstrando uma necessidade de compartilhar sua experiência e principalmente seu sofrimento, podendo significar também um resgate de sua anterior profissão, um saudosismo. Fez questão de definir a condição de ACS como “**posição mais cruel**”, onde pela abrangência e falta de clareza de suas atribuições, ora está de um lado, ora está do outro, expressando a dualidade desta profissão (morador/profissional), que será tanto mais cruel quanto mais desestruturada for sua equipe, a falta de cooperação e de reconhecimento de suas ações. Assim, novamente identificamos o pertencimento, o envolvimento como primordiais para “o agir” das ACS, segundo elas próprias. E nos perguntamos até que ponto o desistir de ser ACS (no contrato de trabalho), também não significou uma estratégia para continuar a fazer e a cuidar de sua comunidade, agora com outro status, mas com a mesma alma de ACS. Assim, pôde se proteger do sofrimento que ultrapassava suas reservas e elaborações e agora numa posição mais técnica é capaz de oferecer aos usuários um suporte que alia pertencimento e capacitação.

Uma importante questão levantada nas entrevistas sobre a afetividade e o envolvimento emocional com os usuários pode ser associada às relações de gênero. Transcreveremos a fala de um ACS que se pronunciou logo após o depoimento da técnica de enfermagem sobre seu sofrimento com a miséria e a dor dos usuários que assistia e a troca de profissão:

“Então, é uma função... quando eu comecei a ser técnica, eu falei pra mim mesma: - eu não vou **ser uma pessoa dura**, mas eu vou procurar não me envolver na vida das pessoas.

Isso aqui meu é tudo manchando (mostra o rosto). **Eu sofri muito emocionalmente.** Tem situações ainda... Neste momento graças a Deus eu tô melhorando, eu tô conseguindo relatar isso sem chorar, mas tem muitos assuntos que eu toco da minha vida passada, devido a experiência que eu não consigo, eu falo chorando mesmo, entendeu? São experiências, são emoções que você carrega para o resto da sua vida” (técnica de enfermagem).

Eliane: Este fato pode ter sido um dos fatores que te fez não continuar como ACS e passar para técnica? (pergunta feita pela pesquisadora)

“Não, não foi só isso porque sinceramente, eu sou técnica, mas acho que sou mais ACS do que técnica. Tanto é que no início eu tinha um conflito danado. O que eu acho que influenciou, é uma profissão que eu posso dizer que é um pouco ingrata, porque a remuneração... É claro que eu não ganho rios de dinheiro, mas em relação o que eu recebia na época, era muito menor. Eram **muitos conflitos** e eu era uma pessoa, que sem modéstia, eu era a agente comunitária: - **eu brigava** pelo meu povo, assim quando tinha que brigar pela minha equipe, quando eu achava que meu paciente tava errado, entendeu? Então, eu vivia muitos conflitos, é uma carga pesada. Hoje em dia o ritmo , mudou muito, mudou. A saúde ela é pesada, mesmo , o que eu posso dizer... eu acho que mudou assim, como forma de encontrar resultados. E também como eu falei, como a gente aqui é uma equipe que abraça, a gente não fica tão pesado, **porque um ajuda o outro. E como eu sou igual a quiabo, não dá pra aqui, eu escorrego ali**” (técnica).

“Em relação ao que ela tava endossando ali, pegando uma deixa na fala dela. Eu aprendi uma coisa aqui: - que eu me lembro que eu fiquei, pediram aí um negócio, pra ver as mulheres de 15 a 39 anos que não tinha preventivo, logo no início que eu estava entrando aqui. Tinha que relatar coisa e tal. Aí eu fui pra casa, fiquei até 3 horas da manhã. Quando eu cheguei com o trabalho aqui, ficou jogado, ninguém viu nada, ninguém precisou de nada. O que eu fiz a partir daquele dia? Não faço mais nada em casa, só faço aqui. Em relação ao emocional, graças a Deus, a experiências passada devido a outros trabalhos que eu fiz, em outras profissões, que eu vi morte de tudo quanto é jeito, já vi montão de coisas. Quer dizer que esse negócio de emocional, graças a Deus, que eu trabalhei num lugar que trabalhava com público, eu fui pegando. Quando eu vim pra cá como agente de saúde, isso aí, graças a Deus, esse tipo emocional eu consegui controlar. Mas, uma coisa eu digo, se **levar pra casa o**

emocional entra e você acaba se dando mal. Se estressa mesmo” (ACS homem).

Eliane: Você é o único homem da equipe, você acha que por ser homem é mais fácil não levar para casa?

“É igual porque a função é a mesma. Olha só, presta atenção numa coisa só. Eu particularmente lavo, passo, cozinho, arrumo casa, ainda tenho trabalho fora daqui, ainda trabalho fora daqui, tá entendendo? Por que eu tô falando isso? Porque com a convivência que eu tive que foi trabalhando em diversas funções, por aí a fora, que você consegue, consegue assimilar as coisas. O emocional você consegue dominar” (ACS homem).

A fala deste ACS foi interrompida pelas integrantes do grupo, contestando sua posição. Para as ACS a situação do colega era bem diferente, pois ele não morava na área, não estava próximo o tempo todo dos usuários como a maioria ali presente. O que nos chamou a atenção foi o deslocamento da questão de gênero, por parte das ACS, para “o morar na área”, este era o diferenciador e não ser homem ou mulher atuando como ACS. Vale ressaltar que o ACS destacou realizar afazeres domésticos como forma de se assemelhar as colegas, no entanto, se diferencia ao repetir que possui outra atividade além de ACS. Esta diferença pareceu-nos uma forma de defesa masculina, que é potencialmente mais forte, pois, além de ser capaz de realizar afazeres domésticos e exercer uma profissão predominantemente feminina, ainda tem força e disposição para ter outro trabalho. Mas não era só isso, vinha de uma longa experiência profissional que o resguardava de possíveis sofrimentos, vivências anteriores lhe forneceram certa blindagem ao “negócio do emocional”. Assim, retornamos a um ponto já citado, a maioria dos homens entrevistados já tinham exercido outras profissões antes de serem ACS, diferentemente das mulheres.

Podemos pensar, então, que seu argumento está recoberto de ações defensivas, mostrando uma potência, uma capacidade de lidar com os problemas e as dificuldades de forma prática, sem lamentações ou queixas, pois, assim, agiu na primeira experiência de falta reconhecimento de seu trabalho – “ninguém viu nada, ninguém precisou de nada”, estabeleceu limites – “não faço mais nada em casa, só faço aqui”. Desta forma parece se diferenciar de suas colegas, não deixando o emocional entrar, pois se entra a

pessoa “se dá mal”. Movido pela empolgação e pelo entusiasmo se deixou levar pela emoção, ficando até de madrugada trabalhando, no entanto, seu esforço não foi valorizado, logo, precisou mudar de estratégia e adotar sua antiga postura profissional, dominar o emocional.

Assim, podemos supor o uso do mecanismo da virilidade como forma de estratégia defensiva. Molinier (2008; p. 14) apoiada em Dejours, afirma:

...que os homens lutam contra o sofrimento no trabalho colocando em prática estratégias coletivas de defesas que constituem um sistema de condutas e de representações sociais centradas sobre valores vinculados à virilidade (força, coragem, desprezo pelo perigo).

Para esta autora tais estratégias têm como objetivo anestesiar a percepção que os homens têm da realidade e que os faz sofrer, desta forma eufemizariam as situações difíceis a fim de modificá-las.

Um homem, um verdadeiro homem, não exprime seu medo, nem seu estado de alma, sobretudo diante de outros homens. Os homens em um “pudor”, nos dizem os chefes técnicos, quando falam das dimensões da experiência sensível (MOLINIER, 2008; p. 14).

Tomando como exemplo as variáveis **ansiedade e envolver-me emocionalmente com o público** percebemos uma forte correlação entre os problemas de saúde assinalados e as condições de trabalho em que estão submetidos, sendo perfeitamente compreensível o desenvolvimento da ansiedade frente às exigências de ter que dar respostas às dificuldades ou sofrimentos de outras pessoas, não dispondo de condições necessárias para atendê-las. Assim, se confrontarmos as respostas sobre os problemas autorreferenciados das ACS com suas condições de trabalho verificaremos resultados semelhantes aos encontrados nos Quadros 7 e 8, como se verifica nos Quadros 9, 10, 11 e 12.

Quadro 7 Envolver-me emocionalmente com o público * ansiedade.

		Ansiedade		Total
		Sim	Não	
Envolver-me emocionalmente com o público	Sempre	8	3	11
	Frequentemente	6	6	12
	Às vezes	3	3	6
	Raramente	1	1	2
	Nunca	0	3	3
Total		18	16	34

Fonte: própria autora.

Quadro 8 Envolver-me emocionalmente com o público * estresse.

		Estresse		Total
		Sim	Não	
Envolver-me emocionalmente com o público	Sempre	8	3	11
	Frequentemente	9	3	12
	Às vezes	4	2	6
	Raramente	2	0	2
	Nunca	0	3	3
Total		23	11	34

Fonte: própria autora.

Quadro 9 Tenho ou tinha que lidar com as exigências do público * ansiedade.

		Ansiedade		Total
		Sim	Não	
Tenho ou tinha que lidar com as exigências do público	Sempre	13	7	20
	Frequentemente	3	3	6
	Às vezes	2	3	5
	Raramente	0	2	2
	Nunca	0	1	1
Total		18	16	34

Fonte: própria autora.

Quadro 10 Tenho ou tinha que lidar com as exigências do público * estresse.

		Estresse		Total
		Sim	Não	
Tenho ou tinha que lidar com as exigências do público	Sempre	15	5	20
	Frequentemente	4	2	6
	Às vezes	3	2	5
	Raramente	1	1	2
	Nunca	0	1	1
Total		23	11	34

Fonte: própria autora.

Quadro 11 Ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo * estresse.

		Estresse		Total
		Sim	Não	
Ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo	Sim	19	4	23
	Não	4	7	11
Total		23	11	34

Fonte: própria autora.

Em relação aos **problemas de saúde comprovadamente diagnosticados** as ACS assinalaram 15 doenças como demonstra a Quadro 12, sendo que em alguns casos foram marcados mais de um diagnóstico (Quadro 13). Os diagnósticos se concentraram nas faixas etárias compreendidas entre os 46 e 55 anos e acima dos 55 anos. O uso frequente de medicamento foi assinalado pelas ACS com diagnósticos de depressão, ansiedade, hipertensão, diabetes, gastrite e hipertireoidismo e daquelas que fazem uso de anticoncepcionais. Em relação ao uso de antidepressivos, pesquisas (DAVID et al., (2009; LOPES, 2009; WAI 2007) vem demonstrando que as ACS vêm utilizando tais medicamentos como estratégias de enfrentamento das dificuldades encontradas no trabalho. Wai e Carvalho (2009) citaram além do uso de antidepressivos a solicitação de afastamento e/ou licença saúde como recurso para aliviar as tensões.

Quadro 12 Tenho os seguintes diagnósticos.

Diagnóstico	Total ACS
Alcoolismo	2
Ansiedade	1
Capsulite adesiva	1
Depressão	3
Diabetes	1
Escabiose	1
Gastrite	1
Hérnia de hiato	1
Hepatite	1
Hipertensão	7
Hipertireoidismo	1
Miopia	1
Síndrome do cólon irritável	1
Rinite	2
Tendinite	2

Fonte: própria autora.

Quadro 13 Intercruzamento das doenças diagnosticadas.

	Diagnóstico				
	Ansiedade	Depressão	Gastrite	Hepatite	Hipertensão
Diagnóstico					
Alcoolismo	1	1			3
Capsulite					1
Depressão					1
Diabete					1
Hérnia de hiato		1			
Hipertensão		1			
Hipertireoidismo					1
Rinite				1	
Síndrome do cólon irritável			1		

Fonte: própria autora.

Comparando-se os **problemas autorreferidos** (Quadro 6) com os **problemas de saúde comprovadamente diagnosticados** (Quadro 12) verificamos que apenas os problemas de ansiedade e depressão se confirmaram como diagnóstico entre os entrevistados. Sendo um dado importante pelo tipo de atividade desenvolvida pelas ACS, que embora tais diagnósticos possam ter ocorrido antes do início da profissão, as constantes situações de constrangimentos e sobrecarga a que estas profissionais estão submetidas como já referido anteriormente, pode levar ao agravamento de tais doenças, contribuindo para o aparecimento mais frequente de crises. No entanto, dependendo dos mecanismos usados por estas profissionais tal situação pode ser amenizada pelo sentido que darão a tal sofrimento ou dificuldade, como sugerem Dejours (2006) e Hubault (2008).

Isto nos leva a refletir sobre os fatores que estariam influenciando ou explicariam tal quadro. Como já mencionado anteriormente o estresse pode estar por trás de outros problemas de saúde como alguns dos diagnosticados neste grupo de ACS (hipertensão, depressão, problemas digestivos) levando a enunciação de sintomas associados a tais doenças, logo as ACS ressaltaram sintomas relacionados a patologias que possuem. Outra interpretação possível pode ser a apresentação de tais sintomas como alertas físicos ou/e psíquicos gerados pela sobrecarga de trabalho e envolvimento emocional referentes ao tipo de atividade desenvolvida. Que não necessariamente seriam transformados em doença, pelo sentido que as ACS dão ao trabalho. Pela mobilização subjetiva e pelo poder de agir tais profissionais transformariam a

dor em prazer (ao conseguirem dar respostas aos problemas solicitados pelos usuários, além da possibilidade de melhorar as condições de sua comunidade).

Logo, nem todo sofrimento será gerador de doença mental, visto que poderá tomar outros rumos que não apenas o patógeno, como o da criatividade, afirmando a saúde e a vida (BRITO, 2013).

Em relação às doenças e acidentes decorrentes do trabalho, dez ACS assinalaram afirmativamente, necessitando todos de licença médica. No entanto, foi registrada ou emitida CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) em dois casos apenas (tendinite e fratura femoral), ninguém declarou incapacidade reconhecida devido aos acidentes ou as doenças referidas. Os diagnósticos citados foram: fratura femoral (uma ACS), tendinite (uma ACS), escabiose (duas ACS), capsulite adesiva (uma ACS), lesão no rosto (uma ACS), infecção urinária e depressão (uma ACS), crise de ansiedade e depressão (uma ACS), depressão (duas ACS).

Vale ressaltar que dentre os diagnósticos mencionados a fratura femoral, a escabiose, a depressão e a lesão no rosto podem ser relacionados estritamente a atividade de ACS, pois as situações que envolveram os agravos foram bem peculiares. A fratura ocorreu no trajeto para a casa de um morador para a realização de uma visita domiciliar, pois caiu em um buraco encoberto por uma tábua, que se deslocou ao ser pisado por ela. A escabiose segundo as duas ACS foi em decorrência de contato com paciente no domicílio, também durante a visita domiciliar. Um caso de depressão foi devido a um sequestro relâmpago durante atividade na comunidade, onde foi retida por traficantes durante incursão policial. Os outros dois casos foram relacionados a problemas pessoais agravado pelas condições de trabalho (violência no território, vivenciar as dificuldades dos usuários, as pressões em relação à produção no trabalho). A lesão no rosto foi em decorrência de uma pancada no rosto ao pisar em uma tampa de bueiro solta. A tampa levantou acertando seu rosto, no entanto, devido a uma inusitada situação, a ACS comentou ter sofrido gozações de colegas e moradores, pois não acreditavam no ocorrido. Assim, passaram achar que havia sido vítima de violência doméstica.

Desta forma as situações exemplificadas nos mostram as vicissitudes e imprevisibilidades decorrentes do trabalho de ACS, que por serem às vezes tão inusitadas acabam por trazer mais constrangimento e sofrimento a profissional. Logo, tais dados sobre acidentes e doenças no trabalho são tão significativos

que nos alertam para uma maior atenção por parte da vigilância da saúde do trabalhador e dos gestores da atenção primária a saúde, sobre as peculiaridades do trabalho na SF e principalmente dos ACS, por serem os profissionais que mais desenvolvem atividades fora USF. Assim, medidas precisam ser pensadas para evitar certas ocorrências ou pelo menos amenizá-las, criando estratégias específicas de amparo e assistência a estes trabalhadores.

7.3. Proteção e cuidados

Neste tópico iniciaremos pelos registros retirados da questão aberta (do INSATS) assim enunciada: **“para evitar que minha saúde seja afetada pelo trabalho tomo os seguintes cuidados”**. Depois faremos o relato dos conteúdos das entrevistas no intuito de comparar as posturas das ACS em relação aos dois instrumentos. Na maioria dos registros do INSATS verificou-se a não relação com o trabalho e sim um automatismo para informar os cuidados tomados com sua saúde, ou seja, o simples relato burocrático de hábitos saudáveis como:

- “uso sempre o protetor solar”;
- “bebo bastante água”;
- “sigo uma rotina com alimentação saudável”;
- “vou periodicamente ao médico”;
- “procuro não sobrecarregar minha capacidade física”;
- “faço alongamento antes de iniciar o trabalho sempre que possível”;
- “alimentação em horários adequados”;
- “uso equipamento de proteção, como bota”;
- “boa alimentação, durmo bem, descanso”.

No entanto, algumas ACS citaram comportamentos interessantes associados à fé, aos cuidados com a violência e as estratégias frente aos pacientes:

- “rezo todas as noites e agradeço por permanecer viva”;
- “peço a Deus todos os dias e tento não entrar na doença dos pacientes”;

- “oro antes de sair de casa”;
- “creio em Deus”;
- “tenho atenção sempre que atravesso as ruas quando tem policiais na minha área de atuação, procuro me proteger ao máximo”;
- “olho antes de sair de casa”;
- “evitar andar na rua quando tem tiroteio”;
- “procuro não me expor quando a área esta perigosa”;
- “não vou para área em caso de incursão policial”;
- “me proteger da violência local”;
- “só em casos de pacientes com tuberculose é que temos o cuidado de não entrar em suas residências”;
- “não deixo número de telefone para contato pessoal com clientes/pacientes”;
- “quando vou à casa de paciente com TB não entro na casa da pessoa ou peço para usar máscara”;
- “procuro manter sempre a calma”;
- “não me estresso. Procuro me organizar e planejo as minhas atividades. Procuro ser feliz e deixo a vida me levar”;
- “evito estar ligada diretamente ao sofrimento da pessoa, tento ajudar, mas não deixo que atrapalhe minha vida”;
- “durante todo meu turno ando uniformizado e calçado”;
- “não entrar em polêmica, tenho o cuidado em lidar com as pessoas, funcionários e usuários”.

As citações meramente burocráticas sobre a proteção e os cuidados no trabalho podem estar associadas ao receio de uma avaliação sobre suas práticas de prevenção de acidentes no ambiente de trabalho, principalmente no CSEGSF devido ao processo de acreditação que a unidade estava passando. No entanto, este fato também demonstra a conduta mais verificada entre os trabalhadores, quando interrogados sobre sua prática, a tendência à descrição do prescrito, do normalizado, a reprodução de manuais e normas operacionais e não o que realmente fazem durante a realização da tarefa. Descrevem com perfeição o que deveriam fazer, mas na prática diária acabam por realizar de forma diferente do que foi preconizado, pois as variabilidades presentes em

todo processo de trabalho levam a reorganização do planejado, assim, toda atividade de trabalho é um por vir.

(...) a atividade de trabalho é uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho, objeto da prescrição. A distância entre o prescrito e o real é a manifestação concreta da contradição sempre presente no ato de trabalho, entre 'o que é pedido' e 'o que a coisa pede' (...) (GUÉRIN et al., 2001; p. 15).

O inevitável confronto entre o real e o prescrito no trabalho. Principalmente no caso das ACS que reconfiguram a todo o momento o seu trabalho prescrito pela lógica do pertencimento ao local e da solidariedade, tornando irrealizáveis suas ações se ficarem rigidamente restrita às prescrições, devido as peculiaridades de suas atividades.

No entanto, mesmo concentrando-se em posturas normalizadas, deixam escapar estratégias ligadas ao cotidiano da comunidade, desenvolvidas pelas classes populares para o enfrentamento das dificuldades e dos conflitos. Segundo Lacerda (2010) tais estratégias se mostram eficazes para o fortalecimento da autonomia e do empoderamento individual e coletivo através, das redes de apoio social (grupos de autoajuda, associações de moradores, grupos religiosos, familiares, amigos) que traduzem as relações de solidariedade e dádiva que mobilizam os sujeitos e coletivos cotidianos. Cohen e Syme (1985) como Minkler (1992) sugerem que as redes de apoio social se formam no dia a dia e são tecidas em muitos casos pelos vínculos de solidariedade e confiança por meio dos quais circulam os vários tipos de apoio social. Estas redes partem dos benefícios que geram as pessoas envolvidas, promovendo o sentimento de autonomia e de solidariedade frente a vida. Assim, o apoio social pode ser tomado como promotor da saúde, e é capaz de deslocar a análise centrada no modelo saúde-doença para o modelo saúde-doença-cuidado (LACERDA, 2010). Assim, se torna evidente o apoio social nas relações de pessoalidade presentes nos vínculos primários e na organização da sociedade civil para enfrentar as adversidades (CASSEL, 1976; LACERDA, 2006), sendo a religiosidade uma destas formas de enfrentamento (VALLA, 2001):

“rezo todas as noites e agradeço por permanecer viva”;

“peço a Deus todos os dias e tento não entrar na doença dos pacientes”;
“oro antes de sair de casa”;
“creio em Deus”.

O uso da religiosidade/religião como mecanismo para enfrentamento do sofrimento advindo das condições de trabalho das ACS foi recorrente nos estudos pesquisados (CAMELO E ANGERANI, 2008; LOPES, 2009; TELLES e PIMENTA, 2009; WAI, 2007; VASCONCONCELLOS e COSTA-VAL, 2008). Na pesquisa de Telles e Pimenta (2009; p. 476) a busca de práticas religiosas /pensamentos fantasiosos foi considerada a segunda categoria de estratégia mais utilizada, evidenciando “uma postura de esquiva da situação estressora, no âmbito cognitivo”. Para estas autoras as ACS tenderiam a acreditar que ações religiosas ou místicas auxiliariam “no afastamento do problema da mente, os pensamentos estariam voltados para a fé e permeados por sentimentos de esperança” (TELLES e PIMENTA, 2009; p. 476). Lopes (2009) também verificou a relação da religião como ajuda para o enfrentamento do sofrimento no trabalho, no entanto correlaciona este dado à forma de participação comunitária mais citada pelas ACS em pesquisas, que seria a ligada a grupos religiosos. Assim, esta estratégia não seria um recurso exclusivo no trabalho, mas na vida de forma geral destas trabalhadoras o que corroboraria para a utilização do apoio social como forma de enfrentamento das classes populares.

Vasconcellos e Costa-Val (2008) nos chamam a atenção para o fato da forte influência da religiosidade e da espiritualidade tradicionalmente presente em nosso país, o que explicaria a presença da crença religiosa entre a maioria absoluta das ACS pesquisadas por elas. Acrescentam ainda a partir de Lukoff (1992) e de Seidl e Faria (2006) a necessidade do ser humano se apegar aos fenômenos religiosos ou místicos para o enfrentamento dos problemas cotidianos.

Além da utilização da religiosidade foram verificadas nestas pesquisas outras estratégias defensivas semelhantes as encontradas em nossa investigação com as ACS de Manguinhos. Lopes (2009) em seu estudo junto a ACS da ESF de Santa Maria (Rio Grande do Sul) identificou estratégias defensivas elaboradas de forma individual e coletiva tais como: esquecer os problemas do cotidiano laboral através da realização de atividades diferentes

como escutar música ou brincar com os filhos; colocar barreira física para impedir o acesso dos usuários à casa dos ACS; a procura de ajuda através do contato com os colegas; criação de espaço de discussão e diálogo; fortalecimento dos laços com outros ACS; a conscientização pessoal da importância do seu trabalho. Wai e Carvalho (2009; p. 567), partindo das teorias sobre estresse no trabalho encontraram resultados semelhantes ao estudarem um grupo de ACS de São José do Rio Preto (São Paulo), destacando as seguintes estratégias de enfrentamento:

“compartilhar os problemas com a equipe e outros profissionais que cooperam com a estratégia; seguir orientações para uma ação mais profissional e menos emocional; limitar a comunidade; ter consciência de que não tem que resolver tudo sozinho; encarar a dificuldade como um desafio; afastar os problemas da cabeça; chorar; realizar atividades de lazer; buscar apoio de pessoas íntimas; fazer exercícios físicos; e montar cestas básicas com o próprio recurso financeiro”.

Utilizou a classificação de Folkman e Lazarus (1980) sobre as estratégias de enfrentamento, ou seja, os meios usados pelos sujeitos para lidarem com seus estressores. Segundo estes autores tais estratégias podem ser de dois tipos, dependendo da função que exercerão, seja a de atuar em situações avaliadas como modificáveis – enfrentamento focalizado no problema, seja as avaliadas como inalteráveis – enfrentamentos focalizado na emoção.

Nas entrevistas pudemos verificar uma maior liberdade de expressão sobre as estratégias utilizadas, onde foram menos burocráticas e mais vivenciais, embora também imbuídas em contradição, como demonstram os exemplos abaixo. Atribuímos esta maior liberdade ao fato da entrevista ter se dado em grupo, no espaço da equipe, o que proporcionou um ambiente familiar e acolhedor, onde os pensamentos e as experiências eram compartilhados por seus iguais, criando uma atmosfera de segurança e proteção. Além, da pouca formalidade expressa na conversa, no diálogo, na fala, ao contrário de um documento escrito como o questionário, que pode passar a impressão de uma avaliação, onde existem respostas certas e erradas.

- Não fornecer o número do telefone celular;
- Sair da casa do usuário sentar e chorar;

- Fornecer alimentação aos usuários em situação de miséria total;
- Desabafar com os colegas da equipe;
- Pedir ajuda a outra ACS;
- Mudar o trajeto para fugir das interpelações nos horários de não trabalho;
- Tentar não se envolver com os problemas fora do horário de trabalho;
- Uso do uniforme como delimitação da atividade profissional onde a ACS precisa ter postura apropriada e adequada a atividade que exerce, além de servir de proteção.

Estas táticas referidas pelas ACS nos remetem a proteção fora da USF, onde precisam se resguardar dos excessos dos moradores que não compreendem ou respeitam os momentos de pausa das mesmas, bem como dos imprevistos e adversidades que as ACS estão expostas durante as atividades dentro da comunidade. Como já mencionado, o trabalho dentro de seu próprio local de moradia leva a alterações e interferências na dinâmica da ACS dentro da comunidade, levando-as a criarem outras estratégias além das já usuais como moradoras, para se resguardarem agora, de seus iguais, vizinhos, parceiros. No entanto, percebe-se que tal sentimento de invasão de privacidade, é vivenciado de forma dupla e contraditória. Percebem o abuso por parte dos moradores e se incomodam com isto. Mas se penitenciam por tal sentimento, visto considerarem suas ações imprescindíveis para a melhoria das condições de saúde daquela população, além de se perceberem como intermediários entre a comunidade e o serviço e vice versa. Assim, para algumas ACS tais táticas acabam causando mais dificuldade do que proteção.

“Tem hora que você olha e tá de uniforme e aí vai ficar feio, você tem que se controlar.
Não ir para a área sem o uniforme, é uma forma de se proteger, ser identificada”.

O uso do uniforme sinalizaria uma delimitação concreta do horário de trabalho, ou seja, acesso pleno, sinal verde para os moradores. Como também identificação de que é uma trabalhadora oficial e que por isto, necessita de livre trânsito dentro da comunidade, ou seja, é também um sinal verde para ela, ao se diferenciar dos demais moradores tanto para o tráfico como para a polícia.

Assim, necessita de linguajar e postura próprios de um profissional, não cabendo “palavrões”, “intimidades”, “grosserias” nos domicílios visitados. Esta foi a representação feita por uma ACS quando interrogada sobre sua forma de se proteger no trabalho, trazendo como exemplo a narrativa de uma das responsáveis ²⁴ pela capacitação das ACS:

“Quando a gente fez o introdutório, a [...] falou que agora a gente tinha que ser profissional, então, não podia mais chegar na casa da Maria e falar: - Oi Maria. Vocês vão falar Dona Maria, tem que ter uma postura diferente”.

No entanto, também esta postura se coloca em xeque, se o que diferencia as ACS dos demais profissionais da ESF é o pertencimento, a proximidade e familiaridade com o local, sendo também seu fator de proteção pelos benefícios de suas ações e consequente reconhecimento da comunidade. Assim, também este distanciamento é posto a prova pelas ACS como fator de proteção:

“Tem gente que me conhece desde pequena. Tem pessoas que não tem como você ter formalidade, porque é pessoa que te conhece desde que você nasceu. É lógico que você não vai ficar falando aquelas gracinhas que você fala fora do horário de trabalho, mas você tem um vínculo muito maior com certas pessoas que te conhecem, então, **não dá pra ser diferente**”.

Não seria, portanto, o vínculo com a comunidade o maior fator de proteção e justificativa de se continuar na profissão de ACS, mesmo gerando sobrecarga e constrangimentos, além da própria razão geradora desta profissão? A introdução destas trabalhadoras nas equipes de saúde foi resultado das grandes lacunas existentes entre os serviços de saúde e a comunidade na condição de corresponsável pelo processo saúde-doença-cuidado. Possuir uma proximidade com a cultura, com as condições de vida e deter um saber próprio da comunidade e de seu funcionamento lhe conferiram a inserção como trabalhadoras da saúde, favorecendo, portanto, a organização

²⁴ A referida profissional é a mesma citada anteriormente sobre “ganhar para fazer o bem”. Vale esclarecer esta profissional é muito querida pelas ACS, por ter uma postura próxima e acolhedora.

do Cuidado dentro e fora dos serviços (MARTINEZ e CHAVES, 2007; SOUZA, 2003).

Esta narrativa sobre a orientação do comportamento profissional da ACS poderia ser tomada como uma tentativa de disciplinarização dos corpos como no caso das estudantes de enfermagem citadas Molinier (2008), visto que a profissional citada é uma enfermeira?

Assim, uma de suas principais ferramentas de trabalho seria o vínculo, estabelecido muitas vezes antes de sua atuação como profissional. Sendo, portanto, intenso e recoberto de cobranças e expectativas vindas da comunidade, da equipe de saúde e da própria ACS. Intermediar tais expectativas é o desafio diário deste trabalhador-morador, que se confunde e é confundido muitas vezes como um super herói, tendo como saída ou alívio “sentar e chorar” (relato de ACS sobre sua atitude frente uma situação difícil de trabalho). Neste percurso de construção de uma identidade profissional e pessoal vai se apoiando nas poucas normalizações que a recente oficialização de sua profissão pode lhe garantir, no sentimento de pertencimento ao local de moradia e no reconhecimento de seu trabalho por parte dos usuários. Estaria, então, no sentido dado às penosidades do trabalho as verdadeiras armas de proteção e defesa para o sofrimento laboral da ACS de Manguinhos?

Outras estratégias utilizadas estariam mais ligadas a garantir o poder de agir e não apenas o fazer (HUBAULT, 2008) como as exemplificadas abaixo:

- Fornecer auxílio material ao usuário, na tentativa de aliviar as dificuldades deles e seu próprio sofrimento em vivenciar a miséria dos moradores, mas sem ser identificado;
- Fazer “ouvido de mercador” quando o usuário fala mal do médico e ao ver o profissional muda de postura, se tornando passivo e amigável;
- Dar um jeito, um jeitinho para o paciente ser atendido;
- Manobrar as faltas diárias nos atendimentos médicos, encaixando usuários que seguem sua avaliação; “não poderiam esperar pelo amanhã”.

Proteger-se do sofrimento ou de suas consequências, ao possibilitar dar respostas às solicitações feitas por seus iguais, os usuários, talvez seja o grande diferencial dessas trabalhadoras, ao criarem saídas inusitadas, criativas e bem brasileiras, visto que sua profissão está restrita a um produto também nacional, o SUS. Assim, se utilizariam do “jeitinho”, ou seja, das saídas criadas

para as adversidades, com poucos recursos técnicos e materiais, pois o que fortalece a ACS nos momentos difíceis é se sentir importante para sua comunidade. O seu sentimento de pertencimento ao mesmo tempo que a fortalece pode fazer adoecer (pela sobrecarga, ao imputar-se responsabilidade pela resolução dos problemas de saúde de sua comunidade), um misto de antagonismos. Mas não estaria na ambiguidade a marca do “jeitinho” segundo DaMatta (1997) e Barbosa (2006)?

Para finalizar este eixo utilizaremos os pensamentos da poetisa e doceira Cora Coralina, por retratar de forma clara e doce o que compreendemos como estratégia de enfrentamento das penosidades da profissão de ACS. Assim, vão lançando mão de tentativas para transformarem o sofrimento em produção, em ações criativas que as levam a não patologizar as penosidades da profissão, onde colocam a solidariedade, a identificação com o local de moradia e o agir como ferramentas de suporte para o trabalho e para a vida, não transformando os sintomas autorreferidos em doenças diagnosticadas. Embora os sintomas psicoafetivos tenham sido ressaltados como existentes, não se transformaram em diagnósticos comprovados, sendo provavelmente transformados em algo produtivo e criativo no percurso da vida laboral e pessoal de nossas entrevistadas.

“Tenho consciência de ser autêntica e procuro superar todos os dias minha própria personalidade, despedaçando dentro de mim tudo que é velho e morto, pois lutar é a palavra vibrante que levanta os fracos e determina os fortes. O importante é semear, produzir milhões de sorrisos de solidariedade e amizade. Procuro semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça. Digo o que penso, com esperança. Penso no que faço, com fé. Faço o que devo fazer, com amor. Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois bondade também se aprende. Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.” (Cora Coralina em resposta dada por ela a um repórter sobre o que era viver).

Capítulo 8. SÍNTESE CONCLUSIVA: O JEITINHO COMO ARTE E FORMA DE DEFESA

Para dar mais visibilidade aos achados de nossa pesquisa em relação às peculiaridades da profissão de ACS e seu jeito de fazer saúde separamos alguns aspectos importantes de serem demarcados, reforçando assim nosso argumento de que o “jeitinho seria a forma de fazer saúde da ACS de Manguinhos”.

8.1. O trabalho real da ACS de Manguinhos

Percebe-se que a *Lei nº 11.350/2006* ²⁵ reforça a defasagem entre Trabalho Prescrito e Trabalho Real, ao estipular atribuições abrangentes e às vezes utópicas, que muitas vezes envia as ações deste profissional no lugar de auxiliar a realização de suas tarefas, além da própria ausência de uma formação específica e formalizada. Este fato gera descrédito por parte da comunidade assistida, tida como principal foco de suas ações e reivindicações, e também por parte da EqSF e das instâncias superiores (gestão), pelo não cumprimento de metas e ações preconizadas. Gera nesses profissionais um sentimento de inutilidade e desvalorização que acarreta em desgaste e sofrimento. Resta, portanto apelar ao “jeitinho”, que segundo DaMatta (1986) é um traço cultural brasileiro, como uma das únicas saídas para a realização de suas tarefas, sua ferramenta de vida e de trabalho, visto ser uma das estratégias utilizadas pelas classes populares como forma de resistência e luta frente às adversidades. Assim, o vazio de normas presente na atividade das ACS (apesar da grande abrangência das atribuições) é impregnado pelo “jeitinho”, vinculado ao pertencimento à comunidade.

A visita domiciliar é uma das principais atribuições destas profissionais, servindo para cadastrar, acompanhar e colocar em prática as ações de prevenção e promoção de saúde junto ao usuário. Constitui a base do trabalho da ACS, tendo o papel de estabelecer e fortalecer o vínculo e a confiança entre o usuário e a ESF. Logo, merecendo uma atenção especial deste profissional, que deverá ser paciente, atencioso, acolhedor, qualidades atreladas ao tempo

²⁵ Embora estejamos nos centrando nesta Lei, reconhecemos a existência dos demais documentos que versam sobre as atribuições profissionais das ACS com as *Portarias nº 1.886/1997 e nº 648/2006*, a *Lei nº 10.507/2002* e o *Decreto nº 3.189/1999*.

e disponibilidade e não a um contato protocolar para produção de números de domicílios visitados e famílias cadastradas. No entanto, o que constatamos nas observações e entrevistas é que devido ao acúmulo de funções e afazeres dentro da USF, esta atividade vem sendo cada vez menos desempenhada, se tornando espaçada e aligeirada, devido às atividades burocráticas e de recepção que vem sendo impostas às ACS dentro das USF. Assim, como os outros profissionais da equipe, seu tempo vem sendo cada vez mais tomado por atividades internas.

As ACS, contudo, percebem o valor das visitas domiciliares e acabam por insistir em executá-las, pela troca afetiva e por seu compromisso com o local, que as impelem a persistir. Assim, transgridem as “ordens” para executar o prescrito na legislação, de forma acolhedora, afetiva e revestida de significado e valor tanto para a profissional quanto para a moradora, ou seja, desempenhando o cuidado atrelado à ideia de integralidade, mesmo envolto em práticas fragmentárias e não resolutivas, mas que representam as peculiaridades dos grupos envolvidos.

A violência também impede as visitas domiciliares, ajudando a fortalecer tal posicionamento entre os profissionais da equipe e da gestão, levando a ACS a aceitar as tarefas burocráticas ao ser impedida de realizar suas ações dentro da comunidade. Assim, cria-se um círculo vicioso, trazendo prejuízo a toda rede (usuário, ACS, equipe e mesmo gestão), que deixa de contar com o trabalho mais frequente e assíduo dentro da comunidade, e uma visita domiciliar menos burocrática e biologicista, centrada na doença e não na promoção e prevenção.

Outra grande contradição que interfere diretamente no agir da ACS diz respeito à não articulação entre os níveis de complexidade (primário, secundário, terciário) da assistência à saúde, que determina a ESF como porta de entrada, mas sem garantir uma saída em casos mais complexos. O que leva a ACS e toda equipe a se ver em dificuldades frente à população, pois buscam a adesão do usuário no cuidado à sua saúde (como consultas, exames, imunização, campanhas de saúde) sem muitas vezes conseguirem dar prosseguimento ao que dispararam, as necessidades e problemas de saúde identificados. No entanto, é a ACS que fica “na frente, do lado, atrás” ²⁶,

²⁶ Expressão usada por uma ACS para retratar a presença constante junto ao usuário, onde serve de intermediária entre o serviço e o paciente.

servindo de “espelho da comunidade” ²⁷ para o serviço, ou seja, tudo reflete nelas, as queixas, as dúvidas, as insatisfações, mesmo no seu momento de descanso, por também ser moradora. Não se distancia do locus do trabalho e ainda vivencia as mesmas negativas e faltas causadas por esta desarticulação entre os serviços de saúde, visto que também é usuária do SUS.

Entre o prescrito e real no trabalho da ACS há lacunas importantes, que merecem a nossa atenção, como sua vinculação exclusiva ao SUS e a obrigatoriedade de ser moradora do local em que irá desenvolver suas atividades. Pontos primordiais da proposta desta profissão, que precisam ser articulados com medidas de proteção e cuidado a esta profissional. Sua vinculação ao SUS permite a sustentação de seus princípios de integralidade, participação social, equidade, no entanto, coloca a ACS em situação de vulnerabilidade e limitação, pelas próprias dificuldades enfrentadas por este sistema, sucateado antes mesmo de sua completa implantação. Além da forte pressão que vem sofrendo de privatização de seus serviços.

No tocante à obrigatoriedade de moradia na própria comunidade, a ACS vivencia um duplo sentimento de satisfação e sobrecarga, pois tal exigência favorece o vínculo e o conhecimento da realidade local, desvendando para o serviço de saúde as peculiaridades e identidades daquela comunidade. No entanto, o que podemos perceber é que a decodificação da realidade dos usuários pela ACS não garante ou induz a mudança da lógica dos serviços e de seus profissionais, que formados dentro de uma lógica biomédica, têm dificuldade em aceitar as estratégias e conhecimentos populares como meio de intermediação no processo do cuidado.

Assim, toda a tentativa de aproximação entre comunidade e serviço se vê comprometida, mesmo possuindo alguns profissionais dedicados e abertos ao novo. Com isso, seu papel de mediador gera sofrimento, dor e dificuldades, pois se envolve e é envolvido pela dinâmica das famílias e das faltas existentes numa comunidade popular da cidade do Rio de Janeiro.

Frente a tantas adversidades vivenciadas, as regras, as leis, as prescrições são completamente insuficientes para dar conta de um trabalho subjetivo, relacional e baseado em experiência de vida (visto que a formação oferecida é incipiente). Assim, tais profissionais são convidadas, a todo o

²⁷ Representação de uma ACS sobre o reflexo que as negativas do serviço geram na população, refletindo nelas na comunidade.

momento, a mobilizarem sua subjetividade para darem conta do trabalho real na ESF. E como saída restam os questionamentos e respostas criadas a partir dos poucos conhecimentos técnicos que possuem, da vivência como usuário do SUS e como morador daquela comunidade e, acima de tudo, de seu sentimento de pertencimento ao local, ou seja, o “sofrimento compartilhado”, que marca uma forma de ser no mundo, um traço de sua formação cultural.

Trabalhar implica em gerir diferentes normas, às vezes, contraditórias, sendo no caso da ACS extrapoladas para sua vida fora do trabalho devido a seu envolvimento e pertencimento à comunidade. Logo, sua mobilização subjetiva (DEJOURS, 2008) está impregnada, sobretudo, pela proximidade e por seu envolvimento com as pessoas de sua comunidade, o que a torna intensificada e determinante para a realização das tarefas que realiza, caracterizando o “jeitinho” ACS de fazer saúde.

8.2. Saúde-doença e sofrimento-prazer

Se a defasagem entre trabalho prescrito e trabalho real da ACS gera uma mobilização subjetiva tão intensa, sua saúde também poderá ser afetada de forma igualmente intensa, justamente pela “exacerbação do uso de si” (RAMMINGER e BRITO, 2011) para dar conta do real do trabalho na ESF.

Assim, cabe ater-nos às estratégias utilizadas por elas no seu cotidiano de trabalho, haja vista o descompasso entre os sintomas auto-referidos e as doenças diagnosticadas. Como diria Dejours (2008; p. 335), a inteligência astuciosa ou prática do trabalhador possibilita transformar as dificuldades do trabalho em produções criativas, visando uma “economia de esforço, ou seja, obter o máximo e de forma melhor possível com o dispêndio mínimo de energia”, sendo, portanto, “indissociavelmente solidária ao corpo”. A esta engenhosidade referida por Dejours, que só se verifica no exercício do trabalho, não sendo, portanto, definida antes de sua execução, podemos atribuir as ações descritas pelas ACS: incluir no lugar dos faltosos aquele usuário que necessita de uma consulta hoje e não amanhã; ouvir o sofrimento do usuário e confortá-lo, deixando assim, os seus próprios problemas de lado ou menores; ir com o usuário até um serviço de emergência e deixá-lo entrar sozinho, para garantir que sua internação aconteça, visto que, desacompanhado os profissionais terão mais dificuldade em rejeitá-lo.

Assim, intercalam sua experiência enquanto moradoras de comunidade, usuárias do SUS e trabalhadoras da saúde para buscarem saídas e respostas às dificuldades vivenciadas, aliviando o sofrimento e a sobrecarga física e psíquica. Buscam no reconhecimento de seu trabalho as forças necessárias para tornarem satisfatórias e gratificantes as penosidades vividas em suas jornadas.

8.3. O “jeitinho” de fazer saúde da ACS de Manguinhos

No transcorrer desta tese valorizamos de forma até redundante e exaustiva a influência do morar e do trabalhar no mesmo local (JARDIM, 2007; JARDIM e LANCMAN, 2009), ponto pacífico da profissão de ACS, se tornando primordial para nossa compreensão sobre o fazer saúde desta profissional. Esta insistência se justifica pela importância desta condição na vida e na saúde destas trabalhadoras.

Morar e trabalhar no mesmo local se refere nesta tese ao contexto socioeconômico e cultural que envolve estas comunidades que se caracteriza por: violência, tráfico, uso e abuso de drogas, esgoto a céu aberto, falta ou inconstância do fornecimento de água, deficiência no número de escolas e creches públicas, desemprego ou subemprego, habitações precárias dentre tantos outros problemas e faltas que assolam as comunidades populares da cidade do Rio de Janeiro. Sendo assim, morar nestes espaços em si só já é uma arte que se intensifica ao se trabalhar neste território auxiliando no cuidado a saúde desta população.

Por haver esta peculiaridade é que lançamos mão de uma lente antropológica, buscando compreender formas de lidar com o vazio de normas e com o sofrimento enraizados na cultura local.

DaMatta (1986) e Barbosa (2006) nos ajudam a desvendar o enigma do trabalho da ACS, através dos traços culturais presentes em nossa brasilidade, ou em nosso imaginário popular, onde a possível dificuldade em lidar com leis e regras levaria à relativização dos impedimentos, levando a apelar para respostas criativas aos problemas que ultrapassam o domínio da técnica (o que define o trabalhar, segundo DEJOURS, 2004), do material, do econômico e do profissional, gerando saídas pouco convencionais.

Assim, a forma de lidar com normas antecedentes, no caso do brasileiro, poderia ser marcada por um traço cultural, que para Chauí (2001; p. 3) estaria baseado num mito fundador de nossa miscigenação, ou seja, “a energia do índio, o ritmo do negro e a melancolia do português”. Mito entendido antropológicamente como uma narrativa que representaria a “solução imaginária para tensões, conflitos e contradições que não encontram caminho para serem resolvidos no nível da realidade” (CHAUÍ, 2001; p. 5). Sendo, portanto, considerado um mito fundador da sociedade brasileira, onde se teria a imposição de um vínculo interno com o passado como origem (o passado como algo atual e perene). Chauí (2001; p. 5) reforça esta visão ao se apoiar também na acepção psicanalítica, algo que cria um bloqueio à percepção da realidade impedindo de se lidar com ela, pelo impulso à repetição de algo imaginário:

Um mito fundador é aquele que não cessa de encontrar novos meios para exprimir-se, novas linguagens, novos valores e ideias, de tal modo que, quanto mais parece ser outra coisa, tanto mais é a repetição de si mesmo.

Nesse sentido, então, aprenderíamos que formamos um povo com “energia” para lutar contra as adversidades de forma emocional, se valendo da “ginga” para solução dos problemas. A esta nossa peculiaridade de mistura e ambiguidade, Ribeiro (2005) chamou de “ninguendade” e DaMatta (1986) nomeou “de olha com quem está falando” e de “jeitinho”.

Entendemos que o complexo processo de trabalho das ACS é marcado, sobretudo, por um jeito de ser e de se comportar, impressos especialmente nas classes populares. Desta forma a subversão às normas presentes em qualquer sociedade e em qualquer coletivo de trabalho, poderia ser no caso dos ACS um traço marcante em virtude do contexto sociocultural que envolve as classes populares, com constante necessidade de construir saídas estratégicas e criativas para sua própria sobrevivência, devido as vulnerabilidades sociais, ambientais e de saúde em que estão submetidas.

Assim sendo, para estas trabalhadoras a subversão à norma é entendida e utilizada como estratégia coletiva das classes populares dentro e fora da comunidade e reutilizadas no trabalho como ACS (uma atividade do setor saúde). Isto se justificaria pela necessidade constante que os

trabalhadores da saúde têm em lidar com as condições adversas devido a um sistema (SUS) que se propõe universal, equânime e integral, mas que na prática tem dificuldades de executar seus princípios e diretrizes. Além das próprias condições desfavoráveis do território de atuação que são vivenciadas pelas ACS não só como profissionais, mas também como moradoras e usuárias do SUS, agravando ainda mais suas condições de trabalho, gerando por conseguinte a exacerbação do uso da criatividade e do “jeitinho” popular de resolver ou atenuar problemas e dificuldades.

Esta forma própria de lidar com as adversidades estaria alicerçada na própria desestrutura e não resolutividade do SUS somada às condições desfavoráveis de vida e do território, exigindo destas trabalhadoras o uso exacerbado da criatividade e da construção de outras formas de fazer saúde a partir da solidariedade e do pertencimento a comunidade. Portanto, o jeitinho seria “um modo e um estilo de realizar” (DAMATTA, 1986).

O “jeitinho”, no caso das classes populares, pode ser traduzido por estratégias de sobrevivência ou de resistência, táticas (solidariedade, ajuda mútua, religiosidade, apoio social) (DAVID, 2001; GUIMARÃES et. al., 2009; LACERDA, 2002; 2006; VALLA, 2001; VALLA et al. 2004) usadas para darem conta das vicissitudes e dos anos de descaso do Governo na proposição de políticas que vão ao encontro das necessidades desta população (como moradia, emprego, saúde, educação, transporte dentre outras).

A ACS seria, portanto, uma figura emblemática, a “profissional do jeitinho” e da “arte de sobreviver às situações mais difíceis”, de um jeito harmonioso, solidário e identitário (DAMATTA, 1986; p. 104). Elas próprias parecem personificar o “jeitinho” ao descreverem como dão conta das adversidades no seu dia a dia de trabalho, o que reforçaria nosso posicionamento: “a gente tem que dar um jeito”, “é o jeito, fazer o que?”, é através do jeitinho”.

A proximidade e o pertencimento à comunidade são os grandes fatores mobilizadores do trabalho que acionariam o “jeitinho” como estratégia. Logo, o que diferencia a mobilização subjetiva presente em qualquer atividade de trabalho, da disparada pela ACS é o “sofrimento compartilhado” desenvolvido a partir da identificação com as condições de falta e miséria dos usuários que assiste.

A partir do que já foi exposto, se tivéssemos que definir o “jeito ACS de fazer saúde”, diríamos que é o jeito da dualidade (um profissional que é usuário e trabalhador no mesmo serviço de saúde), da flexibilidade, da adaptabilidade (sem formação específica para o exercício da profissão), características presentes no conceito de “jeitinho” cunhado de DaMatta (1997) e Barbosa (2006), onde a cada nova adversidade do sistema local de saúde, pode ter suas atribuições modificadas, acrescidas ou transformadas. Esta dualidade é sentida em sua prática e vida “24 horas por dia 7 dias por semana” (GOMES, 2009), visto que o tempo de não trabalho (como ACS) também é vivenciado no mesmo território de trabalho, sendo seu círculo social perpassado pelas famílias pelas quais é responsável, muitas vezes sendo confundida e se confundindo com os papéis que exerce dentro de sua comunidade, seja de agente religioso, seja de agente de saúde ou de morador (ser agente local ou agente institucional? (SILVA, 2001).

Existe, portanto, uma proximidade e um envolvimento que são preexistentes ao trabalho, que gera uma carga emocional e psíquica intensa, o que a diferencia dos demais profissionais da SF, na busca de respostas e saídas para as dificuldades dos usuários. Assim, seu agir está envolto por uma mobilização que introjeta traços culturais de nossa brasilidade e do viver em comunidades populares (as estratégias e táticas das classes populares), ou seja, um “sofrimento compartilhado” com os usuários que mobiliza a ACS e garante a realização de seu trabalho.

Desta forma, ao associarmos a categoria jeitinho (DAMATTA, 1997; BARBOSA, 2006) ao fazer saúde da ACS, estamos chamando atenção para uma exacerbação do uso de si, visto que ao realizar suas tarefas é obrigada a usar quase que exclusivamente sua experiência pessoal que vai transportando e transformando para seu trabalho, lançando mão de práticas e ações não convencionais, com o intuito de buscar “uma solução criativa para alguma emergência” (BARBOSA, 2006; p. 41).

Sendo assim, a utilização do “jeitinho” é um fator relevante, desvelando a influência intensa que o viver e o trabalhar numa comunidade empobrecida da cidade do Rio Janeiro trazem para a vida e saúde da ACS, que utiliza de estratégias próprias das classes populares para dar conta das adversidades do trabalho. A solidariedade, o pertencimento, a religiosidade e o apoio social aparecem como marcas expressivas destas estratégias. O “jeitinho” ACS de

fazer saúde está contextualizado pela falta, pela exclusão, pela necessidade de reconhecimento presente no viver das classes populares. A profissão de ACS é marcada pela contradição, assim como, “o jeitinho” (DAMATTA, 1986; 1997; BARBOSA, 2006).

Consideramos, no entanto, que tais estratégias não seriam elaboradas pelo coletivo de trabalho e sim no agir coletivo enquanto morador de comunidade. Poderíamos pensar em uma dimensão coletiva profissional ainda em formação, que se apoia em sistemas defensivos criados pelo viver na comunidade. Tais sistemas informais podem auxiliar no trabalho dentro da comunidade, servindo de proteção. Sugere-se, então, a falta de sistemas defensivos construídos por um coletivo de trabalho, devido ao pouco tempo de oficialização da profissional. Portanto, esta categoria não possuiria ainda uma interação ou construção de conteúdos que identifiquem ou fortaleçam o perfil, os mecanismos de luta e de defesa desta profissão, o que geraria uma identidade enquanto categoria profissional. Mas existiria uma mínima organização coletiva que garantiria a cooperação entre as ACS e entre elas e os demais profissionais da ESF, permitindo a efetivação das renormatizações, bem como o desenvolvimento das ações preconizadas, sua estratégia de ação e defesa frente ao real do trabalho. A esta mínima organização chamaríamos de jeito ACS de fazer, agir, comportar-se dentro do universo da SF e da comunidade.

Lança mão de conhecimentos e experiências de seu dia-a-dia ²⁸ e de seus sentimentos de semelhança com os moradores que assiste na tentativa

²⁸Gostaríamos de explicitar o que estamos tomando por conhecimentos e saberes da ACS, referidos nesta tese como bagagem e instrumentos adquiridos no viver em comunidades populares da cidade do Rio de Janeiro (ou em qualquer localidade vulnerável, marcada pela carência das ações básicas de dever do Estado – como serviços de saúde, de educação, de saneamento básico e urbanismo, bem como oportunidade de emprego e condições sociais e econômicas).

Tais saberes que se tornam essenciais na prática como ACS e que acabam se tornando também ferramentas de defesa e proteção dentro e fora da comunidade. Assim, poderíamos exemplificar algumas situações que deixam clara o exercício de tais saberes e práticas:

- O lidar com as abordagens policiais dentro da comunidade, adotando uma postura neutra sem fornecer informações sobre locais e pessoas, além do uso constante do uniforme como demarcação de sua atuação profissional;
- Conhecer os limites permitidos dentro da comunidade, evitando ruelas, vias ou vilas tomadas e gerenciadas pelo tráfico;
- Buscar sempre a melhor maneira de devolver para a população assistida às impossibilidades e dificuldades da atenção primária a saúde, deixando claro suas limitações enquanto trabalhadora de saúde e suas tentativas de resolver os problemas apresentados, por também sofrer as mesmas dificuldades de acesso à assistência;
- A identificação das implicações da não realização de uma consulta médica para as famílias assistidas, por conhecerem as histórias e vulnerabilidades de cada uma. Assim, baseando-se

de melhorar as condições de saúde de sua comunidade e como forma também de lidar com o sofrimento gerado pela não resolução dos problemas de saúde dos usuários por parte dos outros profissionais ou do próprio sistema de saúde.

Seria a partir do argumento da ambiguidade que marca o jeitinho que traçamos um paralelo com a nossa personagem da saúde, a ACS. Profissional *sui generis* dividido entre o ser institucional e o ser relacional, pois transita por estes dois mundos o de profissional do local e o de moradora. Ora considerada do bem, quando burla normas para conseguir um atendimento (consulta) para um vizinho, ora do mal, quando impossibilitada pelas limitações do próprio sistema de saúde, não consegue dar respostas às necessidades urgentes de sua comunidade. Ou ainda, imbuída de um poder conferido pelo status de profissional do SUS, nega sua condição de moradora do local, tornando-se a antipática, vigia dos hábitos saudáveis. E assim, no seu dia a dia real como moradora/profissional vai “transformando suas desvantagens em trunfos que foram bem manipulados pela criatividade e improvisação, das técnicas mais utilizadas pelos usuários do jeitinho” (BARBOSA, 2006; p. 45).

Poderíamos tentar traçar um paralelo entre o conceito de gênero da clínica da atividade (CLOT, 2007) e o que estamos denominando de jeitinho ACS de fazer saúde, guardadas as devidas proporções. Clot (2007) desloca o conceito de gênero do campo da linguística para o campo do trabalho, por considerar que tal conceito pode contribuir para o pensar sobre o plano da produção de normas e valores nos coletivos de trabalho. Seria, então, um, “(...) sistema aberto de regras impessoais, não escritas, que definem num meio dado, o uso dos objetos e o intercâmbio entre as pessoas; uma forma de rascunho social que esboça as relações dos homens entre si para agir sobre o mundo” (CLOT, 2007; p. 50).

Todavia, este agir sobre o mundo no caso específico da ACS diz respeito a suas origens enquanto moradora da Comunidade de Manguinhos,

nas implicações futuras, lançam mão da estratégia de encaixe com ou sem comunicação previa a equipe de pacientes não agendados.

- Conhecer os códigos linguísticos locais que orientam sua abordagem e procedimentos juntos as famílias, os policiais e o tráfico de drogas;
- Conhecer como funcionam os plantões dos serviços de emergência da localidade, como suas estratégias para a recusa do paciente. Com este saber orientam o paciente sobre as artimanhas que precisam ser executadas para o seu aceite: ir a este serviço sozinho (sem acompanhante), como tentativa de evitar a recusa do mesmo por este não apresentar condições de retorno desacompanhado;
- Conhecer os apoios e parceiros locais em casos de ajuda e orientação, dentre tantos outros conhecimentos que só mesmo um morador do local que vivencia o dia a dia pode identificar e introjetar.

que irá determinar seu agir no trabalho, suas relações e suas estratégias. Relações estas estabelecidas com o ambiente de trabalho (CSEGSF) antes mesmo de serem ACS, pois, participavam da rotina desta unidade de saúde como usuárias, sendo esta também uma forma de pertencimento e familiaridade, que marca expressivamente sua forma de agir e de ser reconhecida dentro e fora do serviço.

Desta forma, a utilização do “jeitinho”, refere-se a um modo singular de desenvolvimento das atividades na ESF, considerando os descompassos em relação às tarefas prescritas, indicando sua complexidade e os vazios que são preenchidos pela mobilização criativa. Mas refere-se também às defasagens entre sua condição de moradora e trabalhadora, entre os traços culturais impressos no ser brasileiro e no ser morador de comunidade e pelo sentimento de pertencimento ao local de moradia (que impulsiona ao “sofrimento compartilhado”). Assim, ao vivenciar de forma produtiva tais lacunas, o “jeitinho” pode auxiliar na transformação da dor e do sofrimento em prazer e saúde.

Concluimos, portanto, que esta trabalhadora da saúde possui um jeito próprio, contextualizado pelas condições específicas que marcam o território investigado, a população assistida, as USF envolvidas. Tais características marcarão a mobilização que será disparada para garantir a realização de seu trabalho. Logo, não é qualquer jeitinho, é o jeitinho positivo mencionado por Barbosa (2006), que se refere às relações sociais, envoltas em solidariedade, identificação com a dificuldade do outro e que precisa achar saídas rápidas para emergências, lançando mão de transgressões de normas e medidas criativas devido a autoidentificação com o sofrimento do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esquinas (Djavan)
Só eu sei
As esquinas por que passei
Só eu sei só eu sei
Sabe lá o que é não ter e ter que ter pra dar
Sabe lá
Sabe lá
E quem será
Nos arredores do amor
Que vai saber reparar
Que o dia nasceu
Só eu sei
Os desertos que atravessei
Só eu sei
Só eu sei
Sabe lá
O que é morrer de sede em frente ao mar
Sabe lá
Sabe lá
E quem será
Na correnteza do amor que vai saber se guiar
A nave em breve ao vento vaga de leve e trás
Toda a paz que um dia o desejo levou
Só eu sei
As esquinas por que passei
Só eu sei
Só eu sei
E quem será
Na correnteza do amor...

Inspirados nesta música traçamos nossas últimas considerações sobre o fazer saúde da ACS de Manguinhos. Para tanto gostaríamos de demarcar nossa implicação com o tema e os sujeitos envolvidos a partir da prática

docente no curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz e como psicóloga no CSEGSF. O contato com esta profissão, nos primeiros anos de implantação da SF em Manguinhos, rendeu muitas inquietações e satisfações, sendo possível acompanhar a transformação de algumas mulheres, que antes apenas se dedicavam a seus domicílios e familiares e que agora desenvolvem e batalham por conquistas para sua comunidade. Ser ACS oportunizou ampliarem horizontes e fronteiras, visto que possuíam pouca ou nenhuma formação e/ou experiência “profissional”. Muitas delas foram além desta profissão e voltaram a estudar, tornando-se pedagogas, comunicólogas, técnicas de enfermagem...

A todas elas o meu respeito e carinho, por nos proporcionarem o enriquecimento de saberes e olhares sobre o trabalho e o viver das comunidades populares.

Pudemos através desta pesquisa conhecer o trabalho real da ACS, o que nos fez refletir sobre as implicações do morar e trabalhar no mesmo local, comunidade popular, sendo esta caracterizada por faltas, pela violência, pela miséria e por anos de descaso do poder público em relação às necessidades de seus moradores. Logo, o que nos marcou no morar e trabalhar no mesmo território geográfico foi o contexto que o envolve e não apenas a proximidade territorial entre trabalhador de saúde e usuário/paciente, mas as relações que são estabelecidas devido às condições e características que o compõem.

O trabalho em saúde como atividade do setor serviço por si só já carrega uma complexidade que pode acarretar sofrimento, sobrecarga física e psíquica, e quando acontece num ambiente de miséria e violência, tais características se tornam ainda mais marcantes para os profissionais envolvidos. No caso das ACS este contexto de adversidades e faltas é vivenciado não apenas como profissional, mas também como moradoras, levando este não afastamento a um envolvimento e um sofrimento ainda mais intensos.

Assim, acreditamos ser essencial pensar em políticas de saúde do trabalhador da saúde que levem em conta tais singularidades, garantindo a saúde física e mental de uma trabalhadora exclusiva do SUS. A criação de espaços de diálogo e discussão entre as ACS seria uma saída potencial para que estas trabalhadoras trocassem experiências e auxiliassem na formulação de tais políticas (como atendimento e acompanhamento constante destas

trabalhadoras por profissionais de saúde) e no fortalecimento da própria profissão.

Embora a ESF represente uma reorientação da assistência, a partir de uma visão ampliada e participativa de saúde, ainda peca na prática, devido a pensamentos e ações voltadas para o modelo curativista, centrado nos procedimentos. A tão exaltada interação entre serviço e comunidade presente nos documentos formuladores da Política de APS está longe de ser uma realidade.

Médicos e enfermeiros, consumidos pela grande demanda ou por desacreditarem na proposta (em sua grande maioria), ficam presos a seus consultórios dentro das USF e fora do núcleo da comunidade (no coração onde pulsam os valores, a rotina, os hábitos, a cultura desta população). A visita domiciliar, um instrumento pensado para aproximação e compreensão do funcionamento da comunidade e para o contato mais direto com a realidade do usuário, acaba subutilizado por tais profissionais, ficando a cargo das ACS a incursão aos domicílios. Logo, cabe quase que exclusivamente às ACS o papel de recepção dos problemas dos moradores, de suas dificuldades e da elaboração de respostas dentro dos domicílios.

Percebemos, portanto, um conjunto de contradições entre o que se ditou nas leis e o que se executa na prática (o prescrito e real). Temos, na prática, uma profissional com capacitação aligeirada, salários baixos e discrepantes em relação aos demais membros da equipe e reconhecimento duvidoso por parte dos governantes e gestores da APS. A população torna-se a grande aliada das ACS, valorizando-as na mesma intensidade que cobra e abusa de sua condição de moradora e trabalhadora de saúde. Esse fato nos obriga a considerarmos o valor e a necessidade da subjetividade enquanto elemento constituidor e formador desta profissão, mediante o pouco respaldo técnico que possuem, onde o jeitinho perfeitamente se encaixa como saída na vida pessoal e laboral. As análises propiciaram compreender o jeito ACS de fazer saúde, como fruto da associação de sua mobilização subjetiva com sua história de vida.

No entanto, esta profissional parece aceitar tal sobrecarga e cobrança como algo natural e com sentido próprio, pois para ser ACS, segundo algumas

entrevistadas, tem que ter “Amor, Cuidado e Solidariedade” ²⁹, “tem que exercer a paciência”, “gostar de gente”, ou seja, um dom que se tem ou não. Assim, os possuidores de tal dom devem continuar em sua labuta e os que não o possuem, devem desistir e se aventurar em outro terreno. Mas este aparente conformismo seria na verdade, segundo alguns teóricos, como Valla (2005) e Parker (1996), uma forma de resistência estratégica das classes populares, podendo também ser entendida como uma construção social, se nos apoiarmos em Kergoat (2013).

E, desta forma, vão persistindo e insistindo em proporcionar melhorias para sua comunidade, pois consideram seu trabalho e sua permanência uma chance de mudar o cenário de miséria, descaso e vulnerabilidade a que estão submetidas, juntamente com seus vizinhos. Buscam saídas, jeitos para resistirem as dificuldades no trabalho e na vida, lançando mão de estratégias das classes populares, apreendidas no viver das favelas cariocas (e em outras tantas), onde a “ginga” é essencial para o combate às adversidades.

Esta tese, portanto, concluiu que o agir da ACS de Manguinhos é amparado por seu sentimento de pertencimento à comunidade em que mora e assiste, o que a leva a prosseguir em seu ofício, mesmo recoberto de dor e sofrimento ao ter amputado o seu poder agir. Assim, utiliza-se do jeitinho para dar conta do inesperado, do esperado e não concretizado, das faltas, das ausências e das dificuldades. Prossegue se fortalecendo no sentido e valor que atribui a seu trabalho, que lhe são dados pelo reconhecimento dos usuários, por seus iguais. Cuidam na esperança de serem cuidadas, podendo usufruir para si e para sua família as transformações e benefícios que seu trabalho traz para a comunidade.

Nesta trajetória do jeitinho e do reconhecimento, vão transformando e recriando o sofrimento, em ações criativas e práticas, na tentativa de construir saúde e vida – e não patologias – a partir do trabalho diário como ACS.

²⁹ Referência feita por um ACS para a sigla ACS (amor, cuidado, solidariedade).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, J. I.; PINHO, D. L. M. Teoria e prática ergonômica: seus limites e possibilidades. In: PAZ, M. G. T.; TAMAYO, A. (Org.). **Escola, saúde e trabalho**: estudos psicológicos. Brasília, DF: Editora da UnB, 1999. p. 261-289.

ALIAGA, C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. **INSEE Première**, n. 869, p. 1-4, Oct. 2002.

ANDRADE, F. M. O. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. 1998. 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 1998.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 783-836.

_____; BARRETO, I. C. H. C.; MARTINS, T. J. A estratégia saúde de família em Sobral. **Sanare**, Sobral, v. 5, n. 1, p. 9-20, jan.-mar. 2004.

_____; BARRETO, I. C. H. C.; MARTINS, T. J. A estratégia saúde de família no Brasil e a superação de medicina familiar. **Sanare**, Sobral, v. 4, n. 1, p. 57-64. jan.-mar. 2003.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72. 2001.

BARBOSA, L. **O jeitinho brasileiro: a arte de ser mais igual do que os outros**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

BARBOSA, R. H. S. Análise do trabalho do ACS na perspectiva de gênero. In: DAVID, M. S. L. et al. (Org.). **Abordagem interdisciplinar das novas condições e processos de trabalho em saúde**: o caso dos agentes

comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

BARBOSA, R. H. S. et al. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 751-765, jul.-set. 2012.

BARROS-DUARTE, C.; CUNHA, L.; LACOMBLEZ, M. INSAT: uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. **Laboreal**, v. 3, n. 2, p. 54-62. 2007.

_____; CUNHA L. 2010. INSAT 2010 - Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. **Laboreal**, v. 6, n. 2, p. 19-26. 2010.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

BENEVIDES DE BARROS, R., PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571. 2005.

BISCAIA, A. R. A Reforma dos cuidados de saúde primários e na reforma do pensamento. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 22, p. 67-79. 2006.

BOCK, A. M. B. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Org.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 15-35.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-480. 2009.

BRANCO, A. G.; RAMOS, V. Cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 2. 2001. Volume temático.

BRANDÃO, C. R. **A educação popular na escola cidadã**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

BRASIL, Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei10507_10_07_02.pdf>. Acesso em: 13 outubro 2010.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional n.º 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 11 janeiro 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. 20 ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. 534 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRITO J. C. **O trabalho do ponto de vista da atividade**: lutando pela saúde no cotidiano. In: I SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE ESTRESSE, SAÚDE E TRABALHO: MAGNITUDES, TRANSCENDÊNCIA E VULNERABILIDADE. 2013, Niterói. Disponível em: <<http://www.senesat.uff.br/brito.pdf>>. Acesso em: 1º abril 2013.

_____. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO M.; et al. (Org.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 91-114.

_____. O trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 879-890. 2005.

_____; ATHAYDE, M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 63-89. 2003.

_____; et al. Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Rev Bras Saúde Ocup**, São Paulo, v. 37, p. 316-329. 2012.

BRITO, J. C. Trabalho prescrito e trabalho real. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. p. 440-445.

_____. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 195-204, jan.-fev. 2000.

BRITO, J. E. **Reestruturação da TELEMAR e a constituição de competência industriosa na operação de serviços aos usuários**: uma investigação a partir da abordagem ergológica. 2008. 232 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

CAMBUY, K. **Vivências de trabalho de agentes comunitários de saúde de Campinas**. 2005. 306f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2005.

CAMELLO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, , jan.-fev. 2004.

CANDEIAS, N. M. F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 1918-1945. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. spe, p. 2-60. 1984.

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

_____. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CAPONI, S. A saúde como objeto de reflexão filosófica. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Org.). **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes, 2003. p. 115-136.

CARNEIRO, S. A. M. **Trabalho e violência**: relação de proximidade. Violência a trabalhadores durante jornada de trabalho, na Zona Norte de São Paulo, em

1998. 2000. 149 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. **Am J Epidemiol**, v. 104, n. 2, p. 107-123. 1976.

CHAUÍ, M. **Brasil, mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

CHERCHIGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: Editora UFRN, 1999. p. 361-385.

CHIAVEGATTI, D. **Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da coordenadoria de saúde centro-oeste do município de São Paulo**. 2008. 141 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

CHIRY-CHERQUES, R. H. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **PMKT - Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, Belo Horizonte, n. 3, p. 20-27, set. 2009.

CLOT, Y. Clinique de l'activité et pouvoir d'agir. **Éducation Permanente**, v. 146, p. 7-16. 2001.

_____. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007

COELHO, A. V. A. G. **A construção da intersetorialidade no Programa Bolsa Família em Manguinhos, no Rio de Janeiro**. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

COHEN S, S. S. L. Issues in the study and application of social support. In: COHEN S., SYME S .L. (Orgs). **Social support and health**. London: Academic Press Inc.. 1985. p. 3-22.

CORREIA, E. M. A. **Agente comunitário de saúde: a construção de um poder capturado**. 2008. 140 p. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2008.

COTTA, R. M. M.; et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18. 2006.

CUNHA, L. M. S. **Mobilidades, territórios e serviço público**: debates sobre o interesse colectivo à margem do paradigma de uma sociedade móvel. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. Porto, 2011.

DAMATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

_____. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DAVID, H. M. S. L. **Sentir saúde**: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares. 2001. 249 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

DAVID, H. M. S. L.; et al. **Abordagem interdisciplinar das novas relações e processos de trabalho em saúde**: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

DEJOURS, C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: HIRATA, H. (Org.). *Sobre o "modelo" japonês*: automatização, novas formas de organização e de relações de trabalho. São Paulo: EDUSP, 1993.

_____. Addendum: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMANN, S., SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Brasília, DF: Paralelo15, 2008. p. 49-106.

_____. **A avaliação do trabalho submetida à prova real**. São Paulo: Blucher, 2008.

_____. Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap/EAESP/FGV, 1999.

_____. Psicopatologia do trabalho - Psicodinâmica do trabalho. **Laboreal**, v. 7, n. 1, p. 13-16. 2011.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, set.-dez. 2004.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2006.

DENZIN, N. K. **The research act**. Chicago. AldinePublishing Company, 1973.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-13. 2004.

_____. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios**. 2000. 236 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.

DIAS, A. V. C.; TAVARES, J. C. **Análise ergonômica do trabalho e a organização qualificante**: sinergias e divergências. São Paulo: Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, 2000.

DUARTE, R. L.; SILVA Jr., D. S.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface Comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 439-47, set.-dez. 2007.

DURAFFOURG, J. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: Eduff, 2010. p. 47-82.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-55. 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2009.

FERREIRA, V. S. C.; et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

FERREIRA FILHO, L. G. L. **Agente Comunitário de Saúde**: revisão da literatura científica no período de 1988 a 2006. 2008. (Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços**: operações, estratégia e tecnologia de informação. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **J Health and Social Behav**, v. 21, n. 3, p. 219-239, Sep. 1980.

FORTUNA, C. M.; et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar.-abr. 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 181- 194

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, K. B. L. **Coletar sangue**: um trabalho intenso e fundamental para garantir a vida. 2011. 89 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.

FREYRE, G. **Sobrados e mucambos**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

_____. **Casa grande e senzala**: A formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. São Paulo: Global, 2006.

_____. **Novo mundo nos trópicos**. São Paulo: Editora Nacional/EDUSP, 1969.

GADOTTI, M. **Pensamento pedagógico brasileiro**. São Paulo: Editora Ática, 2000.

GARRIDO, E. N. **Mulheres em situação de violência doméstica**: o que faz a Equipe de Saúde da Família? Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2004.

GAUJELAC, V. Psicossociologia e sociologia clínica. In ARAÚJO, J. N. G.; CARRETEIRO, T. C. (Org.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 35-47.

GERNET, I; DEJOURS, C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In BENDASSOLO, P. F; SOBOLL, L. A. P. (Org.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 61-70.

GESSNER, C. L. S. **Qualidade de vida das equipes de Saúde da Família no município de Timbó-SC**. 2006. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2006.

GIFFIN, K.; SHIRAIWA, T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 24-44, jan.-mar. 1989.

GOMES, L. **Trabalhar em UTI Neonatal**: os desafios da relação de serviço e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem. 2011. 324 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.

GOMES, R, S. **O Trabalho no Programa Saúde da Família do ponto de vista da atividade**: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial. 2009. 171 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

GUÉRIN, F.; et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

GUIMARÃES, M. B.; VALLA, V. V.; LACERDA, A. As redes de apoio social constituídas por pastores e agentes comunitários de saúde evangélicos no

âmbito do cuidado e atenção à saúde da população. **Tempo e Presença Digital**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 2-11. 2009.

GUIMARÃES, M. C. O marketing de serviços e suas implicações para uma organização sem fins lucrativos. **Contextus – Revista Contemporânea de Economia e Gestão**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 36-43. 2003

GUIMARÃES, M. C. Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro. *Rev. bras. saúde ocup.* vol.34 no.120 São Paulo July/Dec. 2009.

HARDT, M. O trabalho afetivo. In: PELBART P. P., COSTA, R. (Org.). **O reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec/Educ, 2003. p. 143-157.

HENNINGTON, E. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, jun. 2008.

HOLANDA, A. L. F.; et al. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1507-1512. 2009.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

HUBAULT, F. **Lês enjeux écononiques et ergonomiques de la “relation de servisse” dans les services publics**. [Palestra]. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2008.

_____. L'approche ergonomique des questions santé/travail. **Mouvements**, v. 2, n. 58, p. 97-102. 2009.

_____. **Os desafios relacionados à mobilização da subjetividade na relação de serviço**. In: SZNELAWAR, L. I. (Org.). *Saúde dos bancários*. 1. ed. São Paulo: Publisher Brasil/Editora Gráfica Atitude Ltda., 2011. p. 125-150.

JARDIM, T. A. **Morar e trabalhar na comunidade**: a realidade dos agentes comunitários de saúde. 2007. 120 p. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface Comum Saúde Educ**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135. 2009.

KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: MARQUES, M. J. L.; ESTERMANN, D.; WALDOW, V.R. (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996. p. 19-27.

_____. **Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo**. Paris: Universitaires de France, 2000. Disponível em: <http://polignu.org/sites/default/files/mulheres/data_curta/adivisaosexualdotrabalho_0.pdf>. Acesso em: 20 janeiro 2013.

KOTLER, P. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1998.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná**. 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

_____; TAKAYANAGUI, A. M. M. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Rev Latinoam Enferm**, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 145-151. nov.-dez. 2006.

LACERDA, A. M. **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. 201 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2010.

LACERDA, A. M. **Apoio social e unidade corpo-mente**: uma reflexão sobre a crise do modelo de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: UERJ; 2002. 11 p. (Série Estudos em saúde coletiva, 213).

LACERDA, A. M.; et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 445-458.

LANCMAN, S.; et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688. 2009.

_____; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Brasília, DF: Paralelo 15, 2008.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan.-fev. 2004.

LIMA, A. L. S. **Agente comunitário de saúde**: um capítulo de sua história em Manguinhos entre os anos de 1986 e 1989. 2012. 151 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, F. P. A. L.E.R – dimensões ergonômicas, psicossociais. In: ARAÚJO, J. N. G., et al. (Org.). **Ergonomia e prevenção da LER**: possibilidades e limites. Belo Horizonte: Editora Health, 1997. p. 52-107.

LOPES, D. M. Q. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. 2009. 100 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2009.

Lukoff, D. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious and psychospiritual problems). **J Nerv Ment Dis**, v. 180, n. 11, p. 673-682. 1992.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433. set. 2007.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. 15. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

MASSON, L. P. **A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de enfermagem de uma Unidade Neonatal**: uma análise do ponto de vista da atividade. 2007. 236 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2007.

MATTOS, R. A.. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

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

_____; FRANCO, T. J. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2008. p. 427-432.

MIGUEL, L. S., SÁ, A. B. **Cuidados de saúde primários em 2011-2016:** reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. **Int J Health Serv**, v. 22, n. 2, p. 303-316. 1992.

MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. P. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface Comun Saúde Educ**; v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001.

MODESTO, P. Reforma administrativa e marco legal nas organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. In: MEREGE, L. C. (Org.). **3º setor:** reflexões sobre o Marco Legal. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. p. 11-35.

MOLINIER, P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica o trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. **Rev Bras Saúde Ocup**, São Paulo, v. 33, n. 118, p. 6-16, jul.-dez., 2008.

_____. **Les enjeux psychiques du travail:** introduction à la psychodynamique du travail. Paris: Payot, 2006a.

_____. Le masochisme des femmes dans le travail: mythe sexiste ou défense professionnelle? Le cas des infirmières de bloc opératoire. **Psychologie Clinique et Projective**, v. 12, p. 211-230. 2006b.

_____. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo. Um itinerário interdisciplinar. 1988-2002. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 14-26, set.-dez. 2004.

MONTMOLLIN, M. **A ergonomia.** Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

MOROSINI, M. V. G. C. **A política de formação dos agentes comunitários de saúde**: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005. 2009. 222 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

MOROSINI. M. V. G. C.; CORBO, A. D'A.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 261-280, jul. 2007.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação e saúde na prática do agente comunitário. In: MARTINS, C. M. (Org.). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2007. p. 13-34.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul.-out. 2010.

MOTTA, R. Élide, Gilberto, imagismo e língua de universidade. **Rev Bras Ciênc Soc**, São Paulo, v. 24, n. 69, p. 149162. fev. 2009.

NASCIMENTO, B. M. F.; MUNIZ, H. P. Trabalho e subjetividade: o ponto de vista da atividade. In: XVI ENCONTRO NACIONAL DE PSICOLOGIA SOCIAL, 2011, Recife. **Anais do XVI Encontro Nacional de Psicologia Social**. Recife: Associação Brasileira de Psicologia Social, 2011. s.p.

NASCIMENTO, G. M. **Riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma perspectiva da saúde do trabalhador**. 2009. 100 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009 .

NEGRI, A.; HARDT, M. **Multidão**. São Paulo: Record, 2005.

_____. **Império**. São Paulo: Record, 2001

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000. p. 182-186.

_____; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis**: o Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000. (Texto para Discussão nº 735).

NOGUEIRA, S. **Prazer e sofrimento das mulheres motoristas no sector dos transportes rodoviários de passageiros**: a dimensão género no estudo das relações entre o trabalho e a saúde. 2009. 37 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de psicologia, Universidade do Porto. Porto, 2009.

NUNES, M O. N; et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA, S.; REZENDE, M. S.; BRITO, J. Saberes e estratégias dos operadores de telemarketing frente às adversidades do trabalho. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 31, n. 114, p. 125-134, jul.-dez. 2006.

PALÁCIOS, M. (Coord.). **Relatório preliminar de pesquisa, violência no trabalho no setor saúde**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.nesc.ufrrj.br/assediomoral/teste/documentos/relatorio%20viol%EAn cia.pdf>>. Acesso em: 15 janeiro 2011.

PARKER, C. **Religião popular e modernização capitalista**: outra lógica na América Latina. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 7-34.

PISCO, L. Portugal: Sistema Nacional de Saúde de Portugal e a Integração com a APS. In: III SEMINÁRIO INTERNACIONAL ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPANSÃO COM QUALIDADE & VALORIZAÇÃO DE RESULTADOS: RELATÓRIO DAS ATIVIDADES, 2007, Recife. **Anais do III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. p. 88-97.

PORTO, C. S. B. **Aconselhamento em HIV/AIDS pelo Programa de Saúde da Família**: a construção compartilhada e implantação de uma proposta de monitoramento em Manguinhos. 2006. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicol Soc*, Florianópolis, v. 23, n. spe., p. 150-160. 2011.

REBELO, J. Desenvolvimento profissional e formação: perspectiva histórica. **Enferm Foco**, Brasília, v. 11, n. 48, p. 5-30. 2002.

REIS, L.B. **Uma análise de dimensão ético-política do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde do município de Vitória**. 2005. 224 f. Dissertação

(Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2005.

RIBEIRO, D. **O processo civilizatório**: etapas da evolução sociocultural. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

_____. **Os brasileiros**: teoria do Brasil. 12. Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1993. (Série Estudos de Antropologia da Civilização).

RIBEIRO, M. A. R. **História sem fim... inventário da saúde pública**. São Paulo: Editora Unesp, 1993.

ROCHA, P. M.; SÁ, A. B. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2852-2863. jun. 2011.

SALIBA, N. A.; et al. Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. **Cad Saúde Colet (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 318-326. 2011.

SAMAJA, J. **A reprodução social e saúde**: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

SANTOS, A S. Q.. **Outro gênero de olhar**: a (in)visibilidade do trabalho das maquinistas numa profissão tradicionalmente masculina. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto, 2010.

SANTOS, I. E. R. **Estresse ocupacional em Agentes Comunitários de Saúde da cidade de Aracaju-SE**. 2011. 62 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes. Tiradentes, 2011.

SANTOS, L. P. G. S. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo**: possibilidades e limites para a promoção da saúde.

2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

SCHWARTZ, G. Sécurité et santé au travail: hommes et femmes ne sont pas égaux. **Travail et Securite**, v. 11, n. 645, p. 17-27. 2004b.

SCHWARTZ, Y. Actividade. **Laboreal**, v. 1, n. 1, p. 63-64 dez. 2005.

_____. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M.; et al. (Org.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004b. p. 23-36.

_____. **Le travail change-t-il vraiment?** Toulouse: Octarès, 2000.

_____; Durrive, L. (Org.). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010.

SCHIMITH, M. D.; LIMA M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20 n. 6, p. 1487-1494, nov.-dez. 2004.

SEIDL, E. M. F.; FARIA, J. B. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicol Estud**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164. jan.-abr. 2006.

SILVA, A. C. B. **A gestão de Unidades Básicas de Saúde frente ao desafio da estratégia Saúde da Família**: exercício de análise do ponto de vista da atividade. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

_____; ATHAYDE, M. O programa de saúde da família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. **Rev Bras Saúde Ocup**, São Paulo, v. 22, p. 23-35. 2008.

SILVA, I. Z.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. 231 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, L. F. B. **Estresse no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.** 2010. 131 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, L. F. B; DAVID, H. M. S. L. Percepção do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 52-57, jan.-mar. 2011.

SILVA, R. V. B.; et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Hucitec, 2004. p. 75-90.

SIMÕES BARBOSA, R. H. ; MENEZES, C. A. F. ; DAVID, H.M.L.S ; BORSTEIN, V.J . Gênero e Trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de Agentes Comunitárias/os de Saúde. **Interface Comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 751-778, set. 2012.

SOARES, R. G. A dupla função da pausa na atividade de atendimento face a face: instrumento para resolução de conflitos e renovação do gênero. 2011. 158 p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas/Ecole Doctorale ETE – Entreprise, Travail,

Emploi, Centre de Recherche Travail & Développement. Belo Horizonte/Paris, 2011.

SOUZA, A. M. R. Z. **Atividade de cuidados em UTI Neonatal**: uma análise das relações entre trabalho de enfermagem e saúde. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

SOUZA, J. Gilberto Freyre e a singularidade cultural brasileira. **Tempo Social Rev Sociol USP**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 69-100, mai. 2000.

SOUZA, L. J. R. **Trabalho a céu aberto**: situações de Violência no ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde no Candeal de Brotas em Salvador - BA. 2009. 146 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. C. S. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Rev Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 96-109, jan.-mar. 2011.

SOUZA, M. F. **Agentes Comunitários de Saúde**: choque de povo. São Paulo: Hucitec, 2003.

STARFIELD, B. **Primary care**: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 0-0, out.-dez. 2009.

TEIXEIRA, C. C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 965-974, mai.-jun. 2008.

TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M.; et al. (Org.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p.63-90.

TELLES, H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 467-478, set. 2009.

THEISEN, N. I. S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**: condições de trabalho e sofrimento psíquico. 2004. 160 p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 2004.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev Bras Saúde Ocup**, São Paulo v. 122, n. 35, p. 327-339. jul.-dez. 2010,

WAI, M. F. P. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na estratégia de saúde da família**: fatores de sobrecarga e mecanismo de enfrentamento. 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

_____; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro v. 17, n. 4, p. 553-568, out.-dez. 2009.

WISNER, A. La cognition et l'action située: conséquences pour l'analyse ergonomique de travail et l'anthropotechnologie. **Actes de l'IEA**, v. 1, p. 80-96. 1994.

VALLA, V. V. Classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., A. E. A.

(Org.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, v. 1, p. 77-89.

_____. **Cultura popular e religião**. Rio de Janeiro: Editora DP&A, 2001.

_____. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 2, p. S7-S14. 1999.

_____; GUIMARÃES, M. B. L.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p. 103-117.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 2, p. 39-57. 1998.

VASCONCELLOS, N. P. C.; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 17-28, jan.-mar. 2008.

VIANA, A. L.; DAL Paz, M. R. (Coord.). **Reforma em Saúde no Brasil**. Programa de Saúde da Família – a experiência de Baturité. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 162).

VIEIRA, M. M. **A atividade, o discurso e a clínica**: uma análise dialógica do trabalho médico. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada aos Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2002.

VILELA, R. A. G.; Silva, R. C; JACKSON FILHO, J. M. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde **Rev Bras Saúde Ocup**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 305-313, jul.-dez., 2010.

VOLKOFF, S. Statistiques “ouvertes” et ergonomie “myope”: combiner les niveaux d’analyse en santé au travail. **Sciences Sociales et Santé**, v. 28, n. 2, p. 11-30. 2010.

_____. **L’ergonomie et les chiffres de la santé au travail ressources, tensions et pièges**. Toulouse : Éditions Octarès, 2005.

ANEXOS

Anexo I – O trabalho dos ACS sob o ponto de vista da atividade

Anexo II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Anexo III – INSATS-BR

Anexo I

O trabalho dos ACS sob o ponto de vista da atividade ARTIGO NÃO PUBLICADO

Eliane Chaves Viannaⁱ

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-FIOCRUZ.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, CEP 21041-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Telefone: (21)2598-2818. E-mail: lilibvb@ensp.fiocruz.br

Jussara Cruz de Britoⁱⁱ

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-FIOCRUZ

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, CEP 21041-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Telefone: (21)2598-2818. E-mail: jussara@ensp.fiocruz.br

Luciana Gomesⁱⁱⁱ

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-FIOCRUZ

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, CEP 21041-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Telefone: (21)2598-2818. E-mail: lugomes@gmail.com>

O trabalho dos ACS sob o ponto de vista da atividade

Resumo

Este artigo apresenta resultados de pesquisa sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que adotou o ponto de vista da atividade. A metodologia pautou-se em oficinas, entrevistas e aplicação de questionário. Ao total 114 ACS participaram do estudo que compreendeu duas áreas programáticas (A.P.) da cidade do Rio de Janeiro. Como referenciais teóricos foram utilizados os aportes da Psicodinâmica do Trabalho, da Ergologia e da Clínica da Atividade. Os resultados da pesquisa indicaram superposição de tarefas, maciça presença feminina nesta atividade, bem como desvalorização e falta de reconhecimento das práticas e dos saberes dos ACS pelos demais profissionais da equipe, gerando sentimento de não pertencimento à equipe de saúde, além do uso de medicamentos como paliativos para as dificuldades encontradas. No entanto, os ACS demonstraram satisfação com seu trabalho

ao serem reconhecidos pela comunidade onde atuam e ao perceberem a importância de suas ações para a mesma.

Palavras chave: agente comunitário de saúde, estratégia saúde da família, atividade de trabalho, condições de trabalho, saúde do trabalhador.

The work of Community Health Workers on the point of view of activity

Abstract

This article presents results of research on the work of Community Health Workers (CHW) who adopted the point of view of activity. The methodology was based on workshops, interviews and a questionnaire. In total 114 CHW participated in the study which comprised two programmatic areas (A.P.) of the city of Rio de Janeiro. As referral theoretical was used the contributions Psychodynamics of Work, of the Ergology and the Clinic of Activity. The survey results indicated overlapping tasks, massive female presence in this activity, as well as depreciation and lack of recognition of the practices and knowledge of CHW by the remaining team members, generating feelings of not belonging to the healthcare team, and the use of medications as a palliative for the problems encountered. However, the CHW demonstrated satisfaction with their work to be recognized by the community where they work and to realize the importance of their actions for the same.

Keywords:Community health worker, family health strategy, work activity, working conditions, occupational health

Introdução

Historicamente o ACS simboliza o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, tendo um papel de mediador entre o saber biomédico e o popular. Dentre suas atribuições estão: análise das necessidades da comunidade, atuação nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, participação nas reuniões da equipe, nas ações de saneamento básico e melhoria do ambiente, sendo sua principal ferramenta de trabalho a visita domiciliar (Brasil, 2002; Kluthcovsky e Takayanagui, 2006; Silva e Athayde, 2008).

Na sua atividade depara-se com dilemas e conflitos que interferem nas expectativas geradas pelos usuários, profissionais da equipe e pelo próprio

governo refletindo muitas vezes em descrédito e cobranças além das prescritas para sua atividade profissional, tais como:

- a) Como é morador do local e conhece as necessidades dos usuários, a comunidade deposita no ACS a expectativa de resolução imediata de seus problemas e necessidades de saúde e bem estar, sem, no entanto, perceber ou aceitar as limitações deste profissional decorrentes de sua atividade e do próprio sistema de saúde;
- b) As cobranças da equipe em relação a seu papel de interlocutor entre a comunidade e o serviço, sendo em muitos casos o único profissional a realizar visitas e ser o porta voz das limitações e dificuldades das Unidades de Saúde;
- c) A falta de formação específica, não proporcionada pelo governo, que dificulta a tomada de decisão, levando o ACS a pautar-se no saber popular para dar respostas às necessidades de saúde de sua comunidade, saber este muitas vezes desvalorizado pelos outros profissionais da equipe (David *et al.*, 2010).
- d) A falta de articulação da rede de assistência pública que enviesa suas ações, por não dar respostas às necessidades de saúde identificadas, refletindo em cobranças e descréditos no trabalho deste profissional. Ou seja, o governo exige do ACS a captação e levantamento das necessidades locais de saúde sem, contudo, proporcionar a população respostas a tais necessidades.

O objetivo deste artigo^{iv} é compreender o processo de trabalho deste profissional de saúde, identificando resistências e estratégias utilizadas para a realização de suas ações, tendo como base conceitual a Psicodinâmica do Trabalho (PDT) (Dejours, 2008), a Ergologia (Schwartz 2007) e a Clínica da Atividade (Clot, 2007). Embora haja divergências epistemológicas, teóricas ou mesmo metodológicas entre estas abordagens todas partem do interesse pela “ação no trabalho”, centrando-se na atividade e no poder de agir do trabalhador (Bendassoli e Soboll, 2011, p.12).

ACS - Que Profissional é Este?

A história do trabalho dos ACS se confunde com a própria história de criação do SUS e o redirecionamento da política de saúde no Brasil na

década de 1980, sob a influência da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma-Ata em 1978).

O programa de agente comunitário de saúde (PACS) como proposta do Ministério da Saúde (MS) surgiu em 1991, sendo primeiramente implantado no nordeste, norte e centro-oeste. Sua formalização baseou-se na experiência do estado do Ceará que desde 1987 desenvolvia o programa de agentes de saúde, como parte de um projeto emergencial (Souza, 2003; Morosini, 2009). Tal programa contava com uma equipe reduzida de profissionais, sendo composta por enfermeiro e agente de saúde, não possuindo o profissional médico.

Segundo Souza (2003) o objetivo deste programa era melhorar a capacidade da população mais desassistida, de cuidar da sua própria saúde através da redução do risco por morte puerperal e do incentivo ao aleitamento materno, além do combate aos óbitos por diarreia e desidratação infantil. Para tanto, precisavam de um personagem da própria localidade que servisse de elo entre o serviço de saúde e a comunidade, sendo em sua maioria mulheres.

Outros autores destacam, contudo, que ser ACS para grande parcela destas mulheres significou o reconhecimento e a remuneração de atividades já desenvolvidas junto à comunidade como voluntárias, além da entrada ou do reingresso no mercado de trabalho (Andrade, 1998; Silva e Dalmaso, 2002).

O Programa Saúde da Família

Em 1994 o MS lança o Programa Saúde da Família (PSF) com a intenção de reorganizar a rede de assistência à saúde, através de uma política que efetivamente propiciasse à população a universalização do acesso à rede de atenção básica. Seria a forma de se estruturar o sistema público de saúde pelo redirecionamento das prioridades das ações (Andrade *et al.*, 2006). O PSF insere o ACS numa equipe ampliada, composta pelo enfermeiro, mas também pelo médico, auxiliar de enfermagem e pela equipe de saúde bucal, buscando assim, configurar um trabalho em equipe multiprofissional (Martines e Chaves, 2007).

Em 2002, através da Lei 10507 a profissão de ACS é criada e são oficializados os critérios para seu exercício, tais como: morar na comunidade onde irá atuar; possuir o ensino fundamental completo e concluir com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de ACS.

Cabe ressaltar que a formação inicial oferecida aos ACS foi considerada por alguns autores como precária, por restringir-se à capacitação em serviço, fornecida pelo enfermeiro ou pela equipe de saúde, possuindo diversas conformações, visto que são ditadas por cada Município (Morosini *et al.*, 2007; Morosini, 2009). Sendo esta profissão recentemente regulamentada e com obrigatoriedade apenas do ensino fundamental, não possui um arcabouço teórico e técnico próprio e universal que possa ser sedimentado historicamente como os demais profissionais de saúde, sendo seus saberes primordiais o popular e o vivencial.

A falta de formação específica dos ACS elucida também o tipo de contratação a que estes profissionais estão submetidos, caracterizando-se pela precarização do vínculo trabalhista, cujo grau depende da qualificação profissional do trabalhador (Machado, 2007; Cherchiglia, 1999). Logo, por ser o profissional com menos qualificação na equipe é também o mais desprotegido em termos de direitos dentro da Saúde da Família (Nogueira *et al.*, 2000) com baixíssimos salários e contratos às vezes informais de trabalho. Ressalta-se, entretanto, que a precarização vem sendo a marca das relações de trabalho no SUS, e não uma exclusividade dos ACS.

Conceito de Saúde e o Ponto de Vista da Atividade

Canguilhem (2005; 2009) defende o caráter ativo dos seres humanos, onde qualquer definição que se pretenda sobre saúde não deve ser restrita unicamente ao caráter biológico (dado a partir do nascimento) ou fatalista causado pelo meio (sem a interação ou participação do humano).

Para Canguilhem (2005) a saúde não deve ser tomada como uma relação do tipo mecânica, pois “não há saúde de um mecanismo” (p.40), o ser humano não é estático e por este dinamismo interfere e sofre e influencia do meio. Logo, como o ser humano a saúde teria um caráter dinâmico, pois é vivenciada e representada por um ser vivente.

Certamente, o corpo vivido não é um objeto, mas, para o homem, viver é também conhecer. Eu me porto bem à medida que me sinto capaz de portar a responsabilidade de meus atos, de portar coisas à existência e criar entre as coisas relações que não lhes aconteceriam sem mim, mas que não seriam o que são sem elas. Então, preciso aprender a conhecer o que elas são para poder mudá-las (Canguilhem, 2005, p.48).

Canguilhem (2005) defende, portanto, que saúde “não é um conceito científico, é um conceito vulgar. O que não quer dizer trivial, mas simplesmente comum, ao alcance de todos” (p.37), pois qualquer ser humano é capaz de enunciar os valores atribuídos à saúde seja pela dor, seja pelo prazer, algo que ultrapassa as medições, as formatações inertes, chamado por ele de corpo subjetivo (Caponi, 2003). Este conceito faz referência à experiência de cada vivente, que está autorizado a falar sobre sua saúde independente de seu status intelectual e científico.

O autor estabelece a diferença entre saúde e normalidade, sendo esta última mais abrangente, abordando tanto a saúde como aquilo que é patológico. Logo, tanto a saúde como a doença são normais, possíveis para o humano, pois ambas implicam uma norma de vida. A normalidade seria, então, valores social e historicamente construídos, passíveis de transformação e reconstrução (Silva, 2006).

O ponto de vista da atividade parte desta concepção, ao compreender o trabalho como um processo realizado por seres viventes, e por isto produtores de normas e renormatizações, construções inevitáveis a um ser que não é apenas biológico, mas também subjetivo e, portanto, interativo (Brito e Athayde, 2003).

A Ergonomia da Atividade trouxe uma grande contribuição para a análise do trabalho ao fazer a diferenciação entre tarefa e atividade, ou trabalho prescrito e trabalho real. Demonstrou que o trabalho efetuado não se reduz ao trabalho fixado por regras e orientações, envolve a história de cada um, sua formação e experiência, e se desenvolve no encontro com aquilo que não era esperado. Revelou que em suas múltiplas faces o trabalho apresenta diferenças entre a forma como é planejado, prescrito e a forma como é executado pelos trabalhadores (Guérin et al., 2001; Daniellou et al., 1989).

Dejours (1993) que teve seus trabalhos fundamentados na Ergonomia (além da Psicanálise e da Sociologia Compreensiva), afirma ser necessário que o trabalhador subverta as prescrições para que o trabalho seja realizado. Assim, além de conhecer os procedimentos, as regulamentações, precisa utilizar sua inteligência e criatividade para garantir a realização de suas tarefas, criando novas formas de fazer seu trabalho. E com base nesta concepção a PDT dará margem ao estudo do sofrimento criativo e do prazer no trabalho e

não apenas do sofrimento patológico, elegendo como objeto a normalidade e não a doença, pois, o trabalhador pode desenvolver uma série de estratégias para lidar com as adversidades e imprevisibilidades das organizações (DEJOURS, 2008a).

A partir das investigações “do vivido no trabalho” e das “experiências do trabalhar” a PDT formulou novos conceitos (estratégias de defesa individual e coletiva no trabalho, valorização, sofrimento psíquico, mobilização subjetiva, mobilização da inteligência, dentre outros) e aperfeiçoou seus métodos de pesquisa. Tais conceitos foram imprescindíveis para a compreensão da subjetividade humana no mundo do trabalho. Desta forma, assume-se a centralidade do trabalho na vida dos sujeitos, influenciando, portanto, outros lugares e tempos fora do mundo do trabalho e das organizações, como a vida doméstica e privada e o tempo do não trabalho (DEJOURS, 2008a).

A Ergologia também teve suas origens na Ergonomia da Atividade, sendo o filósofo e professor Yves Schwartz seu principal mentor. Com o objetivo de ir além do conceito de trabalho prescrito, a Ergologia propõe a expressão normas antecedentes, incorporando outros aspectos como as aquisições da inteligência e da experiência coletiva (saberes técnicos, científicos e culturais) e os valores do bem comum, considerando, portanto, a historicidade das prescrições (Telles e Alvarez, 2004).

No retrabalho das normas antecedentes, que acontece em todo processo de trabalho, surge a renormatização pelo existente debate de normas e valores presentes em toda atividade (ibidem). Assim, Schwartz (2007) o introduzir a noção de “vazio de normas”, afirma a impossibilidade de se prever totalmente a atividade, havendo sempre algo que escapa ao planejado e ao conhecido da atividade. Portanto, o ato de trabalhar implica em gerir diferentes normas, que acaba por dar lugar a novas normas. A arbitragem dos debates de normas e valores, presente neste processo de renormatização é denominado por este autor de “dramáticas de uso de si”, seja pela heterodeterminação (uso de si por outro), seja pela singularização (uso de si por si).

Para Schwartz (2005) o conceito de Atividade é primordial para a compreensão de nossa história e para possíveis intervenções no momento presente. Para tanto, este conceito seria 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 singularizadas pelos seres humanos (Schwartz, 2005, p.64).

Temos ainda as contribuições da Clínica da Atividade idealizada por Yves Clot e Daniel Faïta, que utilizaram como bases teóricas as correntes histórico-culturais em psicologia e em linguística de Vigotski e Bakthin, respectivamente (Silva, 2006, p.109).

Clot (2007) partindo da defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real cria a categoria real da atividade, interseção entre aquilo que é proposto ser feito (prescrição da tarefa) com tudo aquilo que perpassa o caminho do trabalhador (impedimentos, pensamentos, sentimentos, dificuldades, saberes) gerando e levando à realização da tarefa (Silva e Athayde, 2008). Sendo assim, a tarefa acaba por não ser executada exatamente como prescrita, criando um intervalo entre a “ordem dada” e a “atividade realizada”, que poderíamos nomear de espaço das decisões não conscientes, não percebidas, ou seja, algumas das ações da atividade não são totalmente observáveis, indicando desta forma o conteúdo escondido da subjetividade.

Assim, o conceito de real da atividade amplia a compreensão de atividade ao incorporar o possível e o impossível, o visível e o invisível do trabalho (Silva, 2006), contribuindo para uma melhor compreensão do processo de trabalho em busca de sua transformação e da renovação do poder de agir dos trabalhadores (Clot, 2011).

Para a análise da atividade do ACS adotamos como postura, a eleição de alguns exemplos e situações identificados no campo, na tentativa de ilustrar a complexidade e a dinâmica desta profissão. Que muitas vezes é invisibilizada ou mesmo banalizada pela equipe de saúde ou pelos gestores das equipes de saúde da família.

Metodologia

O Projeto de Pesquisa que deu origem a este artigo foi concebido com base na proposta de triangulação metodológica, entendida a partir da formulação original de Denzin (1973): uma combinação de métodos e técnicas com o objetivo de ampliar a compreensão sobre determinado fenômeno ou realidade, integrando diferentes olhares, numa perspectiva colaborativa e participativa. Sendo assim, optou-se pela utilização de técnicas como oficinas temáticas, entrevistas, grupo focal e questionário. No entanto, para a presente discussão nos apoiamos no grupo focal e nas oficinas, sendo o questionário sociodemográfico um suporte para descrição do perfil da população investigada.

Ao longo dos anos de 2008-2009 foram realizadas oito oficinas e seis grupos focais em duas Áreas Programáticas (A.P.) do Município do Rio de Janeiro, a AP 2.2 (bairros de Maracanã, Tijuca, Vila Isabel, Praça da Bandeira e entorno) e a AP 5.2 (Sepetiba, Ilha de Guaratiba, Pedra de Guaratiba). Deste modo, os resultados possibilitaram comparar e analisar de forma mais ampla as falas e respostas advindas dos instrumentos de pesquisa.

O convite para participação na pesquisa foi feito através dos módulos da ESF das áreas programáticas acima citadas e repassado aos ACS pelos gerentes ou enfermeiros dos módulos. Assim, a participação ocorreu de forma voluntária, a partir do comparecimento dos ACS nos locais de realização das oficinas e entrevistas (grupos focais).

As oficinas consistiram de encontros temáticos sobre o universo do trabalho do ACS, divididas em etapas (cada etapa foi realizada em um dia diferente - com dois turnos: manhã e tarde). Os ACS foram divididos em grupos e ao final da dinâmica todos os grupos reunidos apresentavam as conclusões ou observações construídas. Na primeira etapa utilizou-se como fio condutor a leitura do Almanaque da dengue, onde cada grupo tinha como tarefa identificar uma página ou trecho que considerasse mais significativo em relação às atividades que desenvolviam como ACS. A partir das questões levantadas na primeira oficina elaborou-se a segunda, que teve como tema disparador O DIA DE TRABALHO DO ACS. Sendo três questões colocadas para discussão: – *O que você destaca o que mais lhe chama a atenção no seu dia de trabalho?* – *Qual a sabedoria que você constrói no seu trabalho?* *O que o seu trabalho lhe*

ensina? – O que faz você continuar sendo ACS, ou que faz você querer deixar de ser ACS?

Após a segunda oficina foram realizados os grupos focais por eixo de análise (1-condições de trabalho e saúde; 2-gênero e saúde; 3-mudança de modelo assistencial) para aprofundamento, considerando as informações e questões recorrentes. Ao final de cada grupo focal os ACS foram direcionados a uma mesma sala para preenchimento de questionário autoaplicado.

Nas oficinas contamos com a participação total de 114 ACS (52 da AP 5.2 e 62 da AP 2.2), já nos grupos focais tivemos o total de 45 ACS (23 da A.P.5.2 e 22 da A.P. 2.2) que foram divididos pelos três eixos de análise.

O questionário composto por 14 perguntas fechadas e 8 abertas, possibilitou traçar o perfil destes trabalhadores através das variáveis: sexo, idade, tempo de atuação como ACS, escolaridade, número de filhos, renda e ocupação anterior. Responderam ao referido instrumento, 45 ACS distribuídos entre as duas A.P. (23 da AP 5.2, sendo 03 do sexo masculino e 22 da A. P. 2.1, sendo 02 do sexo masculino). No entanto, neste artigo estaremos considerando apenas para análise as variáveis: sexo, idade, escolaridade e tempo de desemprego.

Para melhor compreensão do trabalho do ACS privilegiou-se o ponto de vista da atividade e a análise foi pautada nos referenciais teóricos da PDT, da Ergologia e da Clínica da Atividade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPS) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), através do Parecer 34A/2008, sendo realizados todos os procedimentos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Perfil dos ACS

Dos 45 ACS que participaram da pesquisa, apenas 5 eram homens. O que está de acordo com uma tendência de feminização desta atividade que se expressa desde sua criação, sendo esta uma tendência em todo país (Lino *et al.*, 2012), que pode ser justificada pelo imaginário coletivo que atribui o trabalho de cuidado à mulher, desta forma não exigindo uma qualificação profissional específica (BRITO, 2000; BARBOSA, 2009). Apesar dessa

associação que é feita com o trabalho doméstico-maternal, curiosamente percebemos que os gêneros constroem representações diferentes perante a comunidade e aos seus pares, como atesta a fala de um ACS:

“- A mulher é tida como uma amiga, o homem é tido como profissional.”

Esta verbalização, portanto, demarca a diferenciação de posturas adotadas pelos ACS, nomeadas por Barbosa (2009) como profissional (ACS/Homem) e vocacional (ACS/Mulher). Tais posturas gerariam diferentes comportamentos frente à comunidade e as ações realizadas, como a delimitação das esferas pessoal e profissional. Onde o ACS traçaria limites bem demarcados sobre sua jornada de trabalho, ao contrário da ACS que se coloca mais disponível, mesmo fora de seu horário de trabalho, inclusive nos finais de semana. Vemos assim que a mobilização subjetiva da ACS faz com que o tempo de trabalho extrapole o que é contabilizado. Constatamos que a escolha da profissão se dá de forma diferente entre os homens e as mulheres, o que pode também estar reforçando essa diferenciação. Os homens tornam-se ACS como uma oportunidade frente ao desemprego exclusivamente, não existindo outra ligação ou associação com esta atividade. Já as mulheres relataram que além do desemprego, outros fatores influenciaram a entrada na profissão como: a vinculação com a área da saúde; as semelhanças das atividades com as que desenvolviam na comunidade como voluntárias (na associação de moradores ou junto a suas igrejas); além da não exigência de qualificação específica ou experiência anterior; bem como a crença de que se tornariam funcionárias públicas municipais ao serem aprovadas no processo seletivo, garantindo assim estabilidade no emprego.

Em relação à faixa etária verificou-se a predominância de trabalhadores entre 25 a 45 anos, ou seja, adultos jovens, uma tendência que vem sendo demonstrada por estudos sobre o perfil destes trabalhadores em outras regiões do Brasil (Cotta *et al.*, 2006; Ferraz, 2005).

Tabela 1 – Distribuição dos ACS por faixa etária

A escolaridade dos ACS (ensino médio) demonstrou-se acima da exigida para a contratação. O que pode estar associado a fatores como: desemprego e falta de qualificação específica, o que dificultaria a inserção dos mesmos em outra atividade.

Tabela 2 – Distribuição dos ACS por escolaridade

O desemprego e o tempo de permanência nesta condição antes de ser ACS é uma característica que reforça a hipótese de baixa qualificação dos sujeitos investigados para o mercado de trabalho. Outra associação que se torna possível é a dificuldade enfrentada pelas mulheres em retornarem ao mercado de trabalho após a maternidade, pois precisam conciliar o trabalho com os cuidados dos filhos menores. Este fato foi sinalizado pelas mulheres nas oficinas realizadas, ao apontarem como vantagem deste trabalho poder estar perto de casa e dos filhos, minimizando a sobrecarga da dupla jornada de trabalho e a preocupação com a segurança e o cuidado dos filhos.

Tabela 3 – Distribuição por tempo de desemprego até se tornar ACS

Os dilemas do trabalho e seus enfrentamentos

Os ACS compreendem o grupo mais expressivo de profissionais da ESF, ultrapassando no mínimo seis vezes o número de profissionais das demais categorias em cada equipe. Contudo, este número expressivo (exclusivos do SUS) não garantiu sua valorização dentro da ESF. Este fato pode ser identificado nas falas recorrentes sobre a falta de reconhecimento de seus saberes e práticas, sempre abafados pelo saber hegemônico da área da saúde e o papel de “ponte” entendido apenas unilateralmente (os ACS como decodificadores do saber médico para a comunidade). Outras pesquisas ressaltam este sentimento de desvalorização e não reconhecimento citado pelos ACS como um dos grandes constrangimentos da profissão, contribuindo para elevar a carga emocional e psíquica e o sofrimento decorrentes das atividades desenvolvidas (Silva e David, 2011; Souza e Freitas, 2011).

“... os governantes do nosso estado, eles não estão nem aí pra gente, pra eles a gente nem existe. Eles querem o que? Estatística. Nós somos é números pra eles, eles não querem saber da gente, quer dizer, se a gente ganha pouco ou ganha mal, pra eles está ótimo. Entram outros no lugar.”

Com essa fala o ACS revela o quanto o seu trabalho não está sendo visível nas esferas hierárquicas superiores, a ponto do trabalhador representar somente um número, o qual poderia ser substituído facilmente. Sobre essa

questão, cabe destacar que as atividades de cuidado não produzem objetos visíveis, pois a eficácia dessas atividades depende de sua invisibilidade, por serem “discretas” e “imateriais”, o que gera sérias dificuldades no que tange à dinâmica do reconhecimento (GERNET e DEJOURS, 2012).

A análise psicodinâmica sugere que a retribuição que o indivíduo espera pelo seu trabalho é de natureza simbólica, trata-se do reconhecimento (Dejours, 2008a, p.73). E o reconhecimento passa pela reconstrução rigorosa dos julgamentos sobre o trabalho realizado, ou seja, sobre o *fazer* e não sobre a *pessoa* “(Dejours,2008a). Sendo assim, entendemos que quando o ACS diz: “eles não querem saber da gente”, está explicitando na verdade uma falta de reconhecimento sobre o seu fazer .

Dejours (2008a) ressalta que é a dinâmica do reconhecimento no trabalho que direciona o sentido do sofrimento, ou seja, os esforços, as dificuldades enfrentadas e as contribuições do trabalhador passam a ter um sentido se reconhecidas. Neste caso, o sofrimento pode se transformar em algo produtivo (para ele próprio), evitando o adoecimento mental.

A baixa remuneração^v é referida pela maioria como grande entrave e reforça o sentimento de desvalorização em relação aos demais integrantes da equipe. A marcante defasagem salarial entre os ACS e os demais profissionais da ESF soma-se ao descaso de alguns profissionais com as solicitações de visita a comunidade, como expressa na fala de uma ACS:

“-Quando você olha os seus chefes, enfermeira é “*um*” que ganha quase 10 vezes mais do que a gente ganha e às vezes você tem que ficar a semana inteira falando com a enfermeira pra fazer alguma coisa e ela: “amanhã a gente faz”. Quem está na frente do que você faz, não faz nada, nada. Você é que faz tudo”.

O não reconhecimento deste trabalhador pelos demais profissionais de saúde pode ser explicado por sua origem e pela falta de formação profissional específica que garanta a importância e a prática de seus saberes. A este respeito Ferreira *et al.* (2009) sinalizam a possibilidade de no imaginário dos profissionais mais escolarizados da equipe, o ACS ocupar o lugar de trabalhador manual, por não deter um núcleo especializado de saber. Assim, seu trabalho teria menor valor em relação ao trabalho dos demais profissionais e por este motivo alguns deles seriam capturados pelo saber biomédico,

desprezando o saber popular, na tentativa de buscarem legitimidade dentro e fora da equipe de saúde.

No entanto, acreditamos que esta captura não ocorra de forma a excluir seus valores de solidariedade e pertencimento à comunidade, convocando-os a um debate de normas e valores, que os levam a decidir e a “renormatizar” (Schwartz e Durrive, 2010), recriando seu meio de trabalho ao se questionarem sobre as ações que devem executar. Os ACS realizam suas atividades imersos em normas que se encontram em disputa, como aqueles referentes ao “saber biomédico x saber popular”, envolvendo dramáticas sobre a escolha dos instrumentos que devem lançar mão. Assim, são verdadeiros dilemas que vivenciam, que se expressam nas decisões que precisam tomar. Exemplos de questões que se colocam e indicam esse debate de normas e valores:

- quem deve ser atendido pelo médico no momento do acolhimento/triagem;
- quem deve ser visitado prioritariamente;
- como investigar a situação de saúde de um morador de sua comunidade;
- como repassar para equipe outras providências a serem tomadas que não as biologicistas ou assistenciais apenas;
- o que fazer diante da falta de informação e formação dos ACS e dos outros profissionais da equipe em relação às diretrizes da Saúde da Família;
- os limites que devem ser dados à comunidade em seus momentos de não trabalho, visto que a solidariedade e a cumplicidade muitas vezes presentes no ato de cuidar do ACS cria dificuldades de distanciamento com o morador a ser cuidado;
- que instrumental lançar mão e como abordar seu próprio vizinho sobre suas condições de moradia, saúde, trabalho, etc.

“– Dentista é um tratamento caro. Então todo mundo quer, entendeu. Às vezes, as pessoas vêm com uma coisa mínima. Eu sei... Mas eu falo: ah, doutora... Eu sei que o tratamento é pra todos. Só que eu acho que eu tenho que ter o bom senso de que tem pessoas que eu sei que não vai ter condição de nada, de nada, de nada né. E está em um estado precário. E eu vou colocar essa pessoa na frente. Aí pode pegar no meu pé, pode brigar comigo, pode fazer o que quiser, mas eu vou colocar...Entende? Então o número de pessoas... São muitas pessoas pro tratamento, porque todo mundo quer. Até

peessoas que poderiam pagar, "quer né"? Eu sei que é pra todos, mas é pouco. Não dá. O tratamento dentário é uma coisa longa, não dá. Não é uma coisa que você faz assim, assim... É diferente... Entendeu? Pois é, é a maior dificuldade...". (ACS exemplificando suas estratégias de trabalho)

É da comunidade que recebem o reconhecimento e a valorização de seu trabalho, embora muitas vezes esta relação fique abalada devido à falta de suporte institucional e de condições de trabalho adequadas para a realização das atividades dos ACS. Assim, ainda que de forma tênue, é essa relação que possibilita o jogo de reconhecimento fazendo com que "o sofrimento ganhe um sentido em relação à conquista da identidade, podendo ser convertido em prazer, modificado para o que viria a ser o centro de gravidade da saúde mental- mesmo somática, se fizermos referência à teoria somática" (Dejours, 2008b, p. 320).

“- O agente comunitário no seu dia-a-dia, ele vai conhecendo cada família. E ele vai fazendo o ambiente. Então, em cada casa que você chega, você sabe como você vai falar, como você vai lidar com aquela pessoa. Você já conhece as pessoas. O enfermeiro não tem tanta intimidade como nós temos. Eles têm mais intimidade com o agente comunitário deles, do que com o médico e com o enfermeiro. Porque você além de ser o vizinho, eu pelo menos trabalho na minha rua. Além de ser a vizinha eu sou a agente dela. É uma pessoa de confiança dela” (ACS a descrevendo a sabedoria construída no seu trabalho).

Percebemos com essa fala , que a ACS destacou um tipo de inteligência prática que adquirem frente ao real e que consideram ser uma prerrogativa dos ACS em relação aos demais profissionais. Conforme Dejours (2008c) é uma inteligência do corpo, uma inteligência astuciosa que é enraizada no engajamento fundamentalmente subjetiva e corporal. Trata-se de um jeito próprio de ação deste trabalhador baseado em construções individuais e coletivas, uma inteligência advinda do exercício da atividade. O desenvolvimento dessa habilidade do ACS é o que lhe faz saber lidar com cada família, cada pessoa, saber qual a forma para se expressar e como conquistar a confiança para que possa realizar de forma eficiente seu trabalho.

Assim, se fortalecem para o enfrentamento de dificuldades, como as listadas abaixo:

- grande número de famílias sobre responsabilidade de cada ACS, cerca de 150 a 200;

- longas distâncias percorridas com ladeiras, escadas e/ou ruas sem calçamento e saneamento;

- violência em decorrência de disputas e conflitos ocasionados pelo tráfico de drogas;

- dificuldade com a digitação de dados no computador;

- decisões e escolhas necessárias na atividade de acolhimento na recepção das Unidades;

- cadastramento das famílias e suas devidas atualizações;

- resposta a demandas emergenciais geradas por epidemias como a dengue, que levam a reestruturação das atividades;

- constantes trocas na gerência da USF que acarretam alterações no processo de trabalho de toda equipe, bem como mudanças de governo, que geram alterações de contratos trabalhistas, ações e prioridades;

- uso político e social de suas ações por parte do governo e da gerência da ESF;

- violência na comunidade que inviabiliza muitas vezes o livre trânsito, afastando o ACS e os outros profissionais das visitas domiciliares.

Somada a estas dificuldades os ACS ainda enfrentam em seu cotidiano os impasses do SUS, como:

- não articulação entre os níveis de atenção, onde a identificação do problema de saúde feita pela atenção básica não garante o início do tratamento em um nível mais complexo de assistência (referência e a contrarreferência);

- falta de recursos humanos que impede o agendamento de consultas na unidade, principalmente pela grande rotatividade do profissional médico, sempre havendo uma equipe desfalcada, bem como a falta de recursos materiais;

- ausência da visita domiciliar pelos outros profissionais da equipe, após a constatação da necessidade deste procedimento.

Percebe-se, portanto, que muitas das dificuldades enfrentadas pelos ACS se constituem em verdadeiros impedimentos para suas ações de saúde emperrando o andamento de seu trabalho e gerando lacunas na relação com a população e com os demais profissionais de ESF. Na tentativa de preencherem

tais lacunas lançam mão de sua criatividade e de seus conhecimentos advindos da prática, reformulando assim prescrições e orientações preconizadas na *Lei nº 11.350/2006* sobre suas atribuições.

Vale ressaltar que os ACS se queixam da falta de clareza de como executar as atribuições enumeradas na *Lei nº 11.350/2006*, visto que, a execução de suas ações depende da articulação e organização do sistema de saúde como um todo, bem como das ações intersetoriais garantidas pelas esferas do governo e da sociedade organizada. Assim, sentem-se desacreditados pela comunidade que assistem, por divulgarem ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde que ultrapassam as esferas da atenção básica.

Logo, tais impedimentos trazem descrédito às suas atividades junto à população, dificultando o estabelecimento de confiança e o vínculo com a ESF, requisitos cruciais para sua verdadeira efetivação:

“-Eu gosto, eu amo aquilo que faço. Eu sei que muitas vezes eu fico mal na comunidade porque lá dentro eu não consigo. Eu vou falar com médico, eu perco o meu tempo e eu não consigo. Eu fico a vida inteira com um papelzinho atrás dele. A gente não tem aquele valor dentro da unidade. Não é reconhecido, o ACS é como se fosse nada” (ACS ao falar das dificuldades com a atividade).

A renormatização (SCHWARTZ, 2007) se torna a saída para o ACS realizar as tarefas preconizadas, como, por exemplo, atrasar o cadastramento de novos usuários e a atualização das fichas cadastrais para dar conta das famílias já assistidas, não gerando mais demanda o que impediria o cuidado já inicializado. Outro recurso é a não realização das visitas como preconizado e do agravamento de algumas situações de saúde para garantirem o atendimento de um usuário que consideram mais vulnerável; além da realização de visitas fora de seu horário de trabalho para acompanhamento e proteção ao paciente. Logo, deixam de realizar algumas tarefas como prescrito para não deixarem de realizar o preconizado por eles como profissionais de saúde: prestar cuidado aqueles que consideram mais vulneráveis e necessitados.

Percebe-se que não são poucas nem amenas as dificuldades enfrentadas por este profissional no seu dia a dia de trabalho, não cessando os infortúnios nem mesmo ao término do expediente, por residir na mesma

comunidade em que atua. Assim, o seu tempo de não trabalho é permeado pelas mesmas infidelidades do meio (CANGUILHEM, 2009) que o seu tempo de trabalho.

Sua mobilização subjetiva é marcada pela mistura de papéis e atribuições enquanto morador e trabalhador (pois como morador conhece a dura realidade das favelas e as dificuldades enfrentadas na busca de serviços e direitos públicos e como trabalhador conhece as limitações e contradições dos serviços de saúde), gerando, portanto um desgaste a mais na realização de suas atividades (JARDIM e LANCMAN, 2009).

Além de tudo que já foi exposto identificamos a precarização das relações e a falta de perspectiva em relação ao seu trabalho dentro da equipe como outros fatores que causam sofrimento, que podem levar a consequências e desdobramentos negativos para a saúde do trabalhador ACS. Isso porque, percebe-se no âmbito da equipe a evidência dos processos de hierarquização e divisão perversa do trabalho, onde o ACS se configura como um trabalhador sobre o qual os demais profissionais e gestores tendem a lançar um olhar de subalternização e de exploração, percebidos pelo trabalhador e geradores de sentimentos de desvalorização profissional.

O ACS, portanto, necessita a todo o momento se confrontar com limites, sejam os de ordem profissional (desestrutura e desarticulação do setor saúde, desvalorização de seus saberes pela equipe de saúde e insuficiência da capacitação oferecida), sejam os de ordem pessoal (proximidade afetiva e relacional com os usuários, sendo visto mais como vizinho do que como profissional) (Jardim e Lancman, 2009). Precisando estabelecer limites a si próprio e aos usuários para não prejudicar seu trânsito na comunidade e a sua relação familiar. Portanto, a relação com a comunidade sofre flutuações entre confiança e descrédito devido aos impedimentos e contratempos da própria estrutura do SUS. Segundo Jardim e Lancman (2009, p.133) esta exposição psíquica excessiva dos ACS pode provocar sofrimentos que perpassariam as demais esferas da vida deste profissional, contaminando suas relações pessoais, afetivas e familiares.

Caberia, então, perguntarmos: como anda a saúde deste trabalhador que nitidamente sofre uma sobrecarga de trabalho por não se separar deste ambiente nas horas de não trabalho, como fazem os demais profissionais da equipe?

Os relatos foram os mais variados em relação às estratégias e defesas utilizadas para se protegerem do sofrimento ou das suas consequências, evitando assim, o adoecimento. Dentre elas estão: a fé expressa pela filiação religiosa ou não, a ajuda de amigos e familiares, bem como os elogios e agradecimentos vindos da população assistida, sendo, portanto, o reconhecimento da população o grande elixir para as adversidades da profissão.

No entanto, consideramos que tais estratégias (fé, elogios) assinaladas pelos entrevistados não são elaboradas pelo coletivo de trabalho, como discute a PDT, mas de forma isolada e individual pelo ACS. Observa-se, assim, a falta de sistemas defensivos construídos coletivamente devido ao pouco tempo de oficialização da profissional e de sua concreta sistematização, não sendo possível ainda a esta categoria uma interação e construção de conteúdos que identifiquem ou fortaleçam o perfil, os mecanismos de luta e de defesa desta profissão, trazendo assim, uma identidade enquanto categoria profissional. Logo, a própria imaturidade da atividade e da profissão de ACS pode ser um fator de não proteção e possível adoecimento pelo e no trabalho.

Contudo, existiria uma mínima organização coletiva que garantiria a cooperação entre os ACS e entre eles e os demais profissionais da ESF que garantiria a efetivação das renormatizações, bem como o desenvolvimento das ações preconizadas.

Outro alerta importante identificado nos relatos dos ACS, foi o uso de antidepressivos e anti-hipertensivos após o ingresso na profissão, além do sofrimento que passaram a ter ao conhecerem a comunidade onde moram em toda sua extensão, descobrindo situações de miséria e abandono extremos, antes ignorados. Este dado torna-se extremamente importante se considerarmos que apenas na situação de moradores tinham a escolha de ignorar ou eleger uma rota menos precária ou violenta em sua comunidade, abstendo-se do contato ou da visão das mazelas pelas quais seus vizinhos estavam submetidos. Mas como ACS são obrigados a conhecer e dar respostas a estas mazelas, bem como serem cobrados pela não resolução das dificuldades e faltas.

Considerações Finais

Percebe-se que as atribuições abrangentes e às vezes utópicas, muitas vezes enviesam as ações dos ACS, levando ao descrédito de suas ações por parte da comunidade assistida, tida como principal foco de suas ações e reivindicações.

Um importante ponto desta defasagem refere-se aos critérios de seleção e atribuição do ACS determinados pela *Lei nº 11.350/2006* que preconiza um perfil mais social do que técnico ou burocrático. No entanto, na prática há a introdução de inúmeras ações (digitação, etc.) de ordem puramente burocráticas que fixam o ACS na US diminuindo suas ações na comunidade.

Outra contradição produzida pelo próprio governo refere-se ao não cumprimento dos requisitos mínimos, como o oferecimento do curso de formação inicial e continuado e a articulação entre outros setores da sociedade, bem como a própria articulação do setor saúde (referência e contrarreferência), comprometendo assim, a garantia da continuidade das ações iniciadas pela atenção básica (ESF). Assim, frente a tantas “infidelidades do meio” e limitações de seu poder de agir, cabe ao ACS buscar outras formas para realizar o que lhe é imposto, subvertendo normas e criando estratégias criativas.

Frente a tantas adversidades vivenciadas, consideramos ser necessário muito mais que regras, leis, prescrições para dar conta do trabalho em saúde desenvolvido pelo ACS.. Assim, tais profissionais são convidados a todo o momento a mobilizarem sua subjetividade para darem conta do real do trabalho na ESF.

Percebe-se que a mobilização subjetiva (Dejours) do ACS está impregnada, sobretudo, por sua proximidade e por seu envolvimento com as pessoas de sua comunidade. Assim, ressaltamos que a mobilização subjetiva presente em qualquer atividade de trabalho, se torna intensificada e determinante para a realização das tarefas deste trabalhador da saúde. Isto, pela obrigatoriedade do ACS ser morador da comunidade onde atua e não possuir uma formação padronizada e obrigatória para o exercício de suas atividades, ficando desta forma atrelado a seu saber e a sua percepção enquanto sujeito do local e usuário do SUS.

Trabalhar, então, implica em gerir diferentes normas, às vezes, contraditórias, sendo no caso do ACS extrapoladas para sua vida fora do trabalho devido a seu envolvimento e pertencimento à comunidade. Assim,

haveria uma “exacerbação do uso de si” nesta atividade, utilizando a expressão cunhada de Ramminger e Brito (2011) ao definirem o trabalho nos CAPS. Embora saibamos impossível nos despiremos de nossa história no exercício da profissão, é imprescindível vivenciarmos momentos e ambientes diferentes (que não apenas o de trabalho) para a recomposição de nossas forças e interação com outras realidades. Talvez por este motivo os ACS participantes do grupo focal tenham considerado este espaço, como possibilidade de troca, desabafo e respeito a seus sentimentos, pensamentos, fragilidades e interação com os demais ACS, visto não possuírem um espaço para reflexão e compartilhamento de suas angustias, medos, decepções e conquistas.

Assim, frente a tantas adversidades enfrentadas pelo ACS esta pesquisa sugere a necessidade de se pensar políticas e estratégias específicas a estes trabalhadores com o intuito de amenizar as sobrecargas decorrentes do trabalho pela atividade complexa que realizam e muitas vezes invisibilizada pelos gestores da ESF e pela equipe. Bem como repensar sobre suas atribuições e o processo de formação que vem sendo fornecido às equipes, na tentativa de tornar esta atividade menos penosa; além de oferecer o devido reconhecimento e importância de suas ações para o pleno desenvolvimento ESF no Município do Rio de Janeiro.

Por fim, podemos afirmar que o trabalho do ACS é muito mais do que se vê, se avalia e se conhece, pois é marcado intensamente pela subjetividade e pela imprevisibilidade, obrigando este profissional a desenvolver estratégias para a realização de seu trabalho e para excessiva exposição psíquica, na tentativa de cumprir suas tarefas e tornar o sofrimento mais suportável.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, F.M.O. *O Programa de Saúde da Família no Ceará*. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –Fortaleza, Universidade Federal do Ceará.1998.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Gastão Wagner de Souza CAMPO, G.W.S et al(Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.p.783-836.

BARBOSA, R.H.S. Análise do trabalho do ACS na perspectiva de gênero. In: DAVID, M.S.L. et al (Orgs.). *Abordagem interdisciplinar das novas condições e processos de trabalho em saúde: o caso dos agentes comunitários de saúde*. Relatório de Pesquisa. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, dez. 2009.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. *Clínicas do Trabalho*. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

BRASIL, Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei10507_10_07_02.pdf>. Acesso em 13 out. 2010.

_____. Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional n.º 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acessado em 11 de janeiro de 2011.

BRITO J.C, 2000. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v16,n.1,p. 195-204, 2000.

_____; ATHAYDE, M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v1,n.2, p.63-89, 2003.

CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CHERCHIGLIA, M.L. .Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, J.P. e CASTRO, J.L.

(Orgs.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: Ed. UFRN, 1999, p.361-385.

CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. serv.saude*. v15,n.3, p.7-18, 2006.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 17, n68, p. 70-84, 1989.

DAVID, H. M. S. L. ; BARBOSA, R. H. S. ; MARTELETO, R. M. ; VIANNA, E.C.; OLIVEIRA, D.; BORNSTEIN, V. J. ; MATTA, G. C. . Abordagem interdisciplinar das novas relações e processos de trabalho em saúde: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde. *Relatório de pesquisa*. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação, FE/UERJ, IESC/UFRJ, EPSJV/Fiocruz, IciCT/Fiocruz, , 2010.

DEJOURS, C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: HIRATA, H. (Org.). *Sobre o "modelo" japonês: automatização, novas formas de organização e de relações de trabalho*. São Paulo: EDUSP, 1993.

_____. Addendum: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancmann S, Sznclwar LI (orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2ªed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Brasília: Paralelo15; 2008a. p 49-106.

_____. Inteligência da prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: Lancmann S, Sznclwar LI (orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2ªed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Brasília: Paralelo15; 2008b. p 325-350.

_____. *A avaliação do trabalho submetida à prova real*. In: Sznclmar, L.I.; Mascia, F.L. (orgs.) *Cadernos de TTO*, 2. São Paulo: Blucher. 2008c.

_____; GERNET, I. *Psychopathologie du travail*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS, 2012.

DENZIN, N.K. *The research act*. Chicago. Aldine Publishing Company, 1973.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.347-55, 2005.

FERREIRA, V. S. C. ; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B. ; MERHY, E. E. . Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.898-906, 2009 .

GUÉRIN, F.; LAVILLE, A; DANIELLOU, F., DURAFFOURG, J., KERGUELEN, A. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher; 2001.

_____; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A.M.M. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v.14, n.6, p.145-151, 2006.

MACHADO, C. V.. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem*, v.41, n.3, p. 426-33, 2007.

MOROSINI, M. V. G. C. *A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, 2009.

MOROSINI, M.V.G.C. ; FONSECA, A. F. e PEREIRA, I. B. Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário. In:MARTINS, C.M.(Org.). *Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ.2007.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Texto para Discussão nº 735, jun. Rio de Janeiro, 2000.

RAMMINGER, T.;BRITO, J. C. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia&Sociedade*; v..23,(n. spe.), p.150-160, 2011.

SCHWARTZ, Y. Actividade. *Laboreal*,v.1,n.1,p.63-64,2005.Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV658223469:53635622>. Acesso em 4jan.2011.

_____. O trabalho se modifica. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.), *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007.p.23-47).

_____; DURRIVE, L. (Orgs.)*Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. 2ªed.Niterói: EDUFF, 2010.

SILVA, A. C. B.. *A gestão de Unidades Básicas de Saúde frente ao desafio da estratégia Saúde da Família: exercício de análise do ponto de vista da atividade*. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, UERJ.2006.

_____; ATHAYDE, M. O programa de saúde da família sob o ponto de vista da atividade: Uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 22, p. 23-35, 2008.

SILVA, J. A. ; DALMASO, A. S. W.. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, L. F. B; DAVID, H M S L. Percepção do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. *Revista enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 52-57, 2011.

SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. C. S. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.35, n.1, p. 96-109, 2011.

SOUZA, M. F. *Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo*. São Paulo: Hucitec, 2003.

TELLES, A. L.; Alvarez, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A. 2004, p.63-90.

¹ Professora adjunta da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /Fiocruz. Doutoranda do Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Email: lilibvb@ensp.fiocruz.br

² Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /Fiocruz. Pós-doutorado em Ergologia pela Universidade de Provence. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: jussara@ensp.fiocruz.br

³ Pesquisadora visitante da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz. Pós-doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: lucianagomes@ensp.fiocruz.br

¹ Este artigo é um dos produtos da Pesquisa Abordagem Interdisciplinar das novas relações e processos de trabalho em saúde: o caso dos agentes comunitários de saúde, coordenada pela Prof. Dra Helena Maria S. L. David da Faculdade de Enfermagem da UERJ, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa Carlos Chagas do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), desenvolvido por Eliane Chaves Vianna no seu doutoramento em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, sob a orientação da Dra. Jussara Cruz de Brito.

A primeira autora realizou a pesquisa de campo e, assim como a segunda autora, participou de todas as etapas de produção do artigo e a terceira autora colaborou na análise dos dados e na revisão

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Entre prescrições e subversões: o jeito de fazer saúde do agente comunitário da estratégia saúde da família do Município do Rio de Janeiro por atuar como agente comunitário de saúde em uma equipe de saúde família no Município do Rio de Janeiro. Essa pesquisa integra o curso de doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) /Fiocruz. O objetivo geral da pesquisa é Compreender o processo de trabalho do Agente Comunitária/o de Saúde identificando as resistências e as estratégias utilizadas para darem conta do trabalho real, caracterizando assim, seu jeito de fazer saúde.

A pesquisa será constituída pelas seguintes etapas que envolverão sua participação: 1) contato direto com o pesquisador através de observações que este fará sobre a rotina de funcionamento da Unidade de Saúde da Família e do processo de trabalho e conversas sobre atividade; 2) Aplicação de um questionário a ser respondido pelos ACS; 3) Discussão em grupo (pesquisadora com ACS) sobre os dados encontrados nas etapas anteriores. Os assuntos que serão abordados nesta pesquisa envolvem aspectos relacionados com as condições de trabalho, relação com os usuários do serviço e com os demais profissionais da equipe e a saúde ou adoecimento do profissional ACS. Juntamente com este termo você poderá ler o questionário que futuramente utilizaremos na pesquisa, a fim de conhecer os temas que serão abordados.

Este termo também explicita e solicita a sua autorização para a gravação em áudio (gravador digital) das conversas sobre atividade e discussões em grupo a serem realizadas nas etapas 1 e 3 da pesquisa. Esclareço que o áudio servirá como um recurso a mais para ajudar o pesquisador no momento da análise e transcrição dos dados. Não sendo divulgado ou compartilhado tal gravação.

Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos trabalhadores envolvidos, identificamos possíveis desconfortos e inquietações que as conversas sobre as atividades desenvolvidas podem acarretar, por mobilizar nos profissionais a exacerbação das atividades impedidas e os sofrimentos contidos em cada impossibilidade de agir. No entanto, focaremos na discussão sobre a atividade desenvolvida e suas exigências e não em aspectos psicológicos que são desencadeados. Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as respostas dadas as adversidades e imprevisibilidades ocorridas em seu processo de trabalho.

Sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa. O mesmo poderá ser feito em relação ao nome da localidade caso seja de interesse do coletivo. Os registros dos dados das observações, das entrevistas (conversas sobre atividade) e dos questionários serão feitos por meio de anotações e/ou gravações de áudio. Os dados produzidos serão mantidos sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruídos após esse período. Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento das relações entre saúde e trabalho dos ACS. A pesquisa possibilitará compreender as demandas de saúde destes trabalhadores, fornecendo informações que poderão ampliar o conhecimento no campo da Saúde do Trabalhador, visando à melhoria e transformações positivas nos locais de trabalho dos ACS.

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área de saúde pública. Afirmando que sua participação na pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo a você junto a sua instituição. Decidindo por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e dos Comitês de Ética da Ensp/Fiocruz e da SMSDFRJ. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Eliane Chaves Vianna

Contato do pesquisador: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manguinhos, RJ. CEP: 21041-210. tel: (51) 21 2598 2520- email: lilibvb@ensp.fiocruz.br.

Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/FIOCRUZ: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – andar térreo.

Manguinhos, RJ. CEP: 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863. E-mail:

cep@ensp.fiocruz.br.

Página

na

internet:

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDCRJ

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 - Cidade Nova Telefone: 3971-1463

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br/cepsmsrj@yahoo.com.br

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

Nome

do

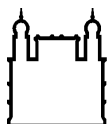
participante:

Data:

Assinatura do participante

Anexo III

INSATS-BR



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



INSATS - BR

INQUÉRITO DE SAÚDE E TRABALHO EM SERVIÇO MODELO ADAPTADO NO BRASIL *

I – IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

1.1 - Local e Data (local) (dia-mês-ano)

1.2 - Nome da Instituição

1.3 – Setor

1.4 – Sexo ☐ M ☐ F

1.5 - Idade

1.6 - Nível de escolaridade

- ☐ Ensino Fundamental completo
- ☐ Ensino Fundamental incompleto
- ☐ Ensino Médio completo/Curso técnico _____
- ☐ Ensino Médio incompleto/Curso técnico _____
- ☐ Ensino Superior completo _____
- ☐ Ensino Superior incompleto _____
- ☐ Pós-graduação completo _____
- ☐ Pós-graduação incompleto _____

1.7 - Ano de admissão na Empresa

1.8 - Tipo de empresa

- ☐ Pública
- ☐ Privada

1.9 - Trabalham aproximadamente no meu serviço de saúde um número de pessoas...

- ☐ Inferior a 10
- ☐ Entre 10 e 49
- ☐ Entre 50 e 249
- ☐ Superior a 249

1.10 - A minha profissão ou atividade diária é...

1.11 - O meu cargo é...

1.12 - O meu salário líquido é

1.13 - Tenho outra atividade remunerada...

☐ 1 Sim

☐ 2 Não

1.14 - Esta atividade é...

1.15 - Trabalho como profissional deste ramo há...

(anos)

1.16 - Exerci outra atividade profissional durante...

(anos)

1.17 - Esta atividade era de...

1

1.18 - Meu vínculo é ...

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | Efetivo (ou Estatutário) |
| ☐ | Contrato sem tempo determinado |
| ☐ | Contrato com tempo determinado/trabalho temporário |
| ☐ | Contrato direto com a empresa |
| ☐ | Contrato através de cooperativa |
| ☐ | Contrato através de empresa |
| ☐ | Aprendizagem; formação; estágio ou bolsa |
| ☐ | Prestador de serviços eventuais |

II – JORNADA DE TRABALHO

2.1 - O meu **horário de trabalho** se caracteriza por...

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| ☐ | Horário fixo |
| ☐ | Horário irregular |
| ☐ | Fim-de-semana |
| ☐ | Diarista/plantão |

2.2 - **Meu turno** de trabalho, no último mês foi...

- | | | |
|--------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ | Turno diurno | |
| ☐ | Turno noturno | |
| ☐ | Turnos mistos (diurno e noturno) | Especificação <input type="text"/> |
| ☐ | Turno rotativo | Especificação <input type="text"/> |
| ☐ | Outros | Especificação <input type="text"/> |

2.3 - Tempo total de trabalho

Meus horários de trabalho me levam a...

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ☐ | Deitar depois da meia-noite |
| ☐ | Levantar antes das 5 horas da manhã |
| ☐ | Não dormir durante a noite |

2.4 - O meu **tempo total de trabalho**, em média, **POR SEMANA** é... (horas)
(incluindo outras atividades profissionais ou outro local de trabalho)

- | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| | Sempre | Frequentemente | Às vezes | Raramente | Nunca | |
| 2.5 – Realizo plantões extras... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | <input type="text"/> |

III – CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

As próximas questões referem-se a condições relacionadas com **o seu trabalho**

AMBIENTE E CONDIÇÕES FÍSICAS

AMBIENTE FÍSICO

3.1 - No meu trabalho **estou exposto a...**

	ruído muito elevado (só gritando ao ouvido)
	ruído constante ou incômodo
	vibrações (oscilações ou tremores no corpo, ou nos membros)
	radiações (material radioativo, RX)
	calor intenso
	frio intenso

(cont.) 2

- ☐ poeiras ou gases
- ☐ agentes biológicos (contato ou manuseio: bactérias, vírus, fungos ou material de origem orgânica vegetal ou animal). Especificação _____
- ☐ agentes químicos (colas, solventes, pigmentos, corantes, diluentes, desinfetantes, etc...) Especificação _____

EXIGÊNCIAS FÍSICAS

3.2 - O meu trabalho **exige do meu corpo...**

- ☐ gestos repetitivos
- ☐ posturas penosas (posições do corpo dolorosas, difíceis, desconfortáveis)
- ☐ esforços físicos intensos (cargas pesadas manuseadas ou movimentadas)
- ☐ permanecer muito tempo de pé na mesma posição
- ☐ permanecer muito tempo de pé com deslocamento (arrastar, puxar, empurrar, andar etc)
- ☐ permanecer muito tempo sentado
- ☐ permanecer muito tempo no mesmo local
- ☐ subir e descer com muita frequência

INSTALAÇÕES

3.3 - No meu trabalho **tenho...**

	sim	não
_ vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados	☐	☐
_ espaços adequados para pausas, lanches ou repousos	☐	☐
_ espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza	☐	☐
_ mobiliário adequado (mesas, cadeiras, etc)	☐	☐
_ equipamentos e ferramentas adequados	☐	☐

FATORES ORGANIZACIONAIS E RELACIONAIS

RITMO DE TRABALHO

3.4 - No meu trabalho **estou exposto a situações de...**

- ☐ influência do ritmo de uma máquina ou equipamento
- ☐ ter que estar atento aos sinais/informações de uma máquina ou equipamento
- ☐ ter que depender do trabalho de colegas
- ☐ ter que atuar a partir da demanda/necessidade dos clientes ou usuários
- ☐ normas de produção ou prazos rígidos a cumprir (controle da qualidade, tempos curtos impostos, horários fixos, horários rígidos)
- ☐ ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo
- ☐ frequentes interrupções
- ☐ ter que me apressar
- ☐ ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda
- ☐ não poder desviar o olhar do trabalho
- ☐ ter que suprimir ou encurtar uma refeição, ou nem realizar a pausa por causa do trabalho
- ☐ ter que dormir em horários pouco usuais por causa do trabalho

- ☐ ter que ultrapassar o horário normal de trabalho
- ☐ hipersolicitação
- ☐ complexidade

AUTONOMIA E INICIATIVA

3.5 - No meu trabalho **tenho...**

- ☐ possibilidade de alterar a ordem de realização das tarefas
- ☐ liberdade para decidir como realizar as tarefas
- ☐ possibilidade de influenciar o ritmo ou a velocidade de trabalho
- ☐ possibilidade de, frequentemente, tomar decisões por mim mesmo
- ☐ possibilidade de escolher os momentos de pausa

RELAÇÕES NO TRABALHO

3.6 - No meu trabalho é...

- ☐ frequente a necessidade de ajuda entre os colegas
- ☐ a minha opinião é considerada, para o funcionamento do serviço
- ☐ possível expressar-me à vontade
- ☐ possível que a equipe discuta sobre o trabalho regularmente
- ☐ possível que a equipe discuta sobre o trabalho informalmente

3.7 - No meu trabalho **estou exposto ao risco de...**

- ☐ agressão verbal
- ☐ agressão física
- ☐ assédio sexual
- ☐ intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo)
- ☐ discriminação sexual
- ☐ discriminação ligada à idade
- ☐ discriminação relacionada à nacionalidade ou raça
- ☐ discriminação relacionada a uma deficiência física ou mental

3.8 - No meu trabalho tenho contato com o público(clientes, fornecedores, outros profissionais)

Sim Não

3.9 - Este contato é (assinale uma ou mais alternativas):

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | direto |
| ☐ | indireto/virtual (telefone, internet, carta, etc) |
| ☐ | não tenho contato |

3.10 - Neste contato é necessário...

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
☐ lidar com as exigências do público	☐	☐	☐	☐	☐
☐ lidar com situações de tensão nas relações com o público	☐	☐	☐	☐	☐
☐ suportar agressão verbal do público	☐	☐	☐	☐	☐
☐ suportar agressão física do público	☐	☐	☐	☐	☐
☐ envolver-me emocionalmente com o público	☐	☐	☐	☐	☐
☐ modificar ou adaptar o modo de trabalhar	☐	☐	☐	☐	☐

para atender as necessidades do público

3.11 - Na maior parte das vezes esses contatos com o público **são...**

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
_bons	☐	☐	☐	☐	☐
_gratificantes	☐	☐	☐	☐	☐
_desgastantes	☐	☐	☐	☐	☐
_desagradáveis	☐	☐	☐	☐	☐

3.12 - As exigências e/ou necessidades do público, **têm a característica de...**

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
_ serem imprevisíveis	☐	☐	☐	☐	☐
_ serem justas e claras	☐	☐	☐	☐	☐
_ serem sem cabimento ou difíceis de compreender	☐	☐	☐	☐	☐
_ serem difíceis de atender por não haver recursos institucionais para viabilizá-las	☐	☐	☐	☐	☐
_ serem difíceis de atender porque não tenho autorização para buscar a solução	☐	☐	☐	☐	☐
_ só poderem ser atendidas com muito esforço ou através de soluções não previstas	☐	☐	☐	☐	☐
_ serem difíceis de atender porque a solução não depende diretamente de mim	☐	☐	☐	☐	☐

3.13 - Normalmente consigo atender as solicitações dos clientes/usuários

Sim	Não
☐	☐

INSTRUMENTOS, RECURSOS E ORIENTAÇÕES

3.14 - No meu trabalho...

	Sim	Não
_sempre aprendo coisas novas	☐	☐
_sou bem orientado quanto a forma de realizar as atividades	☐	☐
_diponho de guias, protocolos ou manuais de orientação nos quais posso me basear	☐	☐
_disponho dos recursos técnicos (materiais, instrumentos, equipamentos) necessários	☐	☐
_é boa a proporção entre o número de trabalhadores e as tarefas a cumprir	☐	☐

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
3.15 - Os instrumentos e tecnologias utilizadas no meu trabalho mudam...	☐	☐	☐	☐	☐

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
3.16 - O modo de gerenciamento e a organização do trabalho mudam...	☐	☐	☐	☐	☐

3.17 - As principais mudanças ocorridas no meu trabalho foram as seguintes

O QUE É MAIS MARCANTE NO MEU TRABALHO

	Sim	Não
3.18 - O meu cotidiano de trabalho é em geral...		
_ onde se aprende coisas novas	☐	☐
_ monótono	☐	☐
_ variado	☐	☐

- _ criativo
- _ muito complexo/difícil
- _ com exigências excessivas relacionadas com momentos de atenção e

4

concentração, devido a ritmos de trabalho elevados

RECONHECIMENTO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO

3.19 - O meu trabalho é **um trabalho...**

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
_reconhecido pelos colegas	☐	☐	☐	☐	☐
_reconhecido pelas chefias	☐	☐	☐	☐	☐
_reconhecido pelo público	☐	☐	☐	☐	☐
_reconhecido pela sociedade	☐	☐	☐	☐	☐

(cont.) 5

		Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
_no qual, de uma forma geral, me sinto explorado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_com o qual estou satisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_que é gratificante pelo resultado atingido	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.20 - O meu trabalho é **um trabalho**...

	Sim	Não
_ que poderei realizar quando tiver 60 anos	☐	☐
_ que gostaria que os meus filhos realizassem, caso manifestem vontade	☐	☐

IV. O QUE MAIS ME INCOMODA NO TRABALHO

Assinale com (X) em que medida as seguintes situações lhe causam incômodo no seu dia-a-dia de trabalho

(há 4 respostas possíveis, desde “muito incômodo” até “nenhum incômodo”).

Às situações que não caracterizam o seu trabalho, por favor, deixe em branco.

4.1 - Para mim, no meu trabalho, **causa-me incômodo**:

	Muito	Mais ou incômodo	Pouco menos	Nenhum incômodo
_ estar exposto a um ambiente físico nocivo (ruído, temperaturas baixas, radiação, agentes biológicos, etc)	☐	☐	☐	☐
_ realizar gestos precisos e minuciosos	☐	☐	☐	☐
_ gastar muito tempo com deslocamento(ir e voltar do trabalho)	☐	☐	☐	☐
_ ter que me adaptar a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho	☐	☐	☐	☐
_ controlar / monitorar equipamentos	☐	☐	☐	☐
_ ter que dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas	☐	☐	☐	☐
_ não dispor de condições necessárias para atender demandas do público	☐	☐	☐	☐
_ as exigências corporais (gestos,posturas,esforços,deslocamentos)	☐	☐	☐	☐
_ o ritmo do trabalho (horários imprevistos, pressa, fazer várias coisas ao mesmo tempo)	☐	☐	☐	☐
_ estar exposto ao risco de agressões	☐	☐	☐	☐
_ estar exposto ao risco de discriminação	☐	☐	☐	☐
_ trabalhar só	☐	☐	☐	☐
_ trabalhar na presença dos outros, sem poder me isolar	☐	☐	☐	☐
_ comunicar-me de forma quase permanente com as outras pessoas	☐	☐	☐	☐
_ ter um trabalho em que sou constantemente solicitado	☐	☐	☐	☐
_ ter um trabalho que exige longos períodos de concentração intensa	☐	☐	☐	☐
_ ter um trabalho em que me sinto explorado	☐	☐	☐	☐
_ ter um trabalho em que me sinto insatisfeito	☐	☐	☐	☐
_ não ser bem orientado quanto à forma de realização das atividades	☐	☐	☐	☐
_	☐	☐	☐	☐

V – EDUCAÇÃO E TRABALHO

Sim Não

5.1 - Meu trabalho atual exige curso escolar e/ou universitário específico para realizá-lo

5.2 - Em caso positivo, o que eu aprendi foi suficiente para atender às minhas

necessidades neste trabalho

Muito	Mais ou menos	Pouco	Nada

5.3 - Foi necessário aprendizagem diretamente no local de trabalho

Sim	Não
☐	☐

5.4 - Em caso positivo, **aprendi...**

	Sim	Não
_ através de treinamento oferecido pela instituição empregadora	☐	☐
_ observando colegas de trabalho	☐	☐
_ por orientação de colegas de trabalho	☐	☐
_ sozinho	☐	☐

5.5 - Tenho tido oportunidade de ampliar meus conhecimentos, através de cursos/seminários/etc

Sim	Não
☐	☐

5.6 - Esses conhecimentos são importantes para...

	Sim	Não
_ a atuação no meu trabalho	☐	☐
_ o exercício de uma outra atividade profissional	☐	☐
_ o que se refere à saúde do trabalhador, segurança etc	☐	☐

5.7 - Contribuíram para realização do meu trabalho atual

Muito	Mais ou menos	Pouco	Nada
☐	☐	☐	☐

VI – VIDA FAMILIAR, TRABALHO DOMÉSTICO E LAZER

6.1 - Estado conjugal...

Solteiro(a)
☐

Casado(a), mora com
companheiro(a)

☐

Separado(a), divorciado(a)
desquitado(a), viúvo(a)

☐

6.2 - Moro só...

Sim	Não
☐	☐

6.3 - Além de mim, moram na minha casa pessoas.

6.4 - Dentre essas pessoas algumas precisam de cuidados especiais (pela idade avançada, doença ou algum outro problema)

Sim	Não
☐	☐

6.5 - Tenho filhos e/ou enteados ...

Sim	Não
☐	☐

6.6 - A quantidade de filhos e/ou enteados que tenho, de acordo com a idade, é...

	De 0 a 12 anos		De 13 a 18 anos		Maiores de 18 anos
----------------------	----------------	----------------------	-----------------	----------------------	--------------------

6.7 - Consigo conciliar a vida de trabalho com a vida fora do trabalho

Sim, sempre	Sim, com facilidade	Sim, com dificuldade	Nunca
☐	☐	☐	☐

6.8 - Quando estou em casa sou responsável pelas seguintes tarefas...

	Sim, sozinha	Sim, a maior parte	Sim, divido igualmente c/algum	Sim, mas pouco	Não participo dessa atividade
_ cuidar das crianças/adolescentes	☐	☐	☐	☐	☐
_ cuidar das pessoas que precisam de cuidados especiais	☐	☐	☐	☐	☐
_ cuidar da limpeza	☐	☐	☐	☐	☐

_fazer compras		☐	☐	☐	☐
_cozinhar		☐	☐	☐	☐
_lavar/ passar roupas		☐	☐	☐	☐
_serviço de manutenção da casa (reparos)		☐	☐	☐	☐

	Sim	Não	Foi causado pelo meu trabalho	Foi agravado ou acelerado pelo meu trabalho	Não tem nenhuma relação com o meu trabalho
_ Depressão (tristeza)	☐	☐	☐	☐	☐
_ Mudanças bruscas do humor ou alterações de comportamento	☐	☐	☐	☐	☐
_ Fadiga geral	☐	☐	☐	☐	☐
_ Ansiedade	☐	☐	☐	☐	☐
_ Irritabilidade	☐	☐	☐	☐	☐
_ Dores musculares crônicas	☐	☐	☐	☐	☐
_ Problemas da coluna vertebral	☐	☐	☐	☐	☐

7.4 - Tenho os seguintes diagnósticos de doença confirmados:

7.5 - Uso frequentemente medicamentos

Sim	Não
☐	☐

7.6 - Os medicamentos são...

os motivos:

7.7 - Já tive um acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho

Sim	Não
☐	☐

7.8 - Este acidente ou doença foi...

Em caso positivo:

Sim	Não
-----	-----

7.9 - Foi necessário licença médica

☐	☐
--------------------------	--------------------------

7.10 - Foi registrada ou emitida CAT (comunicação de acidente de trabalho)

☐	☐
--------------------------	--------------------------

7.11 - Fiquei com incapacidade reconhecida decorrente deste acidente ou desta doença...

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Especificação

VIII - PROTEÇÃO E CUIDADOS

8.1 - Considero ter informação sobre os riscos ligados ao

ao ambiente físico do meu trabalho (por ex. do equipamento, dos materiais, dos instrumentos, da qualidade do ar, da acústica do local de trabalho, dos produtos que utiliza, da contaminação)

Muita	Mais ou menos	Pouca	Nenhuma
☐	☐	☐	☐

No meu local de trabalho tenho à disposição:

8.2 - Proteção Individual

(por ex. luvas, protetores auditivos, máscara, calçado de proteção, óculos)

Sim	Não	Não se justifica
☐	☐	☐

8.3 - Proteção Coletiva

(por ex. silenciadores nas máquinas, painéis anti-ruído, climatização adequada)

Sim

☐

Não

☐

Não se
justifica

☐

8.4 - Considero que a utilização de equipamento de proteção individual dificulta a realização da minha atividade de trabalho

Muito

☐

Mais ou menos

☐

Pouco

☐

Nada

☐

8.5 - Considero que no meu trabalho, existe preocupação em minimizar os riscos profissionais

Muito

☐

Mais ou menos

☐

Pouco

☐

Nada

☐

8.6 - Conto com suporte de especialistas na área de saúde e trabalho

Muito

☐

Mais ou menos

☐

Pouco

☐

Nada

☐

8.7 - Para evitar que minha saúde seja afetada pelo trabalho tomo os seguintes cuidados...

Gostaria de fazer os seguintes comentários relativos às questões presentes neste questionário e/ou sobre aspectos que não foram contemplados:

AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

***INSAT – Inquérito de Saúde e Trabalho 2007**

Proposta metodológica para a análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. Instrumento elaborado pelas

pesquisadoras: Carla Barros-Duarte, Liliana Cunha e Marianne Lacomblez .

Centro de Psicologia da Universidade do Porto (Unidade de Investigação da Fundação para Ciência e Tecnologia)

Adaptação ao Brasil, para as atividades de serviços realizado por: Ana Maria R. Z. Souza, Luciana Gomes, Jussara Cruz
de Brito, Simone Oliveira e Filipe Guterres.

Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
