

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Cristina Campos Villaça

Sofrimento social no trabalho da atenção primária à saúde:
a experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de pandemia por COVID-19

Rio de Janeiro

2021

Cristina Campos Villaça

Sufrimento social no trabalho da Atenção Primária à Saúde:

a experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de pandemia por COVID-19

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

Orientadora: Prof^ª Dra. Marize Bastos da Cunha.

Coorientadora: Prof^ª Dra. Simone de Oliveira.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Social suffering at Primary Health Care work: the Community Health Workers experience in times of COVID-19 pandemic.

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

V712s Villaça, Cristina Campos.
 Sofrimento social no trabalho da atenção primária à saúde: a
 experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de
 pandemia por COVID-19 / Cristina Campos Villaça. -- 2021.
 135 f. : il. color. ; mapas

 Orientadora: Marize Bastos da Cunha.
 Coorientadora: Simone de Oliveira.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
 Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

 1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Atenção Primária à
 Saúde. 3. COVID-19. 4. Saúde Pública. 5. Vulnerabilidade Social.
 6. Violência. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1

Cristina Campos Villaça

Sofrimento social no trabalho da Atenção Primária à Saúde:

a experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de pandemia por COVID-19

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

Aprovada em: 01 de outubro de 2021.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra Leonora Figueiredo Corsini
Instituto NOOS – Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais

Prof^ª Dra Danielle de Moraes
Fundação Oswaldo Cruz- Instituto Fernandes Figueira

Prof^ª Dra Simone de Oliveira (Coorientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^ª Dra. Marize Bastos da Cunha (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por sempre me estimularem a ter curiosidade, a estudar e aprender, a questionar, a ter consciência e comprometimento social e político com as populações mais vulneráveis.

Aos meus filhos, André e Tui, por serem o melhor sentido do viver, por serem pessoas que me dão orgulho, companheiros na vida, a melhor expressão do amor.

À minha família, amigas e amigos, que alimentam minha vida de múltiplas formas, me divertem, me cuidam e protegem, me incentivam e criticam, amores preciosos e indispensáveis.

À minha orientadora, Marize, que me acolheu sem reservas como orientanda, no meio do caminho, e seguiu ao meu lado nessa desafiadora jornada do mestrado.

À Simone, coorientadora, amiga, que estendeu a mão e atravessou comigo a porta de entrada do mestrado, lutou por mim e ao meu lado, a quem serei sempre grata por este período especial da minha vida.

À Liana, amiga que acompanhou o início da ideia meio doida de fazer mestrado aos 60 anos, me incentivou e conduziu até a sonhada porta da Fiocruz. Companheira querida e aguerrida, em seu nome homenageio as Pérolas, amores fundamentais na minha vida.

À Leonora, amiga a quem admiro, uma referência de prazer e seriedade com o conhecimento, uma lutadora firme ao lado das pessoas em condições mais vulneráveis. Um prazer tê-la em minha banca.

Aos ACS, pessoas e profissionais apaixonados e apaixonantes por sua luta e compromisso com o bem-estar da população, guerreiros do cotidiano da saúde pública do Brasil, categoria que espero ver reconhecida e valorizada, em todos os sentidos. Toda minha gratidão aos profissionais que generosamente confiaram a mim suas narrativas de vida.

Aos colegas e amigos da turma de mestrado, especialmente os da turma de Determinação, pelos muitos aprendizados e trocas de vida, pelo companheirismo e pelas muitas risadas. Enorme admiração e orgulho dessas pessoas que ficarão em minha vida.

Aos colegas e amigos de estudos, aqueles da disciplina de Educação Popular, companheiros inestimáveis dos primeiros meses loucos da pandemia, e aos do Grupo de estudos Veena Das, que se embrenham comigo a desbravar sua obra e sabedoria.

Aos professores da ENSP, por terem compartilhado tanto de seu conhecimento, por terem proporcionado, em sua maioria, momentos intensos e valiosos de aprendizagem, prazer nos estudos e apoio, mostrando de onde vem muito da excelência da Fiocruz.

Aos funcionários Eduardo e Gisele, da SECA e da biblioteca, em nome de todos os funcionários, pela atenção, dedicação e paciência no atendimento aos alunos.

À Mayara e Andréa, pela transcrição das entrevistas e pela paciente e competente formatação da dissertação. Fundamentais.

Ao Proex, pelo financiamento das transcrições das entrevistas.

À Fiocruz e sua excelência, sem a qual um número ainda maior de brasileiras e brasileiros teriam naufragado nesta pandemia.

Ao SUS, por estar sempre na luta pela saúde das brasileiras e brasileiros.

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo geral compreender a experiência cotidiana dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Atenção Primária à Saúde (APS) do Município do Rio de Janeiro (MRJ), considerando as mudanças no sistema público de saúde nos últimos anos e durante a pandemia da *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19). A investigação da pesquisa visou responder às seguintes perguntas disparadoras: Quais são as experiências cotidianas, profissionais e pessoais, vividas pelos ACS? Quais estratégias pessoais/profissionais/coletivas são acionadas cotidianamente pelos ACS para lidar com suas realidades? Quais os impactos das políticas públicas de saúde no cotidiano e na saúde dos ACS? O que mudou com o enfrentamento da pandemia? Com inspiração na antropóloga Veena Das, este trabalho busca rastrear os sofrimentos visíveis e invisíveis dos ACS, as formas através das quais enfrentam os eventos ordinários de sua experiência de trabalho, e o extraordinário trazido pela pandemia por COVID-19, investigando não apenas o sofrimento inscrito nesta experiência, mas também suas possibilidades e estratégias de resistência e enfrentamento, incluindo estratégias coletivas de defesa, suas redes de apoio e proteção, suas formas de seguir com a vida. O estudo segue uma abordagem qualitativa, recorrendo a entrevistas abertas junto a profissionais de diferentes áreas de planejamento do MRJ. Os relatos obtidos nas entrevistas foram sistematizados, analisados e reunidos em quatro eixos: Territórios Vulneráveis, Vidas Vulneráveis; Margens e Violência; O Sofrimento de todos e cada um; Potências, Realizações e Reconhecimento.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sofrimento social. Pandemia. COVID-19.

ABSTRACT

The main objective of this research is to understand the everyday experience of the Community Health Workers (CHWs) of Primary Health Care (PHC) services in Rio de Janeiro city, considering changes in the health care public system in recent years and during the Corona Vírus Disease 2019 (COVID-19) pandemic. The research aimed to answer the following triggering questions: What are the professional and personal everyday experiences lived by the CHWs? What are the personal/ professional/ collective strategies operated daily by the CHWs to deal with their realities? What is the health public policies impact on the CHWs health and everyday life? What has changed in times of facing the COVID-19 pandemic? Inspired by anthropologist Veena Das, this work searches to track visible and invisible CHWs suffering, the ways they face ordinary events at their work experience and the extraordinary event of COVID-19 pandemic, investigating not only the suffering registered on this experience but also their possibilities, resistance and confronting strategies, including collective defense strategies, their supportive and protective networks, their ways to get on with life. This study follows a qualitative approach, applying open interviews to professionals of different planning areas of Rio de Janeiro city. The interview answers were systematized, analyzed and gathered into four axes: Vulnerable Territories, Vulnerable Lives; Margins and Violence; Suffering of everyone and each one; Potencies, Fulfillments and Recognition.

Keywords: Community Health Worker. Primary health care services. Social suffering. Pandemic. COVID-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Agrupamento de municípios por vulnerabilidade à COVID-19.....	28
Figura 2 – Distintas abordagens da Saúde Coletiva e da Saúde Individual.....	34
Figura 3 – Dimensões interseccionais da Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde Individual.....	34
Figura 4 – Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde.....	68
Quadro 1 – Áreas de Planejamento da Saúde, de acordo com localização e características.....	69
Figura 5 – Zonas de domínio do tráfico de drogas e milícias.....	73
Quadro 2 – Informações sobre o perfil dos ACS entrevistados.....	77
Quadro 3 – Temas das perguntas da entrevista.....	87
Quadro 4 – Categorias empíricas.....	87
Quadro 5 – Temas de vulnerabilidade e precariedade.....	93
Quadro 6 – Temas de território, margens e violência.....	100
Quadro 7 – Temas de sofrimentos e dores.....	107
Quadro 8 – Temas de realização e futuro.....	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
COVID-19	<i>Corona Vírus Disease 2019</i>
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CS	Centro de Saúde
EC	Emenda Constitucional
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISPRJ	Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MP	Medida Provisória
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
PNAISPN	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RAS-SUS	Redes de Atenção à Saúde do SUS
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SINDACS-RJ	Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro
SISREG	Sistema de Regulação
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
STF	Supremo Tribunal Federal
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	TEMPO DE CONHECER	22
2.1	SAÚDE COLETIVA, SAÚDE PÚBLICA E PANDEMIA DA COVID-19.....	22
2.2	DE IATE À CANOA FURADA, ONDE NAVEGA A SAÚDE BRASILEIRA....	27
2.3	MARGENS NADA PLÁCIDAS	36
2.4	A INTERSECÇÃO DA EXPERIÊNCIA COM O COTIDIANO.....	44
2.5	SOFRIMENTO SOCIAL.....	55
3	TEMPO DE FAZER	66
3.1	CENÁRIO COMPLEXO: O RIO DE JANEIRO NÃO É PARA AMADORES....	67
3.2	OS AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE.....	74
3.3	NARRATIVAS DE VIDA: CHAVE DE ACESSO À EXPERIÊNCIA DOS ACS.....	78
3.4	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.....	82
3.4.1	Entrevistas e análise	83
4	TEMPO DE COMPREENDER	88
4.1	TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS, VIDAS VULNERÁVEIS.....	88
4.2	MARGENS E VIOLÊNCIA.....	98
4.3	SOFRIMENTO DE TODOS E CADA UM.....	105
4.4	POTÊNCIAS, REALIZAÇÕES E RECONHECIMENTO.....	110
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
	REFERÊNCIAS	120
	APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA	133
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	134

APRESENTAÇÃO

Há uma história de vida que é motivação para essa pesquisa, história entrelaçada com a vida de pessoas que vivem ou trabalham em territórios de periferia. A partir da adolescência, na década 70, além das atividades escolares, participei de trabalhos coletivos: estudantis, voluntários, de igreja, políticos. Já na graduação em Serviço Social, nos dois últimos anos, quando os alunos escolhiam uma área de especialização, concentrei-me em serviço social de comunidade, desenvolvendo trabalho comunitário com associações de moradores de periferia, articulado em rede com equipes de saúde e educação públicas, cujo objetivo era entender e colaborar com movimentos para atender às demandas de melhorias de condições de vida dos moradores.

Além dos estudos teóricos voltados para o trabalho coletivo, convivi intensamente com profissionais, autores e pesquisadores das ciências sociais e da educação, muitos da Educação Popular, que contribuíram para a minha formação em atividades coletivas, a exemplo dos movimentos sociais e estudantis. Participava de intensos debates com profissionais de diversas áreas e posicionamentos políticos, nos movimentos pela autonomia universitária e pela redemocratização, e de forma mais ampla, entrava também em contato com o pensamento crítico latino-americano produzido nas décadas de 60 a 80.

Minhas atividades profissionais, como terapeuta sistêmica de família e casal e como consultora de desenvolvimento organizacional em empresas, propiciam constante contato com trabalhadores, seus processos de trabalho e com as narrativas sobre o trabalho. Em minha experiência, fica evidente a centralidade do trabalho na vida das pessoas e o impacto deste em sua saúde física, mental e emocional/psicológica.

Uma das questões que aparece com clareza nos relatos que escuto é a vivência individualizada dos problemas no trabalho, o que inclui os adoecimentos e sofrimentos, sem que muitas vezes o trabalhador tenha compreensão da articulação com os processos produtivos e de trabalho, com o contexto político-social-econômico, além da pouca ou nenhuma articulação coletiva para lidar com as dificuldades ou melhorar as condições no ambiente de trabalho.

Meu exercício profissional como terapeuta também torna evidente como a posição de centralidade do trabalho afeta principalmente as pessoas em suas idades mais produtivas, mas também afeta a vida dos jovens a respeito de suas escolhas e angústias profissionais futuras, e dos mais velhos com suas narrativas de histórias de vida marcadas por seus desempenhos profissionais.

Durante o ano de 2010 realizei trabalho voluntário na Clínica da Família (CF) Santa Marta, em Botafogo, zona sul do Rio de Janeiro, dentro do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho consistiu no uso da metodologia de Terapia Comunitária com os moradores que aguardavam por atendimento e seus acompanhantes. Ali pude comprovar a importância e eficiência das políticas públicas de saúde, visto que a clínica estava recém-inaugurada e foi possível acompanhar, durante a implantação do serviço, o impacto positivo na vida dos moradores. No final daquele ano, as equipes da ESF da clínica estavam em pleno funcionamento, atendendo aos usuários com hora marcada e em seus domicílios, e não tivemos mais grupos formados na sala de espera.

Hoje penso que essa experiência teve influência na escolha do mestrado em saúde pública, na pesquisa com trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) e mais especificamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS, que acompanhei em algumas caminhadas pelo território e em visita domiciliar (VD), têm um papel fundamental na ESF, nem sempre reconhecido. Decidi tentar exclusivamente o mestrado na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), referência na saúde pública e que sempre admirei, também pela referência apaixonada de alguns amigos que aí trabalham ou trabalharam.

Atuar como terapeuta, principalmente em atendimentos on-line, único formato possível durante a pandemia da *Corona Vírus Disease 2019* (COVID-19), aprofunda e amplia fortemente a escuta das narrativas de vida em sua complexidade, incluindo relatos de sofrimento. Em sua tese de doutorado sobre a Medicina de Família e Comunidade e o sofrimento social, Paulo Poli Neto (2011) faz referência ao sofrimento dos profissionais da APS, que enfrentam inúmeras situações complexas cotidianamente, impregnadas de sofrimentos da população que atendem e que são geradores de grandes angústias. Paulo Neto cita comentários dos profissionais de saúde de que eles gostariam e deveriam também ser escutados sobre seus sofrimentos. Por esse caminho segue o meu interesse.

Colher narrativas dos profissionais ACS sobre a experiência na APS, suas forças e seus sofrimentos no dia a dia, agora hiper impactado pela COVID-19, é o foco desta dissertação. A dupla inserção dos ACS, como trabalhadores e moradores dos territórios onde atuam, provoca grande curiosidade sobre sua experiência e seus recursos para lidar com essa condição híbrida. Como descrito por Cunha e Frigotto (2010), são profissionais que estão na fronteira, seu campo de trabalho social, com suas experiências, redes de relações sociais e conhecimentos acumulados.

A pandemia do COVID-19 deixou evidente a importância fundamental de um sistema público universal de saúde. Governantes neoliberais e privatistas de muitos países,

que viveram o auge da pandemia antes do Brasil, declararam a importância da saúde pública, como Macron, da França e Johnson da Inglaterra. Johnson, antes a favor da privatização, disse dever sua vida ao *National Health Service* (NHS), o sistema de saúde pública inglês, depois de uma semana de internação por COVID-19. O filósofo e linguista Noam Chomski (2020, *online*) afirma que o debate sobre um sistema de saúde é essencial durante e após a pandemia: “A crise atual oferece um argumento poderoso em favor da assistência universal à saúde e da reavaliação dos problemas mais profundos de nossas sociedades”. A filósofa Judith Butler (2020) convoca para uma grande luta para estabelecer equidade social e econômica, garantindo saúde para todos.

No Brasil temos o SUS, nosso sistema público universal de saúde, conquistado após longas e duras lutas. Esse sistema e seus profissionais, com suas deficiências, combatidos por sucessivas medidas de desestruturação e desfinanciamento, têm sido o forte amparo de socorro ao povo brasileiro durante a pandemia. Não são poucas as vozes que declaram ser inimaginável o que teria acontecido neste momento no Brasil sem o SUS.

O Brasil apresenta um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em extensa rede de APS, mas que apresenta problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços. Mesmo com estes entraves, a APS brasileira tem alcançado resultados positivos, que a destacam em âmbito internacional. (SARTI *et al.*, 2020)

A luta pelo fortalecimento do SUS deve ter na APS suas raízes mais profundas e fortes. É na atenção básica que está a interface entre o Estado, as políticas públicas, os profissionais que as colocam em prática e a população atendida mais vulnerável, e onde pode se formar uma “poderosa aliança [...] reunindo todos que vivem em precariedade e são explorados”, nas palavras de Butler (2020, *online*). A filósofa trabalha com o pensamento voltado a como aliviar o sofrimento e construir um mundo melhor em comum. Nós também.

É nesse campo de luta, pelas lentes coletivas do sofrimento social, da busca de compreensão sobre as forças, precariedades e demandas dos profissionais ACS e de suas possibilidades de ser uma força transformadora, junto com a população que atendem, que está colocado o significado desta dissertação.

1 INTRODUÇÃO

A noção de sofrimento social vem resgatar e ressaltar o coletivo como força e meio para transformar condições adversas de vida e trabalho, além de não esconder ou diminuir a existência e poder do sofrimento. Reconhecer e considerar que o sofrimento sobrecarrega vidas individuais, adoecendo e matando, que este sofrimento se expande para o social, assim como pode vir do social para os indivíduos, colabora em análises da determinação social, da saúde coletiva, como frente de lutas para a saúde integral de pessoas, grupos e populações.

Veena Das, antropóloga indiana radicada nos Estados Unidos da América (EUA), cuja obra apresenta interseções com as realidades das/dos brasileiras/os, dedica-se a compreender como as pessoas e suas coletividades resistem e recuperam suas formas de vida cotidiana que foram arrasadas por eventos críticos de violências diversas, trazendo dor e sofrimento. Parte de seus estudos estão voltados às questões de saúde e doença, valorizando a atuação dos profissionais de saúde, a qual vai muito além de troca de serviços terapêuticos, conectando e utilizando diferentes saberes no cuidado (BISPO, 2018).

A antropóloga está mais conhecida no Brasil e presente em trabalhos e na formação acadêmica brasileira desde a década de 90. Os estudos e pesquisas de Das mostram similaridades e diferenças com as realidades brasileiras em tópicos como relação com a centralidade euro-americana, violência, práticas do Estado nas periferias, cotidiano, tempo, sofrimento, com elaborações teóricas, metodológicas e ético-políticas reconhecidas globalmente (VIANNA, 2020).

As reflexões da antropóloga a respeito de eventos críticos que descem à vida cotidiana, enraizando-se na experiência comum, trazendo dor, mas também arranjos que tornam possível habitar um mundo onde a vida está desorganizada, traz importantes contribuições para um estudo de agentes sociais afetados pelo evento crítico da Pandemia por *Corona Vírus Disease 2019* (COVID-19), como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os ACS são profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema em alta demanda e estresse na pandemia. A pandemia da COVID-19 veio de encontro a um país cada vez mais desigual, com aumento de pobreza, desemprego, empregos precários e um governo federal que assumiu para destruir políticas e instituições, sem projeto de construir, e igualmente assumiu uma postura negacionista/criminosa em relação à pandemia, propositalmente negligente e antagônica

com a vacinação e as medidas sanitárias recomendadas pelos órgãos públicos de saúde, locais e globais.

Em março de 2020, quando a pandemia chega oficialmente ao país, encontra um quadro crítico de saúde pública. Butler (2019a) elabora extensa reflexão sobre quadro e moldura, colocando em discussão o conceito de enquadramento. A discussão colabora para um entendimento sobre como uma autora/autor realiza determinadas formas de organizar e apresentar um conteúdo (ou uma ação, nas palavras da filósofa) que leva a conclusões interpretativas do próprio conteúdo.

Veena Das (2020a) aponta para a necessidade de se encontrar uma distância adequada e/ou escala adequada para se esboçar um quadro, estabelecer uma perspectiva, “o horizonte dentro do qual podemos colocar os objetos constituintes de uma descrição em sua relação entre si e na relação com o olhar de quem a vê (p. 25)”.

A moldura de um quadro interfere de várias maneiras na imagem, podendo dirigir a interpretação do que se vê, ou do que se lê, se deslizarmos a metáfora para um texto. Assim como Butler (2019a) refere-se ao fenômeno de que uma moldura não contém todas as possibilidades de sentidos e interpretações de uma cena, da mesma forma os conteúdos selecionados para este trabalho não dão conta de compreender integralmente a experiência de vida e trabalho dos ACS, seu principal objetivo.

A moldura nunca determina realmente, de forma precisa, o que vemos, pensamos, reconhecemos e apreendemos. Algo ultrapassa a moldura que atrapalha nosso senso de realidade; em outras palavras, algo acontece que não se ajusta à nossa compreensão estabelecida das coisas. (BUTLER, 2019a, p. 24)

Portanto, aos leitores cabe ter alguma complacência pelas ausências, ou mesmo falhas, nos enquadres escolhidos para emoldurar as narrativas dos ACS sobre suas vidas e trabalho, o núcleo de valor da pesquisa, e aceitar o convite para acrescentar suas próprias percepções e sentidos. Para a pesquisadora o trabalho está sempre incompleto, pois os contextos, os referenciais aqui eleitos para emoldurar, se movem no tempo e no espaço e assim estão em constante ruptura: Nas palavras de Butler (2019a, p. 26) “o enquadramento não mantém nada integralmente no lugar”.

Os enquadres referenciais desta dissertação guiaram a compreensão e elaboração de conteúdos que trouxessem maior possibilidade de responder aos objetivos da pesquisa, que são:

Geral: Compreender a experiência cotidiana dos ACS da APS do Município do Rio

de Janeiro (MRJ), considerando as mudanças no sistema público de saúde nos últimos anos e durante a pandemia da COVID-19.

Específicos:

Conhecer a experiência cotidiana dos ACS da APS e seus efeitos sobre sua saúde física, mental e emocional;

Identificar e descrever quais estratégias são acionadas no cotidiano pelos ACS para lidar com suas realidades;

Investigar como o sofrimento social está presente no cotidiano dos ACS no MRJ.

A investigação da pesquisa visou responder às seguintes perguntas disparadoras: Quais as experiências cotidianas profissionais e pessoais vividas pelos ACS? Quais estratégias pessoais/profissionais/coletivas são acionadas cotidianamente pelos ACS para lidar com sua realidade? Quais os impactos das políticas públicas de saúde no cotidiano e na saúde dos ACS? O que mudou com o enfrentamento da pandemia?

Saúde, educação e meio ambiente, como tantas outras áreas, estão sofrendo políticas de desmonte cada vez mais estruturais, agravadas no Rio de Janeiro pelo eco estadual e municipal do governo federal – destruir, desmontar, diminuir, vender, entregar as instituições e serviços públicos. Mais grave ainda, com corrupção, desvios e contenção dos insuficientes recursos e verbas liberados para o enfrentamento da pandemia, nos três níveis governamentais.

“Por que a saúde no Rio de Janeiro atingiu o caos?”. Esse é o título de um *podcast* com Lígia Bahia (AO PONTO, 2019), expondo questões fundamentais para compreender a configuração da saúde pública no Brasil, quando a Pandemia por Covid-19 chegou ao país. Juntamente com os dados apresentados por jornalistas, ela enumerou os principais problemas que marcam esta configuração: a greve dos funcionários das Organizações Sociais de Saúde (OSs), responsáveis por quase todo o trabalho na APS e em boa parte da rede médica hospitalar, com salários atrasados e sem condições mínimas de trabalho; a falta de remédios, insumos, leitos; a falta de gestão. Segundo Lígia Bahia (AO PONTO, 2019), a saúde perdeu um financiamento da ordem de dois bilhões de um orçamento de 10 bi, 20%, nos últimos três anos, sem qualquer explicação pública ou aos órgãos competentes.

Há tensão nos serviços de saúde, colocando em campos opostos os funcionários, sem condições adequadas de trabalho, e a população, reivindicando seus direitos de atendimento, cada vez mais numerosa e necessitada em decorrência de fatores como aumento do desemprego e da violência urbana, entre outros fatores da determinação social, econômica e política. Resumindo: “não temos recursos, não temos gestão, não temos autoridades públicas

que se responsabilizem” (AO PONTO, 2019, *online*).

A situação da saúde no MRJ, local de interesse da pesquisa, é emblemática do choque entre uma política de desmonte, precarização e subfinanciamento e a chegada da Pandemia da COVID-19. Após período de grande expansão, de intensidade variada, incremento na qualidade dos serviços e melhoria nos indicadores de saúde, a partir de 2009 até 2016, a APS do MRJ passou a sofrer um revés de financiamento e desestruturação nos últimos quatro anos, agravado ano a ano. Neste período, os órgãos gestores passaram a atrasar salários, o que provocou a saída de profissionais, principalmente médicos. Houve demissões de ACS, categoria em foco nesta pesquisa, diminuição do horário de funcionamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS), extinção de 184 Equipes de Saúde da Família e 55 de Saúde Bucal, em 2018. O número de Equipes do Saúde Família caiu de 1251, em 2017, para 1.090 em 2019 (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

A situação pandêmica que irrompe em março de 2020, no Brasil, pode ser ilustrada pelo efeito pororoca – uma onda que se forma no encontro das águas em sentidos opostos do rio Amazonas com o oceano Atlântico – ocasionado pelo choque entre a avassaladora Pandemia da COVID-19, as possibilidades de resposta sanitária a ela e a configuração da saúde pública. Realidade traduzida na interrogação de Castiel:

Pergunta-se, então: o grau de minimalismo do Estado é compatível para enfrentar esta gigantesca calamidade, com recursos que transitam por uma precarização progressiva do SUS como estrutura pública de atenção para aqueles que não têm acesso aos serviços privados? A resposta é simples: em grande parte, a dificuldade em dar uma resposta ao vírus é o preço que o planeta neoliberalizado estaria pagando por décadas investindo pouco nos sistemas públicos de saúde em grande parte do mundo. (CASTIEL, [2020], p. 5-6)

Boaventura Santos (2020) e inúmeros cientistas sociais e econômicos, em meio a muitas declarações pelas mídias tradicionais e digitais, ressaltam que a COVID-19 veio desnudar e agudizar muitas outras pandemias: precarização, desigualdade, racismo, exclusão, descaso, corrupção, entre tantos vírus nocivos do nosso corpo social.

Esta sobreposição de pandemias veio ampliar as desigualdades sociais, “diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho” (BARATA, 2009, p. 11), assim como amplia a desigualdade nas condições de saúde e do sofrer. A pandemia redimensiona o sofrimento social, particularmente dos grupos mais vulneráveis, afetados pela injustiça social e pelo desrespeito aos direitos sociais e humanos.

A injustiça social é uma das molas propulsoras de sofrimentos diversos em grande

parte da população brasileira. As políticas públicas sociais, concebidas como forma de intervenção do Estado para minimizar as consequências das injustiças sociais, “produzidas pela dinâmica própria da acumulação capitalista e de outros mecanismos de exclusão social” (MENICUCCI; GOMES, 2018, p. 185), são muitas vezes geradoras de sofrimento social. Com efeito, as políticas públicas de saúde, formuladas e elaboradas à quilômetros de distância das necessidades da população atendida e dos profissionais de saúde, vêm concorrendo para a ampliação do sofrimento social, tanto entre a população atendida pelos serviços, como entre os profissionais por elas responsáveis.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS):

A APS está enraizada no compromisso com a justiça social e a equidade e no reconhecimento do direito fundamental ao mais alto padrão atingível de saúde, conforme ressaltado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, [2020], *online*)

Esta pesquisa privilegiou os profissionais de saúde responsáveis pela implementação das políticas públicas de saúde junto aos usuários. Dentre esses trabalhadores da saúde na APS, destaca-se aqui os ACS, responsáveis diretos pelo cuidado da população no território, considerados profissionais fundamentais na pandemia e pós-pandemia (SOARES; FONSECA, 2020). O conceito de território é definido por Gondim e Monken (2018, p. 134) como não somente o local de moradia e de eventos, mas principalmente como “lugar de produção e reprodução social, de trocas materiais e simbólicas e de convivência entre pessoas”, local onde acontece a vida cotidiana.

Território é conteúdo discutido dentro do capítulo 3 do enquadre teórico, considerado como elemento fundamental na compreensão do que de mais particular caracteriza o ACS: ser trabalhador e morador no mesmo local, ser usuário e profissional do SUS, ser cuidador, vizinho, amigo e familiar da população que atende. As ruas são, literalmente, as artérias do trabalho dos ACS.

A Pandemia por COVID-19 está atingindo fortemente os profissionais da saúde em múltiplos aspectos, entre eles dois principais e interrelacionados: adoecimentos e mortes pela alta transmissibilidade e letalidade do vírus, e as condições de trabalho diante de um evento de tal magnitude. Os números oficiais, apresentados pela Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) do Ministério da Saúde (MS), em 24 de agosto de 2021, informam um total de 20.583.994 casos e 574.848 óbitos no país (BRASIL, 2021a).

O Brasil apresentou durante meses o segundo lugar em número de casos da pandemia no mundo, estando agora em terceiro lugar, depois de EUA (37.588.957) e Índia (32.474.773), porém, continua em segundo lugar em letalidade, depois de EUA (623.900) e na frente da Índia (435.110) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

O Boletim Observatório COVID-19 das Semanas Epidemiológicas 31 e 32, de 1 a 14 de agosto de 2021, registra queda na incidência e mortalidade em todo o Brasil, com exceção do Rio de Janeiro, que apresenta uma alta de casos e aumento da ocupação de leitos, com concentração de casos com a variante Delta (BOLETIM OBSERVATÓRIO COVID-19, 2021). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) registra em 24 de agosto a situação do Rio de Janeiro: 1.112.203 casos e 61.605 óbitos. Depois de um ano e meio de pandemia, os profissionais de saúde no MRJ continuam trabalhando em ritmo extenuante (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2021).

A OPAS ([2020]), através de sua diretora Clarissa Etienne, declarou “a urgência de que o apoio à saúde mental seja considerado um componente crítico da resposta à pandemia” (*online*). Referindo-se especificamente aos profissionais de saúde, a OPAS recomenda contratação e treinamento de mais profissionais de saúde mental e apoio psicossocial para atender esses profissionais. Depois de um ano e meio trabalhando em ritmo de crise, sem condições adequadas de trabalho, muitos afastados por comorbidades para a COVID-19, com alto risco de adoecer e morrer, os trabalhadores da saúde apresentam quadros de esgotamento, ansiedade e depressão.

O sofrimento social, ou sofrimentos sociais (RENAULT, 2017), insere-se nesse trabalho como uma investigação da possibilidade de que desigualdades e injustiças sociais, concretizadas, entre outros meios, por políticas públicas, influenciem diretamente a experiência de vida e trabalho dos indivíduos e coletividades. Seus efeitos podem trazer formas de sofrimento individual e coletivo, impactando profundamente o cotidiano dos trabalhadores.

Com inspiração em Veena Das, busca-se aqui rastrear os sofrimentos visíveis e invisíveis dos ACS, as formas através das quais enfrentam os eventos ordinários de sua experiência de trabalho, e o extraordinário trazido pela pandemia por COVID-19, investigando não apenas o sofrimento inscrito nesta experiência, mas também suas possibilidades e estratégias de resistência e enfrentamento, incluindo estratégias coletivas de defesa, suas redes de apoio e proteção.

Christian Dunker afirma que é a inclusão discursiva de uma forma de sofrimento que permite que este seja reconhecido, acrescentando que sofrimentos não reconhecidos pelos

discursos constituídos ficam invisíveis, “como uma palavra amordaçada” (DUNKER, 2017, p. 201). Neste sentido, ao trazer as narrativas dos ACS, busca-se oferecer a possibilidade de desamordaçar a palavra não dita e conferir visibilidade ao cotidiano desse trabalhador, seus sofrimentos individuais e coletivos.

Para poder escutar os ACS sobre seu cotidiano na pandemia, com as lentes do sofrimento social, procurando interrelação entre o público e o individual, entre o social e o particular, subjetividade e intersubjetividade, essa dissertação está estruturada da seguinte forma:

O capítulo 2, Tempo de Conhecer, apresenta inicialmente o cenário da saúde no Brasil, o contexto macro das estruturas sociais, marcadas pelas desigualdades sociais e desigualdade dos marcadores da determinação social, pela diminuição e fragilização da proteção social, a ausência e/ou impacto negativo das políticas públicas em geral e das de saúde em particular.

Experiência envolve todos os temas e conceitos, no sentido de ser a compreensão da existência/vivência cotidiana, da percepção dos indivíduos de seu estar no mundo. Abrangente, difícil de definir e conceituar, banalizada e/ou generalizada, tomada pelas pessoas como significado óbvio para todos, falar sobre experiência é um desafio.

Cotidiano “colou” em experiência. Afinal, onde acontece a vida de todos nós? Onde se manifesta a tal experiência se não no dia a dia de cada ser humano? Entende-se que há um senso comum de compreensão de que os momentos que vivemos ao longo do tempo constituem o que chamamos vida, o acontecer do que se chama existir. Busca-se conhecer respostas para questões colocadas por Veena Das (2020a, p. 37): “ancoradas na tentativa de compreender como os sobreviventes reconstituiriam suas vidas, recolheriam cacos e descobririam como e para onde seguir, isto é, seguir vivendo naquele mesmo espaço de devastação, de algo que acabou”.

Como prosseguem os ACS em suas vidas e trabalho no mundo pandêmico da COVID-19?

Interseccionalidade foi uma convocação. Escrever esta dissertação apresenta dificuldades relacionadas a critérios artificiais de distinguir, separar temas interconectados, puxar fios diferenciados em uma trama que só existe com entrelaçamento entre todos, para usar metáfora recorrente em Veena Das. Os fios não apenas se combinam, eles ressaltam e reforçam uns aos outros, e somente seu conjunto realiza o desenho. Questões de gênero, racismo, sociais, de vulnerabilidade, de preconceitos sobre formação educacional, ser periférico, entre outras, atravessam em combo a vida dos ACS.

Sufrimento social direcionou o interesse original pela pesquisa. O interesse foi aprofundar estudos na busca de compreender como grupos populacionais sofrem em decorrência de políticas públicas mal elaboradas, entre outros fatores, que afetam suas vidas profissionais e pessoais, e conhecer alternativas de respostas individuais e coletivas ao enfrentamento e superação desse sofrimento.

O capítulo 3, Tempo de Fazer, é dedicado à metodologia. A narrativa é apresentada como instrumento de uma escuta qualitativa, que respeita o trabalhador como sujeito conhecedor de suas realidades, de suas dores e dificuldades, assim como de seus recursos e potencialidades que sustentam possibilidades de mudanças. Narrar é o fio que dá sentido inteligível a vida. O conceito de testemunho, na visão de Veena Das (2020a), complementa a abordagem da narrativa. O trabalho de campo, através de entrevistas com ACS de diferentes territórios do MRJ e os caminhos de análise do material colhido concluem este capítulo.

O capítulo 4, Tempo de Compreender, foi organizado em quatro partes temáticas, correspondentes a conteúdo das experiências dos ACS. Os temas referem-se a questões de vulnerabilidade e precariedade, de marginalização e violência, de dor e sofrimento e, por fim, de satisfação, futuro e esperanças de transformação. Neste capítulo deságua todo o sentido do trabalho realizado, preenchido pela voz dos ACS, em suas narrativas de lutas e lutos.

Esta pesquisa justifica-se pela relevância de visibilizar o cotidiano de trabalho dos ACS, categoria profissional estratégica na APS por sua experiência e conhecimento acumulado sobre o território das UBS, especialmente em tempos de Pandemia por COVID-19, a partir do ponto de vista dos próprios ACS. Uma das metas é colaborar com subsídios para programas de cuidados de saúde, com ênfase na saúde mental, para os ACS que estão no enfrentamento da pandemia junto à população de seus territórios de atuação e moradia.

Nos serviços públicos de saúde, o contexto é pouco favorável a espaços ou momentos de discussão e reflexão para os profissionais sobre seu trabalho, seus desafios, na lógica cada vez mais produtiva em meio a recursos cada vez mais precários (SÁ; DINIZ, 2019). A captação de uma polifonia de vozes, na expressão de Bakhtin (2004), através das diversas narrativas dos trabalhadores da APS, em uma dimensão coletiva cotidiana de construção de sentidos das experiências, de compartilhamento de conhecimentos e de possibilidades de ações transformadoras sobre dificuldades e sofrimento, é um resultado que também atribui importância à esta pesquisa.

2 TEMPO DE CONHECER

2.1 SAÚDE COLETIVA, SAÚDE PÚBLICA E PANDEMIA DA COVID-19

Em meio a tantas dificuldades no enfrentamento da pandemia da *Corona Vírus Disease 2019* (COVID-19), o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil respondeu à altura e ocupou seu devido lugar como um dos mais importantes sistemas públicos de saúde no mundo, apesar de desvalorizado, desfinanciado e ameaçado de privatização. Quando a emergência sanitária ameaçou ser um caos mortal, foi o SUS que impediu que isso se concretizasse completamente. Só não foi mais eficaz, como será visto neste trabalho, por ingerências políticas e econômicas, de ontem e de hoje.

No Brasil, perto da maioria dos cidadãos há uma Unidade Básica de Saúde (UBS), da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, que são Clínicas da Família (CF), Centros de Saúde (CS) ou policlínicas, com as equipes do programa Estratégia Saúde da Família (ESF). Os profissionais dessas unidades, agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, técnicos de enfermagem e bucais, agentes de vigilância em saúde, médicos e dentistas, são os responsáveis pelos cuidados básicos de saúde da população. Boa parte deles pertence a mesma população que atende e é usuário do SUS, certamente os ACS.

O SUS foi formado em 1990, consolidando o direito à saúde garantido na Constituição Federal de 1988 e pelas leis orgânicas de saúde nº 8080 e 8142 (BRASIL, 1990a, 1990b) como um dever do Estado, fruto da articulação do chamado Movimento Sanitário, por volta de uma década antes. O SUS tem como princípios a universalidade, integralidade assistencial, promoção da saúde e participação da comunidade, com financiamento público e gratuidade para os usuários. Suas duas principais linhas de atuação são a APS, que presta cuidados primários em saúde nos municípios, e uma rede de clínicas e hospitais públicos contratados, para atendimentos secundários e terciários no país (ALMEIDA-FILHO, 2011).

A APS, que tem como programas estruturantes a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tem como objetivo oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para os níveis mais complexos, implementar ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de doenças (PAIM *et al.*, 2011).

O PACS se propõe a estimular e descentralizar as ações voltadas para o público materno-infantil, considerando a base populacional e territorial, e a criação de vínculo entre o agente, a comunidade e a família. Mais tarde suas funções se ampliaram para o

enfrentamento de epidemias e atualmente estão fortemente concentradas no combate a Pandemia por COVID-19 (GONDIM; MONKEN, 2018).

A ESF busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do SUS, favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020).

As Equipes de Saúde da Família devem ser compostas minimamente de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, de quatro a seis ACS, além de equipes de saúde bucal. Em 2006 foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (PAIM *et al.*, 2011), aumentando a rede de interações entre equipes multidisciplinares. Essas equipes, de apoio matricial, estruturais no sistema, estão correndo sério risco de desaparecer como consequência da falta de financiamento e desestímulo federal ao seu funcionamento, ficando atualmente dependentes da decisão do gestor local (REIS; MENESES, 2020), vindo a se constituir como mais uma diminuição na qualidade e no alcance dos serviços prestados na APS.

No Brasil as propostas da APS levaram a um processo de territorialização, para atendimento local, através dos CS, suas ações integrais e permanentes de educação sanitária e promoção da saúde, suas equipes multidisciplinares, visitas domiciliares (VD), assistidos e coordenados por profissionais ligados à pesquisa e educação em saúde (GONDIM; MONKEN, 2018).

Em 2010, o pacto de gestão, afirmando as bases territoriais do SUS em modelo de regionalização pactuada, solidária, cooperativa e descentralizadora, define a região de saúde como:

recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. (BRASIL, 2010, p. 6)

A consolidação e incorporação da categoria território no processo de trabalho das equipes da ESF acontece na elaboração da PNAB, em 2006. Essa incorporação considera a

compreensão das condições de vida, de saúde e as necessidades da população, estabelece a delimitação de áreas e microáreas de atuação das equipes e dos ACS, coloca o território como elemento da organização das redes de atenção do SUS, das ações, alocação de recursos e financiamento entre os entes da federação (GONDIM; MONKEN, 2018).

Na ESF a elaboração de mapeamento concretiza a territorialização, permitindo um panorama da determinação social da saúde através do conhecimento, identificação e localização no território das famílias, grupos e instituições, além de riscos, vulnerabilidades, sistemas produtivos, de consumo, bens e serviços.

Pesquisa sobre o alcance da APS em tempos de coronavírus aponta os seguintes dados: cobertura de 65% da população brasileira pelo programa ESF, maior cobertura nas cidades menores com uma ou duas equipes, em média, 43 mil profissionais, 300 mil ACS, com capilaridade e vínculos nos territórios onde atuam. A APS, com potencial de servir muito mais e melhor no enfrentamento da pandemia, pode reforçar sua atuação se estruturando em três eixos: cuidado coletivo, cuidado individual, coordenação e continuidade do cuidado, com ações específicas dentro de cada eixo (MELO, 2020).

A fala convocatória ao trabalho da APS no início do enfrentamento à COVID-19, do então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, no dia 19 de março 2020, sobre as medidas mais rigorosas de isolamento social na pandemia, estava desconectada da realidade da saúde no Brasil. A necessidade de força total contra a COVID-19 na APS encontrou outras realidades, desconhecidas, ignoradas ou negadas pelo ministro, que, registre-se, já foi defensor da privatização do SUS.

Em agosto de 2019 o governo federal, através da Medida Provisória (MP) n° 890 (BRASIL, 2019), anuncia a criação de uma Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) com a finalidade de “incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade” (artigo 1º). A MP restringe a abrangência da APS, ignorando alguns de seus princípios sustentadores, como os que garantem o cuidado integral, estabelecendo um ambiente de pouco controle público, institucional e social, por meio de flexibilização e precarização dos vínculos empregatícios, transformando os trabalhadores da saúde em subproletários modernos. A ADAPS, criada por essa MP, é clara iniciativa de privatização da APS do SUS (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Não apenas as CF, unidades exclusivas da APS, estão fortemente atingidas pelo desmonte, desfinanciamento, precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais, entre outras mazelas, mas sofre toda a atenção básica. Duas ex-alunas da Escola Nacional de Saúde

Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Ellen Francisco e Evelin Esperando, produziram um documentário, que virou websérie, sobre o desmonte do SUS, preocupadas em fornecer uma ferramenta para a luta pela saúde pública. Na parte que se refere ao Rio de Janeiro, o filme revela a precarização da APS nos postos de saúde e hospitais. A websérie destaca os ataques à Política Nacional de Saúde Mental, ao álcool e outras drogas, ao Subsistema de Saúde Indígena e à PNAB. Ellen e Evelin acreditam que a defesa do SUS depende da luta popular e da resistência dos povos (CHAGAS, 2020).

Ao contrário dos entraves descritos, consequência das políticas de austeridade neoliberais acentuadas nos últimos anos, o enfrentamento à COVID-19 e a enorme pressão que causa sobre os sistemas e serviços de saúde requer maior dotação orçamentária, ampliação de políticas sociais e seguridade social abrangente prevista na Constituição de 88 (MENDONÇA *et al.*, 2018). Preparar os sistemas e serviços de saúde para “responder com qualidade a situações de emergência pública” (SARTI *et al.*, 2020, p. 2) não é nada simples, ainda mais com tantos problemas crônicos, mesmo com a existência de um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, o SUS.

Várias atividades de diferentes polos da APS estão proporcionando diferenças positivas nesse momento da pandemia e merecem ser reconhecidas, divulgadas e replicadas: ações em Niterói, como distribuição domiciliar de *kits* de higiene pelas equipes de ESF; elaboração de protocolos do cuidado direto com usuários em Florianópolis; aplicativo preenchido pelos usuários, desenvolvido por um consórcio de equipes do nordeste, que facilita a identificação de situações de urgência; os painéis de monitoramento da COVID-19 em tempo real, desenvolvidos no Rio de Janeiro.

Gestão, resposta sistêmica em rede, insumos, equipamentos, suportes diversos, incluindo de saúde mental, para as equipes, retaguarda assistencial, são alguns requisitos básicos para a atuação da APS neste momento (MELO, 2020).

A APS fortalecida, organizada, financiada adequadamente tem grande potencial de reduzir as iniquidades na área da saúde e deve ser foco de atenção do poder público na sua capacidade de responder ao momento da pandemia, como primeiro acesso na busca de atendimento e nos cuidados de casos leves e moderados, com suas características de conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis (SARTI *et al.*, 2020).

Sem a APS, mesmo com todos os seus problemas, apontam Melo (2020) e muitos profissionais, a resposta pública à pandemia seria muito pior – a atenção básica pode se reinventar, se fortalecer, deixar legado pós-pandemia. E, dentro das equipes da APS, os ACS

atraíram especial interesse por pertencerem ao território onde atuam, o que determina uma série de especificidades, assim como as transformações de seu trabalho e vida nesse período de pandemia.

A APS é uma estrada aberta na construção de uma país menos desigual, com maior proteção social para os as populações mais vulneráveis, é luz que aponta saídas para tempos sombrios.

Que mesmo no tempo mais sombrio temos o direito a esperar alguma iluminação, e que tal iluminação pode bem provir, menos das teorias e conceitos, e mais da luz incerta, bruxuleante e frequentemente fraca que alguns homens e mulheres, nas suas vidas e obras, farão brilhar em quase todas as circunstâncias e irradiarão pelo tempo que lhes foi dado na terra. (ARENDR, 2008, p. 9)

Tempos sombrios podem se referir à descrição da situação do Brasil pré-pandemia, descrita por Esther Dweck (DWECK *et al.*, 2020): desemprego altíssimo, economia fragilizada, baixíssimo crescimento, pobreza extrema crescente, volta de problemas como doenças erradicadas, mortalidade infantil. Estes foram alguns dos elementos citados pela pesquisadora, destacando ainda as mudanças econômicas e de política fiscal, a partir de 2016, que determinaram forte declínio na proteção social e aumento da desigualdade social.

Dweck (DWECK *et al.*, 2020) ressalta algumas das consequências da aprovação da Emenda Constitucional (EC) n° 95 (12/2016), do teto de gastos, que instituiu limites dos gastos públicos por 20 anos. A pesquisadora explica que esse teto de gastos é declinante, diminuindo ano a ano a participação do Estado em áreas como educação, assistência social e saúde: a saúde teve perda de 20 bilhões em três anos, ciência e tecnologia perderam 38% de suas verbas descrionadas, citou como exemplos.

A partir do início da pandemia, continua a pesquisadora, dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) contínua mostram que cinco milhões de pessoas perderam o emprego, quatro milhões de trabalhadores formais estão com contratos suspensos ou reduzidos, outros quatro milhões são informais, e um contingente de dezenas de milhões de pessoas, três vezes maior que o esperado, se inscreveu para receber auxílio financeiro do governo federal (DWECK *et al.*, 2020). A pandemia ao mesmo tempo aprofunda as desigualdades sociais e as deixa mais evidentes.

A COVID-19 é a pandemia da reclusão e da solidão para parte da população. A necessidade de distanciamento, isolamento social, quarentena e de *lockdown* como meios de contenção da disseminação (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020), obrigou muitas pessoas a estarem sozinhas, afastadas de suas famílias e convívio social. Se adoecerem,

como todas as pessoas nesses tempos sombrios da pandemia, enfrentarão a solidão da internação, onde terão a luz dos profissionais de saúde para manter clara sua esperança de vida. Caso o desfecho inevitável seja o óbito, os profissionais da saúde serão seu último contato com a luz humana.

O isolamento social é a grande alternativa e recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no enfrentamento da pandemia, mesmo com a vacinação. Paola Carvalho, em painel da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em junho 2020, pergunta a esse respeito: “Quem tem direito ao isolamento social?”. Questionamento que leva diretamente às questões de desigualdade e injustiça social, à ausência ou deficiência de amplos programas de proteção social.

No Rio de Janeiro, para a maior parte da população, o meio de contenção da disseminação do coronavírus, o isolamento social, é inviável: moram muitas pessoas juntas em casas pequenas e muito próximas umas das outras, em lugares onde a vida é precária, sem saneamento, sem água, sem urbanização, um sem fim de “sem”. Os moradores de favelas e das periferias ou têm que sair para manter seus empregos ou para arrumar meios de, dia-a-dia, conseguir comer.

Todo esse cenário pode ser compreendido com a perspectiva ampliada pela análise da determinação social, considerando as desigualdade e injustiças sociais, o entendimento sobre políticas públicas e proteção social, entre outros elementos históricos e dinâmicos na moldura da sociedade brasileira.

2.2 DE IATE À CANOA FURADA, ONDE NAVEGA A SAÚDE BRASILEIRA

Vamos pagar o preço da nossa desigualdade. E quem vai pagar a maior parte dessa conta serão os mais pobres, que não têm condições de ficar em casa, não têm saneamento, não têm nem sequer como lavar as mãos porque a água não chega — afirma o médico sanitário Ivan França Jr, da USP. (LEÃO *et al.*, 2020, *online*)

No dia 3 de abril de 2020, a imprensa noticia mais uma vez a profundidade e gravidade da desigualdade social brasileira e alguns dos seus múltiplos efeitos, agora escancarados durante a COVID-19 com adoecimentos e mortes da população, e com períodos de colapso do SUS em muitos locais do país. A injustiça social é percebida na diferença em grau de contágio, letalidade e mortalidade entre os bairros de melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a periferia de São Paulo e Rio de Janeiro, tomando como exemplo as duas maiores cidades do país.

Um conjunto de pesquisas, publicado em 2020, abordando o problema da pandemia no território brasileiro, sob diversas óticas e abordagens empíricas, teve como objetivo compreender a complexa e dinâmica interação entre a disseminação e as consequências da pandemia, utilizando indicadores e variáveis de desigualdade e de vulnerabilidade. Além disso, os pesquisadores se propuseram a construir evidências para subsidiar desenhos, ações e novas investigações de políticas públicas (PERES, 2021).

As categorias de desigualdade e vulnerabilidade/vulnerabilização são políticas e situadas há décadas na América Latina, referindo-se a problemas complexos escancarados e aprofundados pela pandemia, que atingiu de forma assimétrica os 5.570 municípios brasileiros. A apresentação do conjunto de pesquisas propõe um olhar para *comorbidades sociais*, um termo emprestado da área da saúde, que se refere ao:

acúmulo (a coexistência) de múltiplas patologias sociais em um determinado território ou em uma determinada sociedade que tornam determinados municípios/grupos mais suscetíveis à rápida propagação da doença e/ou ao registro do número mais elevado de casos e óbitos por Covid-19. (PERES, 2021, p. 13)

A partir de dados unificados, obtidos em plataformas públicas e gratuitas, houve uma divisão dos municípios em sete *clusters* (agrupamentos) (Figura 1).

Figura 1 – Agrupamento de municípios por vulnerabilidade à COVID-19



Fonte: Peres (2021).

Um dos principais resultados da pesquisa mostra que o *cluster* 1, dos menos desiguais e vulneráveis, teve melhor desempenho em termos de casos e óbitos por 100 mil habitantes,

enquanto o *cluster 2*, que mais acumula “comorbidades sociais” registrou maior número de casos/100 mil habitantes e está entre os três com maior número relativo de óbitos (PERES, 2021).

No panorama mundial a crônica desigualdade entre países se reflete na distribuição de vacinas, dos principais recursos no combate à doença causada pelo Sars Cov 2. Em 22 de março, um ano após declarar a pandemia por COVID-19, o diretor-geral da OMS declarou que “‘é chocante como pouco foi feito’ para evitar um ‘fracasso moral catastrófico’ em que as nações mais ricas vacinam suas populações contra a COVID-19 muito mais rapidamente que os países de baixa renda”, enfatizando que há meios disponíveis para garantir distribuição equitativa das vacinas, mas a desigualdade entre os países cresce a cada dia (COVID-19, 2021, *online*).

O epidemiologista Breilh aponta que no caso específico das vacinas contra a COVID-19, há na saúde coletiva, por um lado, o reconhecimento de que são um importante recurso. Contudo, de outro lado, sua aplicação e interpretação tem sido rodeada de controvérsia, iniquidade, infodemia (notícias falsas e distorcidas) e mau uso. A determinação social dos espaços reprodutores de carga viral e crescente vulnerabilidade, ele afirma, é multidimensional, não pode ser reduzida ao domínio biológico pela imunização das vacinas (BREILH, 2021).

Judith Butler lança a ideia de um método que chama de *igualdade radical* no convívio social, onde uma vida não pode valer mais do que outra. Ao defender a igualdade fala sobre a desigualdade, sobre corpos que valem mais do que outros, corpos que são mais descartáveis, inclusive pela pandemia:

Deste modo, o que a interseccionalidade (categoria teórica que focaliza múltiplos sistemas de opressão a um mesmo sujeito, em particular, articulando raça, gênero e classe) nos permite ver é que uma ameaça de doença e morte aumenta em populações que acumulam categorias de discriminação, aqueles corpos que não podem escolher a qual minoria pertencem por estarem com mesma intensidade na intersecção de várias minorias... Nós deixamos que essa desigualdade econômica ganhasse forma e agora estamos vendo através de gráficos o quão facilmente a vida dos mais vulneráveis é abandonada e destruída. (BUTLER, 2020, *online*)

A desigual disponibilidade de acesso aos avanços científicos são exemplos de injustiças sociais que determinam características muito diferentes a essa pandemia em relação à outras pragas que dizimaram populações pelo mundo. A desigualdade na distribuição desses avanços científicos já atingia a população mais vulnerável através de

dimensões generalizadas de precariedade muito antes da pandemia, e é forte determinante na desvantagem dessa população no enfrentamento da COVID-19 (CASTIEL, [2020]).

As desigualdades sociais na saúde são amplas, gerais e irrestritas, parafraseando a campanha pela anistia na década de 80, no período conhecido como “redemocratização”. A pandemia da COVID-19 não só as acentuou, como as colocou em um palco iluminado: até quem não quer enxergar vê. Segundo Rita Barata (2009, p. 11):

as desigualdades sociais que nos interessam (na saúde) são diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho.

As desigualdades estão relacionadas ou são a própria expressão de injustiças sociais, contextualizadas em seu momento histórico, cultural, político, ambiental, não apenas em aspectos biológicos. Na América Latina a discussão sobre as desigualdades sociais vem sendo feita principalmente à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença (BARATA, 2009).

Breilh apresenta um histórico de como as insatisfações com as ineficiências e debilidades do que se conhecia como saúde pública, até a década de 70, originaram um movimento latino-americano, um pensamento crítico na epidemiologia, que começou a elaborar o conceito de determinação social. Esse pensamento crítico se voltou para estudar, demonstrar e gerar uma ação estabelecendo uma relação entre a sociedade, os modos de vida dos grupos típicos dessa sociedade e os indivíduos que dela fazem parte, distinguindo conexões que devolvem integralidade ao conhecimento. Estas conexões entre o contexto social de um país, de uma região, seus grupos, seus modos de vida e as pessoas são a imagem do coletivo, da nossa saúde (BREILH, 2019).

A determinação social é defendida por Breilh como modelo para análise integral do que ele chama de era pandêmica-sindêmica, sendo sindemia a ocorrência de dois ou mais processos que interatuam causando danos maiores que seu simples somatório. Essa era, o autor prossegue, desnuda uma crise da vida, da ética e da saúde, destacando os quatro S da vida que foram afetados globalmente: Sustentabilidade, Soberania, Solidariedade e (bio) Segurança. Uma crise civilizatória, ele conclui, que também se expressa em uma crise ética (BREILH, 2021).

O autor reforça a análise de como nossa organização social em torno do capital e sua acumulação implica em concentração de vantagens, de recursos, significando exclusão

social massiva, com consequências diretas na saúde da população, reconhecendo o papel da iniquidade na determinação social: a sociedade da acumulação privada de capital e a aceleração extrativista na economia andam de mãos dadas com o crescimento exponencial da iniquidade social, que também se reproduz violentamente no sistema de saúde e no sistema global farmoindustrial (BREILH, 2021).

As políticas públicas de saúde são parte da determinação social que impacta coletiva e individualmente as vidas de todos os brasileiros, destacando neste trabalho os profissionais de saúde.

Política pública surge de uma questão na sociedade, local ou global, passa por longos, curtos ou até inacabáveis processos de discussão, em sociedades democráticas, período no qual aparecem os atores e interesses envolvidos na questão discutida. Depois seguem as etapas de aprovação, quando se torna lei, implementação e avaliação. Duas questões que permeiam a vida pública no Brasil são: quem tem voz e poder para participar do processo de criação até a implementação de políticas públicas? Como a população vulnerável socialmente e os trabalhadores públicos que as executam participam desse processo, cujos efeitos recairão direta e fortemente em suas vidas e trabalho?

Judith Butler reflete em sua entrevista sobre políticas públicas neste momento:

[...] me pergunto se não seria mais importante considerarmos como as políticas sociais são armadas e aplicadas de maneira a se configurar como a morte das populações marginalizadas, especialmente das comunidades indígenas e das populações carcerárias, também daqueles que, como resultado de políticas públicas racistas, nunca tiveram um tratamento de saúde adequado. Afinal, a taxa de mortes nos Estados Unidos nesse momento está diretamente correlacionada à pobreza e privação de direitos das populações negras... E esse é apenas um dos efeitos mórbidos do capitalismo de mercado. (BUTLER, 2020, *online*)

Estudar, analisar, pesquisar uma política pública remete a um sistema de proteção social (GERSHMAN, 2018).

A proteção social consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir às necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão (VIANA; LEVCOVITZ, 2005, p. 17).

Os sistemas de proteção social se transformam de familiar, comunitário, filantrópico e religioso em sistemas de intervenção direta do Estado e de categorias profissionais na virada do séc XIX para o XX, compartilhando os riscos sociais entre Sociedade, Mercado e

Estado (VIANA; LEVCOVITZ, 2005, p. 18).

As políticas públicas aparecem no momento histórico da Revolução Industrial capitalista, um momento que significou um processo de destituição da sociedade, de perda dos meios de produção e individualidade produtiva dos trabalhadores, trazendo a centralidade destas políticas para o Estado. Neste momento se configuram modelos de proteção social, sendo o primeiro a *Poor Law* na Inglaterra, seguida de diversas leis que cumprem nas políticas públicas a função da proteção dos pobres e dos trabalhadores (GERSHMAN, 2018).

Os principais modelos de proteção social conceituados por Esping-Andersen (1991) são: o modelo residual (liberal), o modelo meritocrático (corporativista) e o modelo redistributivo (democrático). O primeiro se caracteriza por proteção social mínima, políticas públicas restritas- não para a sociedade como um todo, mas principalmente para a força de trabalho, com exclusão dos pobres. O modelo meritocrático traz a intervenção do estado com a participação dos trabalhadores e distribuição do financiamento entre eles. O modelo redistributivo surge pós II Guerra Mundial, como necessidade de se dar conta da pobreza e das intensas demandas sociais gerada pelo conflito. Esse modelo acompanha o processo de cidadania, a consciência social sobre sua própria situação, amplia os benefícios sociais e melhora a qualidade dos serviços para todos, sendo financiado pelo Estado (GERSHMAN, 2018).

As políticas públicas são produto de uma luta, luta pelo poder, pela predominância de interesses de determinados atores. Os interesses estão tensionados entre três grupos, em constante movimentação: Estado, sociedade e mercado. A democracia garante que a luta entre esses interesses possa acontecer e deveria garantir uma equidade entre os mesmos. A área da saúde tem uma infinidade de interesses envolvidos na elaboração de suas políticas públicas, e seus atores se reúnem para defender e negociar suas posições no Conselho Nacional de Saúde (CNS) (LABRA, 2018).

Quanto mais a discussão de políticas públicas for impessoal, idônea, com regras e prestação de contas claras e transparentes, mais se evita corrupção, desvios, maior influência desse ou daquele ator, desse ou daquele interesse em detrimento de outros interesses do campo científico, técnico e do interesse maior pelo bem-estar da população.

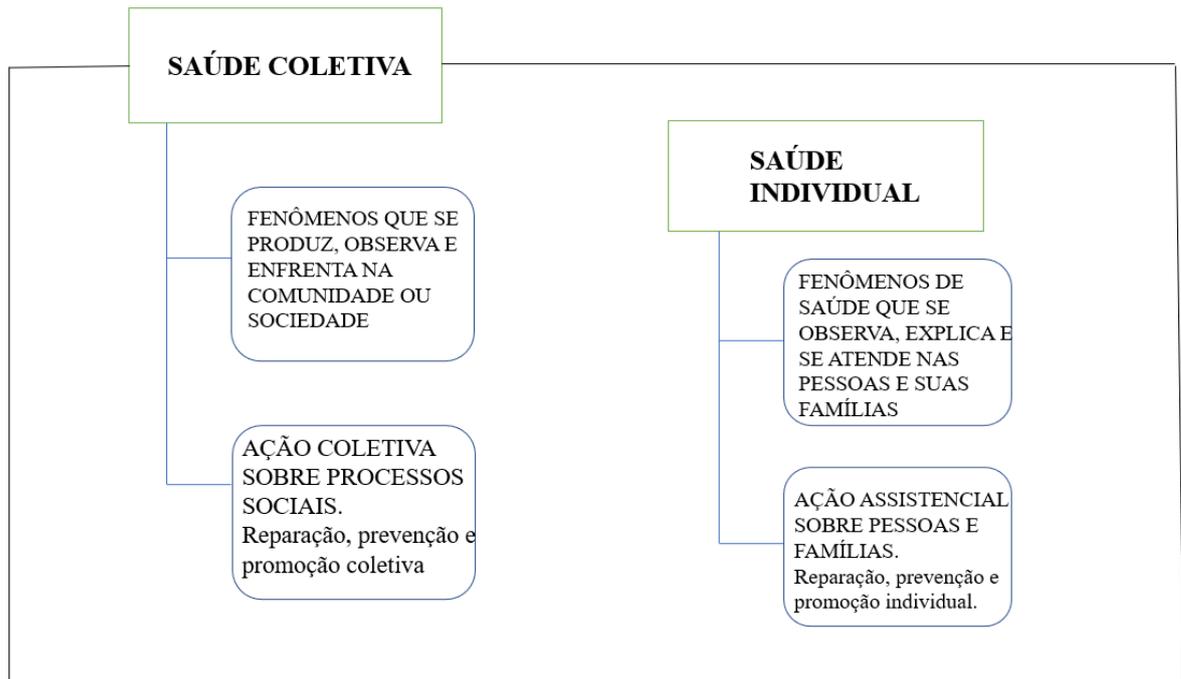
Essas lutas, travadas por forças desiguais, afetam diretamente os processos de saúde-doença-cuidado e de trabalho, assim como geram desigualdades sociais e sofrimento social. A pandemia tem deixado muito evidente quais forças predominam nas políticas públicas de saúde, nas políticas que existem e nas que deixaram negligentemente de serem criadas nesse

momento tão crítico, propiciando que um contingente imenso da população ficasse sem atendimento, recursos e orientações adequadas, e outro grande contingente, composto de profissionais da saúde, ficasse sem recursos para exercer seu trabalho com qualidade e proteção.

Em sua proposta de repensar a saúde nessa era pandêmico-sindêmica, Breilh (2021) reafirma a absoluta necessidade desse entendimento estar imerso no marco da saúde coletiva, assumindo o paradigma crítico da ciência e o princípio da determinação social da saúde. Esse repensar a saúde, conceito, método e prática, continua o professor, implica em repensar o modo de construir o conhecimento sobre a sociedade, o modo de viver, o território, os mecanismos de exposição, a vulnerabilidade coletiva e individual e o que tem sido chamado de cuidado.

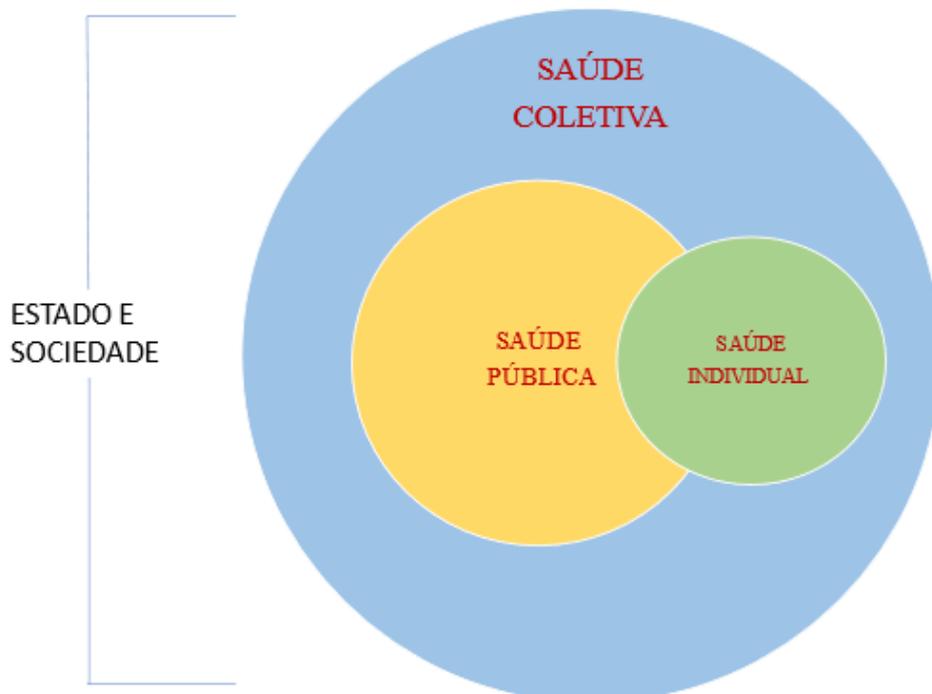
Apresentando algumas reflexões básicas sobre categorias chave para repensar a saúde, Breilh (2021) coloca que o campo da saúde coletiva não deve confundir-se com o campo da saúde pública – são campos complementares, e o coletivo abarca o público. Além disso, convém diferenciar a saúde individual da coletiva, como categorias de análise científica, o que não é tão distinto no senso comum. Para Breilh é fundamental pensar a saúde coletiva, a saúde pública e a saúde individual como campos ou abordagens de conhecimento distintos, interrelacionados e interdependentes, e assim ele demonstra graficamente seu pensamento (Figuras 2 e 3).

Figura 2 – Distintas abordagens da Saúde Coletiva e da Saúde Individual



Fonte: A autora, 2021.

Figura 3 – Dimensões interseccionais da Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde Individual



Fonte: A autora, 2021.

A saúde coletiva é uma ação coletiva sobre processos sociais, pontua Breilh (2021), e nem ela nem a saúde pública são um somatório de ações institucionais de assistência organizada sobre o indivíduo – são dimensões interrelacionadas. Não se pode entender a saúde individual sem a coletiva e vice-versa.

A saúde coletiva brasileira, ou medicina social, como é denominada na América Latina, não tem reconhecimento pacificado como campo da saúde, como discutem Borghi, Oliveira e Sevalho (2018):

López-Arellano (2013), ao refletir sobre as insuficiências da saúde coletiva/medicina social na atualidade, destaca a delimitação imprecisa de seu campo – o que se deveria, segundo a autora, a fragilidades de ordem teórica e metodológica. Almeida-Filho e Paim (1999), por sua vez, concluem que ainda que a saúde coletiva não possa ser apresentada como um novo paradigma científico, ela vem se consolidando como campo científico e âmbito de práticas. Ponderamos que sua origem de ruptura epistemológica, de objeto e de projeto com a saúde pública, colocaria a saúde coletiva/medicina social como um campo próprio e, ao mesmo tempo, em disputa com a saúde pública, compartilhando espaços institucionais, de produção científica ou de intervenção política. (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018, p. 877)

A Saúde do Trabalhador, campo que privilegia o sujeito trabalhador, emerge na saúde coletiva em contraposição à hegemonia da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, de suas concepções sobre a relação trabalho-saúde e sua visão monocausal, na relação doença-agente específico, ou multicausal, doença-fatores de risco (MINAYO-GOMEZ, 2011, p. 25). A saúde do trabalhador tem como objeto de estudo o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho, elegendo o processo de trabalho como categoria principal e “compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares (técnicas, sociais, políticas, humanas), multiprofissionais e interinstitucionais no âmbito da saúde coletiva” (MINAYO-GOMEZ, 2011, p. 27).

Uma das questões envolvidas no âmbito dessa pesquisa se refere à uma investigação curiosa sobre processo de trabalho, entendido aqui como “processo através do qual o homem se apropria da natureza transformando-a e transformando a si mesmo”, assim como “a materialização do processo de valorização (de produção de mais-valia) e divisão do trabalho”, no âmbito primário da luta contra a exploração para o trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1987, p. 103-105). Esses profissionais são confrontados diariamente com necessidades específicas de seu processo de trabalho, elementos que compõem sua carga de trabalho e de desgaste, categorias conceituais desenvolvidas por Laurell e Noriega (1987). Os trabalhadores da saúde, como os demais, em seu processo de trabalho, deparam-se com “elementos que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando

processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica” (LAURELL; NORIEGA, 1987, p. 110).

Algumas das cargas de trabalho à que se referem Laurell e Noriega, juntamente com as fisiológicas, são as cargas psíquicas, que apresentam como características a não visibilidade material no corpo dos trabalhadores, como as cargas físicas, entretanto manifestam-se por meio de sintomas, entre eles, o sofrimento em múltiplas dimensões, do intrapsíquico ao social. Cargas psíquicas, ressaltam os autores, são “socialmente produzidas e não podem ser compreendidas como ‘riscos’ isolados, ou abstratos, à margem das condições que as geram” (LAURELL; NORIEGA, 1987, p. 112), à margem da determinação social.

Na investigação da experiência cotidiana de vida e trabalho dos ACS, estão incluídas atenção às suas narrativas sobre cargas psíquicas e físicas, principalmente nesse momento de pandemia, seus desgastes, além de elementos básicos de seus processos de trabalho: objeto, instrumentos e o trabalho em si (LAURELL; NORIEGA, 1987, p. 106).

2.3 MARGENS NADA PLÁCIDAS

“O coronavírus não liga para nacionalidade ou cor da pele, mas são os países com maior divisão hierárquica na sociedade que estão no topo de mortes e casos”, diz a autora americana Isabel Wilkerson, citando os três líderes globais em óbitos por COVID-19: Estados Unidos da América (EUA), Brasil e Índia (BOLDRINI, 2021, *online*).

Isabel Wilkerson (2021) defende o entendimento de que os EUA são mais do que um país racista, onde raça é apenas o elemento mais visível de uma sociedade de castas, como a Índia. A palavra “casta” foi inclusive utilizada por antropólogos americanos pós-escravidão, referindo-se aos milhões de negros que migraram do sul para o norte do país. A autora enfatiza que movimentos de resistências nas frestas, nos lócus fraturados¹, no conceito de María Lugones (2014), nos sistema estratificados, eram (são) vistos como ameaças ao equilíbrio social e ainda resalta que a exclusão de pessoas negras foi o comum na maior parte da história americana (BOLDRINI, 2021).

Casta e raça, afirma a autora, não são excludentes, uma reforça a outra. “A raça [...] é o agente visível da força invisível da casta” (BOLDRINI, 2021, p. 30), que é a poderosa

¹ Nesse lócus acontecem, se concretizam, as dinâmicas de hibridização entre as culturas dominantes e dominadas, como descrito por Bhabha, e as frestas ou fraturas, como nomeia Lugones, onde surgem e se manifestam as resistências ao poder dominador, na relação oprimir - resistir.

infraestrutura que mantém cada grupo social no seu devido lugar. Uma hierarquia rígida que não tem a ver com moral ou sentimentos, mas com poder (WILKERSON, 2021).

Du Bois, intelectual e ativista afro-americano, em diálogo com Ambedkar, o líder mais destacado dos intocáveis na Índia, em 1946, reconheceu as similaridades, os destinos comuns dos negros em seus países, e se solidarizou com os intocáveis indianos (WILKERSON, 2021).

As pessoas negras americanas foram “intocáveis”, sem direito a votar e participar como cidadãos da vida do país, assim como os *Dalits* indianos, a castas do “povo alquebrado”, como nomeado por Ambedkar. Comparando os sistemas americano, indiano e da Alemanha nazista, Wilkerson encontrou várias interseções nos oito pilares que lista para o sistema de castas, sendo o mais entranhado nessas sociedades o de “pureza”, que descreve como a casta dominante evita se contaminar até fisicamente, a qualquer custo, com pessoas das castas inferiores.

Referindo-se ao Brasil, Wilkerson cita as hierarquias embutidas, outra face do sistema de castas, admitidas ou não, como fatores que levam certos grupos a sentirem menos responsabilidade pela vida de outras pessoas, vidas que valem menos, que podem morrer ou serem mortas (BOLDRINI, 2021).

As ideias de Wilkerson estão em consonância com as desenvolvidas por Butler e Veena Das, autoras escolhidas para dialogar nesse texto, juntamente com Sevalho e Dias, pesquisadores da Fiocruz, e Grosfoguel, autor porto-riquenho decolonial, reconhecendo que muitos outros autores poderiam participar dessa conversa.

Judith Butler reflete e questiona em sua obra sobre o porquê de algumas vidas serem reconhecidas como vidas enquanto outras não o são, e, portanto, podem ser excluídas ou mortas. Algumas vidas, segundo ela, são passíveis de serem enlutadas, gerando assim uma proteção prévia para que não sofram ou morram, enquanto outras geram indiferença ou, no mínimo, uma ausência de comoção com seu desaparecimento. Alguns corpos são considerados menos humanos e assim passíveis de sofrer violência, questão que tem afinidade com o racismo e sua noção cultural do que seja viável como humano, representada de maneira dramática e aterradora no mundo atual. “Algumas concepções normativas humanas produzem, por um processo excludente, vidas não vivíveis, onde o legal e o político são suspensos” (BUTLER, 2019b, p. 13).

Sevalho e Dias (2020) convocam Fanon, em seu ensaio, para analisar situações de opressão e violência nas grandes cidades, incluindo o Rio e suas favelas. Fanon, psiquiatra martinicano, cujo pensamento crítico sobre dominação colonial e racismo ocupa posição

relevante nas teorias pós-coloniais, descoloniais e decoloniais, oferece importante contribuição para a Saúde Coletiva.

Segundo os autores, a descrição de Fanon da “cidade do colonizado” se ajusta dramaticamente aos cenários de “cidades do indígena” e “cidade do negro”, onde se encontram homens de má fama, que não se sabe como nascem e do que morrem, e isto não importa. Cidades onde vivem uns sobre os outros, em casas umas sobre as outras (SEVALHO; DIAS, 2020).

A partir de uma correlação entre o pensamento de Fanon e a opressão nas comunidades urbanas, Sevalho e Dias ressaltam a percepção de como acontece a culpabilização do jovem negro e a naturalização da violência, documentada e fomentada em matérias da grande mídia. No ensaio encontramos referências da aproximação entre Fanon e Paulo Freire, ambos reconhecidos pela norte-americana Catherine Walsh como autores que têm na esperança uma necessidade ontológica para o enfrentamento da desumanização provocada pela opressão colonial (SEVALHO; DIAS, 2020).

A desumanização é citada por Paulo Freire (1987, p. 42-43) como uma das características do ser menos, sentida e vivida por pessoas nas favelas e periferias, como pessoas que querem ser mas não podem, nas zonas do não ser de Fanon, zonas selvagens de Boaventura Santos. Além da desumanização, escreve Freire (1987), temos a imobilidade, a falta de perspectiva de mudança e futuro, a percepção mágica ou ingênua da realidade, uma postura fatalista, com alienação das decisões para terceiros.

Grosfoguel (2011), em seu texto sobre a descolonização do conhecimento, relaciona teorias de Fanon com Boaventura Santos, cientista social e epistemólogo português, muito próximo do Brasil. O autor descreve o pensamento antirracista de Fanon como uma hierarquia global, de superioridade e inferioridade, traçada por uma linha do humano, politicamente produzida e reproduzida por séculos, pelo sistema que ele caracteriza como imperialista, ocidentocêntrico, capitalista, patriarcal, moderno, colonial. Acima da linha estão os humanos reconhecidos como tal, com direitos, humanos/de cidadania/civis/laborais, e acesso à subjetividade, a zona do ser. Abaixo estão os não-humanos, os que têm sua humanidade questionada e negada, a zona do não ser.

A zona do não ser não é um lugar geográfico específico, mas sim um posicionamento de relações raciais de poder, que ocorre em escala global entre centros e periferias, em variadas escalas e dimensões, até dentro da própria periferia, contra grupos racialmente inferiorizados (GROSFOGUEL, 2011).

A linha de Boaventura Santos é chamada de abissal e separa zonas civilizadas (zonas do ser, de ser mais) e zonas selvagens (zonas do não-ser, de ser menos). Acima dela existem códigos de amplos direitos, relações de civilidade, espaços de negociações e ações políticas, com reconhecimento do outro oprimido, gestão de conflitos com mecanismos de regulação e emancipação. Do outro lado da linha abissal estão as populações consideradas abaixo do humano, onde os conflitos são administrados por meio da violência e da apropriação escancarada. Não há normas de direitos e civilidade, são permitidas violências, violações, apropriações inaceitáveis do lado da zona do ser – há uma guerra perpétua com momentos excepcionais de paz (SANTOS; MENESES, 2010). Nas palavras de Santos e Meneses:

O pensamento abissal moderno, que, deste lado da linha, tem vindo a ser chamado para regular as relações entre cidadãos e entre estes e o Estado, é agora chamado, nos domínios sociais sujeitos uma maior pressão por parte da lógica da apropriação/violência, a lidar com os cidadãos como se fossem não-cidadãos, e com não-cidadãos como se se tratasse de perigosos selvagens coloniais. Como o fascismo social coexiste com a democracia liberal, o Estado de exceção coexiste com a normalidade constitucional, a sociedade civil coexiste com o estado de natureza, o governo indireto coexiste com o primado do direito. (SANTOS; MENESES, 2010, p. 44)

As reflexões acima apresentam afinidades com o trabalho de Das e Poole (2008), antropólogas da Johns Hopkins University, sobre etnografia das margens, desenvolvido mais adiante, assim como o pensamento sobre vulnerabilidade, um termo com amplo uso atualmente.

Margem, conceito escolhido para ser mais aprofundado nesse trabalho, não é original nem único, trazendo e provocando ecos e mostrando estar acompanhado de ideias similares de muitos autores, com suas especificidades e adequações ao seu campo de estudo, aos seus contextos históricos, políticos, econômicos e culturais.

A noção de margens, elaborada por Das e Poole (2008) a partir de pesquisas nas periferias de Nova Déli, Índia, e no Peru, contribuem significativamente para a compreensão da vida nos territórios onde vivem e trabalham os ACS.

Em 2004, Veena Das e Deborah Poole realizaram um seminário nos EUA durante o qual solicitaram a colegas de todo mundo que refletissem acerca do que se constituiria uma etnografia do Estado incrustada em práticas, lugares e linguagens consideradas como às margens do Estado-Nação. O livro publicado com os resultados dessa pesquisa poderia certamente ter incluído o Brasil, como incluiu os países latino-americanos Colômbia, Peru e Guatemala. A abordagem teórica e de práticas sobre a movimentada relação do Estado e suas

margens é mais uma interceção fecunda da obra de Veena Das com a pesquisa dessa dissertação.

Uma questão inicial provocativa elaborada por Das e Poole, dentro de uma perspectiva excepcional das margens para se compreender o Estado, infere que essas margens territoriais e sociais não são lugares de desordem e desgoverno, mas sim implicações necessárias do Estado – margens e Estado estão entrelaçados, em retroalimentação. “O estado está ali o tempo todo, de muitas formas, em relações negociadas o tempo inteiro” (PARREIRAS, 2018, *online*).

É um convite para repensar os limites entre centro e periferia, público e privado, legal e ilegal, em como as práticas e as políticas de vida nessas áreas formatam o que se pode chamar de Estado, suas atuações reguladoras e disciplinadoras, por meio de um conhecimento que privilegia a *experiência* (DAS; POOLE, 2008). As autoras invertem o jogo: querem entender o Estado a partir das margens, e não a partir de ideias pré-concebidas do centro sobre as periferias, e como ele se manifesta no cotidiano, no ordinário das experiências, não pelas políticas públicas em si.

Em seu curso sobre o pensamento de Veena Das, Parreiras contrasta a ideia de que o Estado está ausente nas favelas e periferias. “Está ausente?”, pergunta e responde imediatamente que não, “o estado está o tempo todo lá, mesmo que pareça invisível”. A presença do Estado se faz sentir, por exemplo, pela repressão policial e pela saúde, pelos ACS que estão no território. Entretanto, qual noção de Estado têm os moradores da periferia? Como vivenciam o Estado no micro, no cotidiano? Nomeiam o Estado? Percebem o Estado? As políticas públicas de saúde, também funcionam como presentes/ausentes nas margens, salvam, mas também matam pela falta de recursos (PARREIRAS, 2018, *online*).

Com territórios dominados pelo tráfico e milícia, poderes paralelos no Rio de Janeiro, os executores de políticas públicas nesses locais precisam negociar com os criminosos para trabalhar, com excessão da polícia que entra violentamente a qualquer momento e também está nos territórios com as Unidades de Polícia Pacificadora (UPP). São representantes do Estado que ou estão submissos ao comando criminoso ou o confrontam com violência. Em ambos os casos a população é refém e está em risco. Todos os dias o funcionamento dos equipamentos de saúde, o acesso dos trabalhadores a eles e ao território é garantido ou não pelos “donos do pedaço”. E as regras e condições de seu trabalho são delimitadas do mesmo modo, às vezes também pelo poder da igreja local.

A relação contraditória entre violência e as funções de ordem do Estado é chave, segundo Das e Poole (2008), para se entender os problemas das margens, a reivindicação do

Estado do monopólio de uso da força física para impor a ordem, a “paz”. Essa visão da vida política imagina o Estado como um projeto político sempre incompleto, sempre se ajustando, ajustando suas regras e limites, para combater a selvageria, a anarquia e a barbárie que o ameaça.

Reunidos os trabalhos dos vários antropólogos que responderam à solicitação de Das e Poole no seminário, as diferentes ideias sobre margens as conduziram a formular três conceitos: margens como periferias, margens como questões de legibilidade e ilegibilidade e margens como espaços entre corpos, a lei e a disciplina. Esses conceitos, defendem as autoras, mostram modos distintos de ocupação de margens mais amplos do que vistos apenas através de histórias de exclusão (DAS; POOLE, 2008).

As margens como periferia são percebidas como locais que naturalmente contém pessoas consideradas insuficientemente socializadas na lei, as tais selvagens, bárbaras, anárquicas. Os antropólogos aqui se interessaram em entender quais são as tecnologias de poder específicas através das quais o estado “administra” e/ou “pacifica” as populações, empregando tanto força quanto uma pedagogia de transformar pessoas ingovernáveis em sujeitos da lei, e dóceis ao estado.

As questões de legibilidade e ilegibilidade nas margens se dedicam a entender as práticas escritas do Estado, como as exigências e usos de documentos e estatísticas consolidam o controle do Estado sobre os sujeitos (que só são considerados como tal devidamente documentados e contados), populações, territórios e vida, sua legibilidade. Entretanto, há pesquisas que se apoiam na ideia de que o estado simultaneamente desenvolve formas e práticas que demonstram sua ilegibilidade com palavras, ações e documentos. Relacionando aqui com a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) atualmente em curso no Senado Federal brasileiro, fica didático entender como depoimentos e documentos recolhidos vão sendo utilizados para analisar a legibilidade e ilegibilidade da atuação do Estado e do governo, no caso sobre atuação na pandemia, seu controle sobre vida e morte, principalmente pelas tecnologias de poder da saúde.

Uma das faces do sofrimento social, tema deste trabalho, se refere às políticas públicas, abordadas anteriormente, que mesmo quando delineadas com o intuito de reduzir o sofrimento de pessoas e grupos historicamente desfavorecidos, podem intensificá-lo, através de efeitos intencionais ou não intencionais. Um exemplo disso é a teia burocrática característica dos órgãos públicos, que pode ser percebida nos processos intrincados de licitação que, por exemplo, atrasam a liberação de recursos para amenizar problemas imediatos de populações desfavorecidas ou atingidas por algum infortúnio. Burocracia que

também dificulta o acesso das populações mais vulneráveis à defesa de seus direitos, à justiça.

A teia burocrática e sua companheira corrupção constitui um dos fundamentais aspectos da legibilidade e ilegibilidade do estado. Seu uso, abuso e controle, permitiu ao governo atual negar e depois protelar a compra e disponibilização de vacinas contra COVID-19 no Brasil, uma das causas mais evidentes da morte de mais de 500 mil brasileiros, até este momento.

Analisar as margens como espaços entre corpos, a lei e a disciplina, parte da consideração de que o poder soberano que o Estado exerce não afeta somente territórios como os corpos também. Muitos antropólogos, ressaltam Das e Poole, empregaram a ideia de biopoder/biopolítica, baseada em Foucault, observando nas margens como a disciplina coloniza a lei e produz categorias patologizantes, por meio de táticas parasitas da lei (DAS; POOLE, 2008).

A formulação de três perguntas no texto promoveram um diálogo de Das e Poole (2008) com autores como Walter Benjamin, Carl Schmitt e Agamben: Como a lógica da exceção funciona em relação às margens? Como se reivindica a cidadania econômica e política? Como entendemos o funcionamento do estado biopolítico a partir da perspectiva de regiões cujas experiências não têm alimentado esse conjunto de problemas conceituais? Além destas, outra pergunta é colocada pelas autoras em seu texto sobre o direito, as margens e a exceção: como são os contextos nos quais a guerra e outras formas de violência coletiva são experimentadas como estados de crise ou de exceção?

A violência coletiva nas margens é vivida como rotina, mesmo compreendida como exceção, pois não deveria fazer parte da vida cotidiana. Uma das percepções afinadas com o que trazem Das e Poole é a manutenção de um estado em suspensão (onde o legal e o político são suspensos, como na citação anterior de Butler), um medo e apreensão constantes, causados por rumores², na concepção de Veena Das, pela certeza indefinida no tempo de quando serão deflagrados um novo tiroteio, novos controles disciplinadores e restritivos do comportamento no território, determinados pelos donos do local, uma outra conflagração generalizada ou as brutais entradas da polícia.

² Rumor, para Das (2020a, p. 164), trata-se de voz sem fonte reconhecível, sem assinatura, geradora de uma vulnerabilidade na confiança na normalidade das palavras e que leva a formas de ação sem controle, podendo desempenhar uma função crítica ou criar condições letais para a circulação do ódio. É concebido para se espalhar, em linguagem contagiante, como podemos observar hoje no uso de *fake news* nas mídias sociais.

Apesar de se beneficiarem das discussões advindas das questões acima, as autoras esclarecem que seu conceito de margem vai além do sentido de exceção, do que pode ser contido em espaços ou períodos particulares, em formas opostas à atuação “normal” do estado, vai além do entendimento de que o estado de exceção ampara uma teoria de soberania que está tanto dentro como fora da lei (DAS; POOLE, 2008).

Da discussão com o pensamento de Agamben, que resgatou a figura do *Homo Sacer*, da lei arcaica romana, e sua encarnação como “vida nua”, a que pode ser tirada por qualquer um, sem mediação da lei e sem incorrer em homicídio, Das e Poole (2008) emprestam a implicação de que há certos corpos “assassináveis”, porque considerados fora do alcance da lei. Aqui encontramos paralelo com o pensamento de Butler (2019b), de corpos menos humanos e, portanto, passíveis de sofrer violência, habitantes da zona do não ser de Fanon, da zona selvagem de Boaventura (SEVALHO; DIAS, 2020), zona do ser menos de Freire (1987), referidas anteriormente.

Diferentemente do estado de exceção, Das e Poole (2008) esclarecem que sua busca das margens se apoia sobre as práticas que parecem relativas a uma contínua redefinição da lei, através de formas de violência e autoridade, que podem se apresentar extrajudicialmente, fora do estado, um poder encarnado, por exemplo, na figura de policiais ou do patrão. Estes representam figuras de autoridade local, que se movem entre a apelação ao cumprimento das leis e as práticas ilegais, entre formas de poder privado personalizado e a autoridade legal impessoal e neutra do Estado. São figuras como o gamonal peruano, os paramilitares colombianos, as milícias cariocas, as forças de segurança do Rio de Janeiro.

No Rio de Janeiro, principalmente em suas favelas e periferias, acontecem frequentemente cenas que mostram a terrível situação paradoxal que sofre a população nessas margens tumultuadas, nessas zonas de não ser. Os parentes e vizinhos de corpos assassinados, e são milhares por ano, sejam pelas forças de segurança, na zona borrada entre o legal e o ilegal, sejam pelos traficantes ou milicianos, se manifestam com dor e revolta com pedidos de justiça. A quem pedem justiça, quando sabemos pelas estatísticas levantadas por grupos de defesa de direitos humanos, por exemplo, que 95% desses crimes não são solucionados? A justiça que esperam é a mesma que legitima as violentas incursões policiais nos territórios.

Outra situação paradoxal relacionada à essa violência diz respeito ao fato de que policiais, que entram com licença para matar nesses locais, são oriundos e moradores das mesmas margens, e aterrorizam a população tanto quanto criminosos, ou mais. Há muitas análises e pesquisas sobre a situação dos policiais, porém o tema não cabe no escopo desse

trabalho. No entanto, cabe a referência de que essa análise é complementar ao que está sendo tratado aqui.

Dimensões essenciais nessas reflexões sobre margens abordam a relação entre seu movimento cotidiano constante, no interior e fora do estado, e a promoção de estratégias criativas de resistência e sobrevivência (DAS; POOLE, 2008), sem absolutamente romantizar ou menosprezar as poderosas forças opressoras que ali se impõem. O que se quer chamar atenção é que há luta e não simples passividade.

Referindo-se ao autor Talal Asad, Das e Poole (2008) descrevem uma concepção de estado cujo poder é delegado pela população, e não independente dela, e que por estar alienado dos sujeitos pode pensar sobre si mesmo como margem do corpo dos cidadãos, deslocando as concepções de soberania e suas posições entre centro e periferia.

Muitos aspectos descritos nesse capítulo apresentam elementos relacionados ao sofrimento social, apresentado e discutido em capítulo específico.

2.4 A INTERSECÇÃO DA EXPERIÊNCIA COM O COTIDIANO

Todo dia ela faz tudo sempre igual. [...]

Todo dia eu só penso em poder parar

Meio-dia eu só penso em dizer não

Depois penso na vida pra levar

E me calo com a boca de feijão

(COTIDIANO, 1971)

A proposta do texto aqui apresentado é subsidiar teoricamente o conceito de experiência, incontornável quando se quer falar sobre cotidiano, sendo este um conceito-guia deste trabalho. Experiência tem todas as características desafiadoras para uma conceituação, enfrentada por grandes pensadores e continuamente em discussão. A intenção aqui é delinear minimamente o tema, sem a pretensão de aprofundar ou expandir essa discussão.

A experiência é uma trama de discursos e práticas que nos formam e não é geral, mas situada cultural e historicamente, e é essa trama que constitui nossa experiência possível a cada momento em cada lugar. Assim Barros, Freitas e Chambela (2019) descrevem como Foucault analisa o sentido de experiência, em sua busca de compreender como os sujeitos se tornam sujeitos, considerando três modos de transformação: o saber, o poder e a subjetividade, sendo através desta última sua análise do conceito de experiência.

López (2011) realiza leitura semelhante quando afirma que o conceito de experiência é apresentado em Foucault como uma constelação composta de três domínios, vinculados entre si: os jogos da verdade, as relações de poder e as formas de subjetividade. Para este autor, toda a obra de Foucault está perpassada por uma tensão entre estabelecer os limites da experiência histórica e a experiência do próprio limite, colocando em relação a experiência em si e as formas de subjetividade com as quais se integra.

A análise do conceito de experiência em Foucault e Thompson está no foco do trabalho de Nicolazzi (2004), a partir de como eles pensam a construção do sujeito histórico dentro de uma narrativa histórica, um campo de ação particular, caracterizado pela temporalidade. Segundo este autor, Foucault apresenta diversos significados para a palavra experiência ao longo de sua obra, correlacionando cada vez mais, em seus momentos finais, os conceitos de experiência e subjetividade. Essa correlação intui “uma atitude histórico-crítica a partir da qual serão constituídos os sujeitos históricos segundo processos definidos historicamente” (NICOLAZZI, 2004, p. 104).

Thompson, por sua vez, em seu livro *A formação da classe operária inglesa*, de 1987, trata do processo histórico como um espaço de ação no qual se constitui o sujeito da experiência. Thompson considera o âmbito da cultura como lugar primeiro da experiência, sendo este o mediador entre o ser social e a consciência social (NICOLAZZI, 2004). O historiador desenvolve aspectos importantes para pensar a experiência e a formação humana, numa dialética entre realidade e pensamento, compreendendo, por exemplo, que classe e consciência de classe vão se formando juntas na experiência.

o autor explora as experiências das quais surgiu a expressão cultural e política da consciência da classe operária. Sua análise considera o modo de vida característico dos trabalhadores, que está associado com um modo de produção, e os valores partilhados pelos que viveram durante a Revolução Industrial. É um estudo das experiências cotidianas, da qualidade de vida, dos valores com desejo de racionalização global. (THOMPSON, 1987, p. 10 apud NICOLAZZI, 2004, p. 112)

Walter Benjamin é outro importante pensador que se debruçou sobre o tema, desenvolvendo uma teoria da experiência em diálogo com a teoria do conhecimento, principalmente em Kant, e com problemas de ética e verdade. Benjamin realizou um estudo progressivo, ao longo de sua obra, do conceito de experiência (*erfahrung*) ao de vivência (*erlebnis*). Num primeiro momento considerou experiência como um conhecimento tradicional passado geracionalmente, e em um segundo momento, como vivência, considerou experiência como uma sensibilidade (LIMA; BAPTISTA, 2013).

Benjamin tratou da questão da experiência em cinco ensaios. Nos quatro primeiros trabalhou com o termo experiência (*erfahrung*). No último ensaio, sobre a obra de Baudelaire, um poeta que em sua avaliação enfrentou o desafio de localizar a materialidade da experiência na modernidade, passa então a usar o termo vivência (*erlebnis*), atribuindo outras características ao conceito (LIMA; BAPTISTA, 2013).

Veena Das (2020a, p. 4) tem uma interessante abordagem sobre conceitos: “Eu dou muitos pequenos passos para erguer um edifício de conceitos e descrições”, afirma ela no prefácio, e não é uma subida em linha reta, já que seus pensamentos, ela conta, andam como caranguejos – para frente e para os lados, sem correr para a linha de chegada. Muitas vezes, ela prossegue conversando, deixa os pensamentos inacabados por ser incapaz de forçar conclusões.

Das (2020a) avisa que os conceitos que lhe são úteis emergem do engajamento na vida cotidiana: são humildes, diários, não magistrais, principalmente quando estão acrescidos dos nomes de Wittgenstein e Cavell, seus filósofos mais companheiros. A autora cita muitas noções, das quais se apropria, do léxico de Wittgenstein, como formas de vida, gramática filosófica, dor, dúvida, ceticismo, conceitos, ordinário, cotidiano, humano, entre muitas outras. Não parece se preocupar em criar seus próprios conceitos, se pode, de seu modo particular, seguir junto com as descrições já bem elaboradas de outros autores com os quais se identifica. Contudo, conceitos brotam de seu pensamento, fluindo de tal forma em seu texto que podem parecer casuais, poéticos ou simples palavras.

O importante, diz a antropóloga, é encontrar o jeito de iluminar e fazer inteligível o escorregadio ordinário. A textura do ordinário precisa de atenção aos detalhes, afirma Das (2020a).

Um dos conceitos fundamentais que guia a autora em sua etnografia é o de experiência de Wittgenstein. O termo experiência, dentro de diversos marcos filosóficos, assume conotações que vão desde a mera percepção sensorial até a vivência, o modo subjetivo de se engajar com uma realidade. Um sentido básico seria a captação articulada entre realidades e possibilidades, reflete Porta (2002), sendo a noção de experiência um jogo dinâmico entre certezas (vitais) e tentativas de conhecimento (racional). Em Wittgenstein, a experiência vai para além da percepção porque abarca uma parte de conscientização, mas não compartilha da subjetividade que caracteriza a vivência (PORTA, 2002).

Wittgenstein estabelece uma diferença na linguagem entre o espaço da experiência imediata e o espaço da linguagem física (PORTA, 2002). O primeiro se caracteriza por ser conclusivo na linguagem, uma articulação da experiência imediata (tenho dor, por exemplo)

que se verifica simplesmente por ter a experiência respectiva (a dor), é a experiência em si. A experiência imediata pode ser entendida tanto no âmbito das sensações como no âmbito dos sentimentos, ou na interseção de ambos, uma ponte entre a percepção e o psicológico.

A linguagem física se constitui de hipóteses, é mediada por referências, padrões-medida que não dão exatidão, mas aproximação através de comparação. Ambas as linguagens constituem uma só linguagem do ordinário, a única que temos disponível e cujos diversos registros empregamos em todos os âmbitos de nossa vida (PORTA, 2002).

A experiência imediata é particular do indivíduo que a vivencia e narra, não cabendo ser contraditada por outras pessoas, por isso é conclusiva na linguagem. A linguagem física é uma aproximação racional da experiência do outro, mediada por referências hipotéticas e impossível de ser genuinamente apreendida ou sentida.

Veena Das chama atenção sobre os cuidados no uso de conceitos e categorias, no sentido de não serem palavras mágicas, facilmente encaixáveis umas nas outras e na realidade. A experiência para ela, por exemplo, não é transparente, simples, mas sim algo opaco e difícil de ser apreendido. A ideia da experiência não é autoevidente – requer que seja captada no turbilhão da realidade, não só no trabalho de campo como também no processo de descrição. Experiência, para Das, abre o campo, amplia, e sendo uma categoria nebulosa implica em esforço para compreensão de práticas e processos (PARREIRAS, 2018).

Cavell (2007, p. 18) descreve como um achado de Veena Das o reconhecimento de que:

[...] em relação aos resultados da violência, o papel das mulheres é cuidar, em um mundo despedaçado, dos detalhes da vida cotidiana que permitem a um lar funcionar, reunir suprimentos, cozinhar, lavar e arrumar, cuidar das crianças [...] que permitem à vida refazer-se, como tecido. (CAVELL, 2007, p. 18)

À pergunta sobre de onde as pessoas tiram energia, em meio a aflição, para tornar a vida vivível, Das afirma que as respostas estão nas experiências da vida cotidiana dessas pessoas. “O que é recolher os pedaços e viver nesse lugar de devastação?” (DAS, 2020a, p. 27), como os sobreviventes reconstroem suas vidas, recolhendo cacos e descobrindo como e para onde seguir, no mesmo espaço de algo que se acabou.

Assim, coloca em uso dois conceitos muito caros em sua obra: experiência e cotidiano. Como preâmbulo, já avisa sobre a dificuldade de falar de assuntos que apresentam um ar de obviedade como a noção de cotidiano, e elege questões de escala e complexidade,

desenvolvidos pela colega Marilyn Strarthen, como elementos para enfrentar essa dificuldade. Escala e complexidade completam seu sentido colocados em perspectiva, e, assim, Das vai do micro ao macro, e vice-versa, do cotidiano de pessoas a organização do Estado e das violências cometidas pelo Estado ao seu impacto no dia a dia de pequenos grupos e pessoas.

Veena Das explicita sua prática antropológica sobre sofrimento social deixando clara sua intenção de descrever as respostas das vidas ordinárias aos perigos que seres humanos representam uns para os outros, não pela forma de ascensão ao transcendente, mas de descida à vida cotidiana. Penso, ela diz, na delicada tarefa de reparar a teia de aranha rompida, inspirada por Wittgenstein, como minha metáfora para o compromisso com o sofrimento e a cura que a vida ordinária revela (DAS, 2020a, p. 39).

Em diálogo com as “formas de vida” em Wittgenstein e com Cavell, ainda sobre os perigos (e proteção) que seres humanos representam uns para os outros, Das reflete não apenas sobre o que são consideradas diferenças de formas, mas sobre o que constitui a vida em si. “A zona cinzenta entre o que é humano e não humano transforma-se na zona cinzenta entre o que é vida e o que não é vida” (DAS, 2020a, p. 41). Veena busca companhia de Agamben, Foucault e Cavell na discussão desse tema. Cavell ilumina para a autora como os referidos perigos estão costurados à vida cotidiana, quando se impede o reconhecimento do outro ao ponto de achar que não faz parte da própria vida, ou como a absorção do trauma da violência coletiva na vida cotidiana cria fronteiras entre nações, etnias e grupos religiosos (DAS, 2020b).

Outro conceito caro a Veena Das refere-se a importância do “trabalho do tempo” na descrição dos processos do cotidiano, a agência do tempo, não sua imagem ou representação. “Que trabalho o tempo faz na criação do sujeito?” ela pergunta (DAS, 2020b, p. 135). Na longa e intensa etnografia que realizou, acompanhando o cotidiano de duas personagens ligadas a grandes eventos extraordinários, Asha com a Partição (divisão da Índia para formação do Paquistão em 1947) e Manjit com os *riots* de 1984 (tumultos pós assassinato de Indira Ghandi), o tempo foi um “agente” que trabalhou nas relações, “permitindo que fossem reinterpretadas, reescritas e, às vezes, sobrescritas, assim como diferentes atores sociais lutam para construir histórias em que coletividades são criadas ou recriadas” (DAS, 2020b, p. 126).

Veena Das afirma que é o cotidiano que mostra o que é preciso negociar e respeitar para implementar políticas públicas e a contribuição que as experiências etnográficas podem fazer para fora das universidades. A pesquisa do ordinário não está nas estatísticas e pode

apontar saídas para as políticas públicas, que muitas vezes são formuladas a partir de grandes questões, como a “escalada da violência”, sem considerar o que constitui essa violência no cotidiano, a alimentação recíproca entre micro e macro. Das usa imagens de turbilhão, de redemoinho, para falar da complexidade do cotidiano, de como a violência se mistura e é capturada por outros elementos no dia a dia (PARREIRAS, 2018).

Das (2020b) escreve na introdução de seu novo livro *Textures of the ordinary* (*Texturas do Ordinário*, em tradução livre):

De alguma forma o tecer do trauma do extraordinário com o ordinário, os atos do cotidiano, nos alertam para os eventos que correm com o redemoinho das emoções do luto e de sentimentos de dormência, os quais fazem parte do trauma, mas também são uma convocação ao futuro que virá. (DAS, 2020b, p. 22, tradução nossa)

O livro, uma coletânea de ensaios, de “folhas da memória”, é um aprofundamento da discussão da relação entre o que é evento ordinário e o que é evento extraordinário, como elementos essenciais no pensamento da vida cotidiana. Para Veena Das, ordinário e cotidiano são conceitos parentes, forçados em seus limites (DAS, 2020b).

A investigação do ordinário revela várias facetas do cotidiano – questões sobre política, ética, parentesco, amizade, trabalho, paisagem que surge, referência a felicidade, tristeza, raiva, violência, morte. Um aprendizado com a profunda imersão na vida das pessoas e famílias, conseguindo se colocar nas proximidades do fluxo cotidiano das conversas, atenta às palavras, ao que querem dizer, participando dos acontecimentos, seguindo microhistórias e microgeografias, formas cotidianas de revelações e ocultações. Todos os caminhos do conhecer estão trançados uns com os outros na busca de compreensão das texturas do ordinário (DAS, 2020b).

Milton Santos também discute o cotidiano. O conceito de espaço, para o geógrafo, deve ser analisado em três escalas de totalidade: o mundo, a formação socio-espacial e o cotidiano, sendo este onde ocorre a dialética entre as verticalidades – relações verticais, de hierarquia, externas ao lugar, geralmente novas ao lugar e demandadas pelo mercado ou pelo Estado, e as horizontalidades – relações horizontais, de vizinhança e proximidade, internas ao lugar, geralmente antigas e demandadas pelo Estado e pelas pessoas que vivem no lugar. Na dimensão do cotidiano também ocorrem racionalidades e contrarracionalidades, solidariedade organizacional e solidariedade orgânica, na totalidade do lugar, onde está a força para enfrentar a globalização como fábula e como perversidade, produzida pelas redes, e construir uma globalização como possibilidade. O lugar, assim como o território, é

simultaneamente uma materialidade e uma imaterialidade, é vivido e percebido, é a dimensão espacial do cotidiano, é a escala da totalidade do cotidiano. O lugar é o cotidiano de cada indivíduo, de cada grupo social, de cada agente do espaço (QUEIROZ, 2014).

Seabra (2004) apresenta uma discussão sobre cotidiano e modo de vida com base no conceito de vida cotidiana, no caso, cotidiano urbano, um conceito que corresponde a uma articulação que totaliza tempo e espaço na modernidade, distinguindo o particular e o geral, o singular e o universal, o abstrato e o corpóreo.

A vida cotidiana como conceito refere-se aos conteúdos da vida na modernidade, os quais seguem sendo transformados pelas tecnologias do cotidiano e por elas modulados, caracterizando uma maneira de viver ou um modo de vida regido pela lógica da mercadoria. [...] A vida cotidiana tende a erigir-se em sistema sobre os desencontros dos modos de vida com os meios de vida [suportes materiais da existência], face a uma equação de valores que totaliza o tempo como momentos: de trabalho, de lazer e da família. Na vida cotidiana, o viver corresponde à dimensão objetiva das práticas, enquanto o vivido, muito mais amplo, integra a subjetividade, sendo perpassado por retórica e por esteticismos. A relação entre esses dois níveis forma a vida cotidiana. Esta que, como conceito, permite discutir os diferentes níveis que encerram a problemática da reprodução social. (SEABRA, 2004, p. 190-191)

O conceito de interseccionalidade pode ser entendido como um fio que costura diferentes aspectos da experiência e do cotidiano, uma lente que une elementos que podem parecer dispersos, mas não só estão intimamente conectados, como atuam dialeticamente uns com os outros, se potencializando, e desenhando juntos um quadro de imagem mais nítida.

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária, entre outras, são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. (COLLINS; BILGE, 2021, p. 20)

No livro *Interseccionalidade*, Patricia Hill Collins e Sirma Bilge (2021) elaboram uma atualização do conceito que desenvolveram e trazem discussões sobre o tema. As autoras são duas das maiores referências na área: Collins, professora emérita do departamento de sociologia da Universidade de Maryland, foi a primeira negra a presidir a Associação Americana de Sociologia e trabalha com o tema desde a década de 90; Bilge é professora catedrática no departamento de sociologia da Universidade de Montreal e escreve no contexto acadêmico francófono da região situada no território protegido do povo

moicano, onde a competição entre as línguas inglesa e francesa ofuscam as lutas da luta indígena.

Collins e Bilge (2021) afirmam ter descoberto o quanto dialogar é uma tarefa árdua quando colocam em prática entre elas mesmas o que propõem no metalivro: se engajar dialogicamente, a partir de suas convergentes mas diferentes experiências, para escrever seu mergulho nas complexidades da interseccionalidade. A interseccionalidade demanda esse tipo de trabalho intelectual dialógico como ferramenta imprescindível nas lutas por justiça social. O processo, testemunharam, exigiu que se tornassem fluentes na linguagem da interseccionalidade uma da outra.

As autoras explicam ter sido impossível se aprofundar em muitas áreas, como a de saúde pública, onde julgam que análises a partir da integração entre diferentes estruturas interseccionais, com foco nas complexas desigualdades sociais, ajudariam a explicar a relação saúde-doença.

O foco deve ser no que a interseccionalidade faz e não no que ela é. Os casos apresentados no livro apresentam, por exemplo, o modo como as relações interseccionais de poder caracterizam o futebol internacional, o reconhecimento crescente da desigualdade social global, a ascensão do movimento das mulheres negras brasileiras em resposta a desafios específicos como racismo, sexismo e pobreza, e assim ilustram o uso da interseccionalidade como ferramenta analítica (COLLINS; BILGE, 2021).

Analisando a Copa do Mundo como exemplo, as autoras mostram como as relações interseccionais de poder sustentam as desigualdades sociais de raça, gênero, classe, idade, capacidade, sexualidade e nação. Elas definem quatro domínios de poder distintos e interconectados que caracterizam as práticas organizacionais: estrutural, cultural, disciplinar e interpessoal. O primeiro refere-se as estruturas fundamentais das instituições sociais tais como mercados de trabalho, moradia, educação e saúde, interseções de classe (capitalismo) e nação (política governamental), de gênero, entre outras.

O domínio cultural do poder realça a crescente importância das ideias, representações, imagens, da cultura na organização das relações de poder. Collins e Bilge (2021, p. 30-31) descrevem como divisões sociais de classe, gênero e raça, profundamente interconectadas no domínio estrutural do poder, fazem crer que há igualdade de condições de oportunidades nas instituições sociais, que a competição entre indivíduos ou grupos é justa, assim como o resultado de quem ganha e quem perde. Resultados desiguais são tratados e assimilados como normais.

O domínio disciplinar do poder refere-se à aplicação justa ou injusta de regras e regulamentos com base em raça, sexualidade, classe, gênero, idade, capacidade, nação e categorias semelhantes, mostrando como somos disciplinados para nos enquadrar e/ou desafiar o *status quo* por práticas disciplinares persistentes (COLLINS; BILGE, 2021, p. 33). Uma análise interseccional, por exemplo, sugere que a convergência de classe e gênero se traduz em desigualdade de salário e oportunidades na carreira do futebol profissional (COLLINS; BILGE, 2021, p. 35).

O domínio interpessoal do poder refere-se ao modo como os indivíduos vivenciam a convergência de poder estrutural, cultural e disciplinar. As interações sociais se organizam a partir da modelagem de identidades interseccionais de raça, classe gênero, sexualidade, nação e idade, propiciada por este poder. A interseccionalidade lança luz sobre aspectos da experiência individual que podem passar despercebidas (COLLINS; BILGE, 2021, p. 37).

Em seu texto sobre desigualdade, Collins e Bilge (2021, p. 43) afirmam que:

O uso da interseccionalidade como ferramenta analítica aponta para as várias dimensões importantes do crescimento da desigualdade global. Primeiro, a desigualdade social não se aplica igualmente a mulheres, crianças, pessoas de cor, pessoas com capacidades diferentes, pessoas trans, populações sem documento e grupos indígenas. [...] Alguns grupos são especialmente vulneráveis às mudanças na economia global, enquanto outros se beneficiam desproporcionalmente delas. Análises interseccionais mostram como a estrutura da disparidade de desigualdade é, simultaneamente, racializada e orientada por gênero para as mulheres de cor.

Além dessa primeira dimensão, as autoras demonstram como a análise interseccional dificulta explicações somente de classe para a desigualdade econômica global e como as políticas públicas diferenciais dos Estados-nação contribuem para reduzir ou agravar a crescente desigualdade global. As políticas públicas podem fortalecer as instituições democráticas, combatendo o desemprego, a pobreza, a discriminação racial e de gênero, a falta de moradia, analfabetismo, saúde precária e problemas sociais semelhantes que ameaçam o bem público (COLLINS; BILGE, 2021).

O capítulo sobre o movimento das mulheres negras no Brasil, toma como ponto de partida o Festival Latinidades, realizado anualmente em Brasília. Não é um festival comum, pois foi criado depois de décadas de lutas de ativismos de mulheres negras, sendo dedicado às questões e necessidades delas, como também de mulheres afro-latinas e afro-caribenhas. O uso que o festival faz da interseccionalidade como instrumento de análise ilustra a longa luta das afro-brasileiras no desafio ao racismo e sexismo, ao mito da democracia racial no país onde escravidão, colonialismo, ditadura e instituições democráticas moldaram padrões

distintos de relações interseccionais de raça, gênero e sexualidade (COLLINS; BILGE, 2021).

A interseccionalidade é ferramenta de análise de Roberta Gondim de Oliveira (2020), professora e pesquisadora da Fiocruz, em seu capítulo sobre Racismos e suas expressões na saúde, em livro com diversos autores em diálogo com o pensamento de Frantz Fanon. Oliveira se debruça sobre a relação individual e coletiva da saúde com as condições dinâmicas políticas, sociais, econômicas, territoriais e subjetivas do pensamento social latino-americano, historicamente referenciado em contexto, nos marcos da determinação social da saúde-doença, como preconizado por Breilh. “Entender a saúde como valor social tem me ajudado a questionar a invisibilização, vulnerabilização e a inviabilização de vidas humanas, especialmente as negras” (OLIVEIRA, 2020, p. 58).

A autora contextualiza o enquadre de seu texto esclarecendo o marco temporal de sua discussão – a incursão colonial europeia e as chaves analíticas que permitem traduzir ou expressar o racismo na saúde: a noção de racismo estrutural, o conceito de necropolítica e o conceito de epistemicídio.

Além de pensar sobre as dinâmicas raciais como essenciais para a determinação da saúde, a proposta é revisitar o conceito de determinação social da saúde a partir de uma leitura interseccional “que pressupõe um conjunto ampliado de processos e dinâmicas que se entrecruzam em chaves de classe, raça, sexo, origem, e produzem vidas vulnerabilizadas” (OLIVEIRA, 2020, p. 63). Ao responder a pergunta “Como o racismo se expressa na saúde?”, destaca como boa parte dos indicadores de saúde, por não terem o recorte raça/cor, invisibilizam o “racismo nosso de cada dia”, seu contexto histórico, social e político, impactando as condições de vida e saúde, especificamente aqui, da população negra, acompanhada de outros grupos racializados.

Inúmeros dados da saúde são apresentados sobre homicídios e suicídios, taxa de mortalidade, violência gineco-obstétrica, doenças infecciosas, cujos números demonstram maior incidência na população negra. Analisando a conjuntura da pandemia por COVID-19, a autora registra que tanto incidência como mortalidade, em consonância com a desigualdade sociorracial, têm maior incidência na população negra e indígena. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNAISPN) é apontada como uma das importantes bandeiras de luta da área da saúde dos movimentos negros, destacando o racismo na determinação da saúde e doença (OLIVEIRA, 2020).

No lançamento de seu livro em português, Collins fez referência a Interseccionalidade como uma metáfora que fala sobre um lugar de encontro, onde projetos

diversos podem se ouvir e por meio do engajamento dialógico intelectual e político fortalecem iniciativas de justiça social. Reafirma que aplicar lentes de raça, gênero, classe e sexualidade a atos de violência produz um retrato mais completo.

Collins relata um engajamento dialógico com intelectuais negras ativistas brasileiras para a escrita do capítulo sobre elas, traçando caminhos de compreensão do significado das conexões entre imagens de controle da sexualidade de mulheres negras com raça e racismo. Há uma ligação entre sexualidade e violência que persiste no presente, continuando a moldar comportamentos que afetam as mulheres negras tais como estupros e ataques sexuais, gestações não desejadas, serem relegadas a trabalho sexual (COLLINS, 2021). Impositivo acrescentar, na realidade brasileira intensificada pela pandemia, o feminicídio.

Judith Butler é um dos principais expoentes na discussão de gênero, categoria fundamental na base do conceito de interseccionalidade, tendo se popularizado no Brasil a partir da publicação em português de seu livro *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*, em 2003. Entender sexo/gênero/desejo como um sistema discursivo que opera a diferença sexual levou o pensamento de Butler a ser reconhecido como paradigma da crítica à heteronormatividade (RODRIGUES, 2015).

No Brasil, Vladimir Safatle é considerado o principal expoente na discussão com Butler, ressaltando a maneira particular como a filósofa discute problemas de gênero, conceito que ganhou relevância por permitir problematizar as relações entre sexo, identidade e política.

Divergindo da noção de sexualidade como um conceito crítico de Foucault, de quem é considerada uma seguidora, Safatle descreve como a ideia de Butler sobre gênero vem “carregada de uma teoria positiva da ação política, teoria que procura entender a maneira como sujeitos lidam com as normas, subvertem tais normas, encontram espaços de singularidade produzindo novas formas” (SAFATLE, 2015, p. 174). Pelas mãos de Butler, a teoria de gênero se debruçará sobre como algo da experiência no interior da experiência sexual não se submete integralmente às normas e identidades (SAFATLE, 2015, p. 174-175).

A abordagem das questões de gênero em Butler parte de problematizações sobre reconhecimento em Hegel, sua tese de doutorado, se apropria da teoria do poder de Foucault e avança em discussões inovadoras, através de uma “teoria performativa sexual”. Tal teoria, afirma Safatle (2015, p. 186), evoluiu de uma tomada de posição que procurou levar às últimas consequências a distinção entre “sexo” (configuração determinada biologicamente) e “gênero” (construção culturalmente determinada).

Foi tal compreensão (de sermos desfeitos pelo outro, abandonarmos o eu autossuficiente) que levou Butler a desenvolver sensibilidade às relações entre poder e visibilidade, ou seja, à maneira como o poder se impõe, criando múltiplas formas de zonas de invisibilidade nas quais os nomes que aí circulam são formas de exclusão e, principalmente, formas de desafeção, nomes que procuram impedir qualquer tipo de vínculo de identificação afetiva. Isto permite a Butler operar como quem diz: dos travestis e *queers* aos palestinos apátridas e aos prisioneiros de Guantânamo – um só problema. (SAFATLE, 2015, p. 196)

As mulheres são personagens prioritárias na etnografia de Das. As narrativas femininas permitem visibilizar as violências caladas através do silenciamento das vozes das mulheres. Seus testemunhos sobre as brutalidades sofridas também se manifestam através de seus corpos, “uma gramática violenta de gênero” (PEREIRA, 2010, p. 360). Veena Das, percebendo a expressão de sofrimento das mulheres em zonas de silêncios, compreende o uso de metáforas, figuras de linguagem, como “conhecimento venenoso”, para viabilizar as narrativas sobre violências brutais. O conhecimento venenoso, resultante do veneno que as mulheres ingerem e guardam dentro de si, vai guiando seu viver cotidiano, nas relações sociais e familiares, na ausência do uso direto de sua voz denunciante (PEREIRA, 2010).

O conhecimento venenoso, fruto do silêncio amargurado das violências sofridas, está no universo do que se pode compreender como sofrimento social.

As desigualdades, iniquidades, injustiças sociais, a falta de proteção social, onipresentes na realidade brasileira, o encontro da pandemia da COVID-19, um evento mega extraordinário, com o desmonte dos serviços públicos, do serviço público de saúde em particular, do SUS, constituem algumas das dimensões contextuais de um amplo e profundo cenário trágico no Brasil, possível gerador de sofrimento social em ampla escala.

O sofrimento social pode atingir a população, as equipes da APS e aos ACS de várias formas, entre elas as de políticas públicas com impactos negativos em suas vidas cotidianas, no fluir ordinário de seu trabalho.

2.5 SOFRIMENTO SOCIAL

A noção de sofrimento social parece ser pouco estudada e utilizada no Brasil, baseado no número relativamente reduzido de trabalhos acadêmicos específicos sobre esta categoria, em relação a categoria sofrimento psíquico, por exemplo. Na pesquisa bibliográfica realizada para essa pesquisa, são encontrados trabalhos que adotam as lentes do sofrimento social referenciados majoritariamente aos autores estrangeiros e observa-se a ausência de livros em

português.

O sofrimento social, associado a outros conceitos do campo da saúde coletiva e das ciências sociais, tem capacidade de lançar um amplo olhar sobre os efeitos das políticas de saúde pública nas experiências cotidianas de trabalho e de vida dos ACS, com potencial de colaborar para a compreensão de formas de resistência e transformação de suas realidades. Esse reconhecimento pode permitir ações preventivas, como defende Bouyer (2015, p. 109): “Aprender o sofrimento social no trabalho [...] permite antecipar-se às patologias do trabalho e adotar medidas preventivas, em saúde pública, que favoreçam a conservação da saúde física e principalmente mental”.

Ter como foco análises sobre sofrimento social é uma forma de cuidar da saúde coletiva, em especial a dos trabalhadores. A relação entre saúde mental e sofrimento social no trabalho parece ainda ser um problema de saúde pública pouco estudado.

A noção de sofrimento social tem recebido mais atenção nos últimos anos e tem sido utilizada em análises que buscam olhar para a profunda relação entre a experiência subjetiva de sofrimento e os processos históricos sociais mais amplos. Os estudos sobre sofrimento social penetram em vários campos científicos, incluindo o de políticas públicas e o de saúde, contexto desse trabalho. Uma de suas premissas relevantes considera que não há sofrimento/mal-estar que exista independente das dinâmicas sociais, dos interesses políticos-econômicos-culturais que geram, alimentam, controlam e utilizam o sofrimento social em suas múltiplas dimensões física, psicológica, moral e social (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011).

O sofrimento social resulta de uma violência cometida pela própria estrutura social e não por um indivíduo ou grupo que dela faz parte: o conceito refere-se aos efeitos nocivos das relações desiguais de poder que caracterizam a organização social. Diz respeito a uma série de problemas individuais cuja origem e consequência têm suas raízes nas fraturas devastadoras que as forças sociais podem exercer sobre a experiência humana. (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011, p. 467)

O sofrimento é social não apenas por ter raízes e acontecer em condições sociais específicas, mas por ser um processo social corporificado nos sujeitos históricos. A partir de Kleinman, um dos principais estudiosos e autor de livro sobre o tema, a antropóloga Ceres Victora discute três faces do sofrimento social: (1) as apropriações autorizadas ou contestadas do sofrimento coletivo; (2) a medicalização da vida e (3) o sofrimento na relação com as políticas públicas. A autora descortina um olhar para esse fenômeno voltado para os processos sociais, políticos, culturais e econômicos que, combinados, “engendram formas

corporificadas de sofrimento e para como essas formas [...] também contribuem para a especificidade da vida social” (VICTORA, 2011, p. 4).

Victora revela como no debate sobre o sofrimento deseja-se mostrar que diferentes tempos e sociedades produzem certos tipos de sofrimento corporificados nos sujeitos. A autora declara que para reconhecer um processo de sofrimento social é necessário enfrentar o desafio que a indissociabilidade das dimensões físicas, psicológicas, morais e sociais impõem sobre nossas formas usuais de conhecer e lidar com os fenômenos humanos (VICTORA, 2011), utilizando as lentes da interseccionalidade.

Werlang e Mendes (2013) descrevem o sofrimento social como aquele que “se instala/esconde nas zonas de precariedade, nas zonas sociais de fragilidade e cuja ação implica na perda dos objetos sociais: saúde, trabalho, desejos, sonhos, vínculos sociais, ou seja, o todo da vida composto pelo concreto e pelo subjetivo que permite viver” (p. 743). As autoras traçam um amplo panorama sobre o sofrimento de origem social, dialogando com autores presentes nesta dissertação, como Bourdieu, Castel, Dejours.

Bourdieu destaca o advento da “nova pobreza” no processo de reestruturação produtiva, onde há o recuo da “grande miséria” e o aumento das “pequenas misérias”. As pequenas misérias são um varejo constituído de violências da vida cotidiana, provocadas especialmente pelas estruturas econômicas e sociais; são as pequenas mortes cotidianas de Cavell, citadas adiante. Para Bourdieu o sofrimento vai ganhando a forma de estruturas sociais violentas, geradoras de múltiplas precariedades, gerando angústia, padecimento e consternação (WERLANG; MENDES, 2013).

Bourdieu, quando utiliza a categoria de sofrimento, entendida como sofrimento social, quer mostrar uma miséria escondida, a inadequação da linguagem do espaço público-político e explicitar as causas sociais dos complexos de culpabilização para desarmar as molas propulsoras e seus efeitos (REICH, 2019).

Estrutura social é também analisada por Castel, que elabora a imagem dos indivíduos que “flutuam” nessa estrutura, sem encontrar acolhimento, lugar de pertencimento. Castel busca compreender o sofrimento na relação íntima com os vínculos sociais, com a integração social, a partir de processos de dissociação, desfiliação, da anomia dos grupos sociais. O autor destaca como a falta do trabalho provoca isolamento, processos de exclusão e desfiliação, também descritos por outros autores sobre sofrimento social, como Emmanuel Renault em seu livro *Souffrance sociales* (WERLANG; MENDES, 2013).

Por fim, Werlang e Mendes (2013) concluem que, além da perda dos objetos sociais, o sofrimento social traz, para os indivíduos ou grupos, a própria perda ou o medo de ficar

sem trabalho, de não ser reconhecido, de se tornar inválido socialmente. Não há visão de futuro, projeto de vida, horizonte de bem-estar.

A experiência do sofrimento social, a dor de homens e mulheres inseridos no mundo social, é uma experiência limitadora da condição humana (WERLANG; MENDES, 2013). Essa experiência limitadora é vivenciada em múltiplas formas da vida cotidiana, calando vozes, abatendo ânimos, adoecendo, acinzentando a vida.

A voz no cotidiano. A voz do cotidiano. Voz muitas vezes calada pelo alvoroço do dia a dia, pelas necessidades de sobrevivência, invisível pela falta de escuta, reprimida na desigualdade de correlação de forças profissionais e políticas, na impotência, no desânimo, no sofrimento. As vozes dos profissionais de saúde, que possuem *expertise* em suas funções, que criam formas de executar seu trabalho em condições adversas, que têm a contribuir sobre melhores práticas, são muitas vezes ignoradas. Vozes que cuidam, mas não recebem escuta de cuidados. Vozes que muitas vezes sofrem mudas.

Voz e cotidiano são conceitos entrelaçados por Veena Das, a partir dos filósofos Wittgenstein e Cavell. Palavras fora do ordinário, escreve Das a partir de Wittgenstein, se tornam esvaziadas de experiência, perdem contato com a vida, a linguagem sai de férias. Já Cavell, descreve ela, se preocupa em como recuperar a voz do cotidiano como a voz humana que está fora da filosofia. Cavell, por sua vez, identifica no trabalho de Das a incessante preocupação com o outro e a busca de estudar a dor, fortemente referenciada em Wittgenstein (DAS, 2020b).

O outro e sua dor movem esse trabalho, dentro da convicção de que dor e sofrimento não são destino, carma, não podem ser aceitos como fazendo parte integrante dos *modos de andar a vida*, na expressão de Tambellini (LAURELL, 1987, p. 100). E não o são – deixam uma infinidade de sintomas perturbadores no bem-estar individual, no bom andamento do trabalho, na vida em sociedade. Sintomas que são *pequenas mortes diárias*, descreve Cavell, como rancores, mau-humor, tédio, impaciência, amargores, narcisismo e similares, falta de desejo, interesse, além de manifestações sociais como racismo, sexismo, elitismo etc. (DAS, 2020b). Como capturá-los nas histórias narradas?

O sofrimento social é um estudo de relações entre indivíduo e sociedade, macrocosmo e microcosmo (BOURDIEU, 2004), o privado e o público, o singular e o coletivo. Estudar relações requer uma visão de complexidade, de um mosaico de elementos que se interconectam de forma dinâmica, em movimento, por isso precisam estar situados histórica e contextualmente. Não é um processo linear, de causa e efeito. Se, como descrito anteriormente, as desigualdades, as políticas públicas distorcidas impactam negativamente a

vida de cada pessoa inserida na população atingida por essas políticas, o inverso também acontece: o mal-estar individual contamina negativamente o social, e assim fica criada uma espiral de doenças, sofrimento, uma sociedade adoecida. Minorar o sofrimento individual e dos coletivos menores contribui para impactar positivamente o social mais amplo.

Uma pandemia está ocupando, paralisando, revirando o planeta. Um evento crítico extraordinário, no conceito de Veena Das, de dimensões nunca vistas pelas gerações que vivem esse momento histórico, em escala global inédita. A antropóloga Das durante décadas estudou o modo como eventos extraordinários, que atingem violentamente a vida de milhões de pessoas, grudam seus tentáculos na vida cotidiana e se moldam nas reentrâncias do ordinário. Sua preocupação é com a relação escorregadia entre o coletivo e o individual, entre categoria e o enredo das histórias individuais (DAS, 2020b). Essa relação foi de particular interesse deste trabalho, na intenção de conhecer como esse mega evento sanitário da COVID-19 está repercutindo no cotidiano de trabalho e de vida dos ACS, que atendem diretamente as pessoas das populações em condições mais vulneráveis.

O universo de pesquisa de Das, na Índia, focado em diferentes formas, visíveis e invisíveis, de violência e sofrimento, possui muitas interseções com a realidade brasileira, como se verá ao longo desta dissertação. Reflexões da autora, especialmente aquelas voltadas para a dimensão cotidiana do sofrimento, norteiam percepções e análises da pesquisa. Entre os conceitos fundamentais da antropóloga estão os de eventos críticos extraordinários e ordinários, assim como o de cotidiano.

Eventos ordinários, como desgastes do trabalho diário ou os adoecimentos mais usuais, sem os grandes e visíveis impactos dos eventos extraordinários, são causa de mal-estar de sofrimentos assimilados e não assimilados ao mesmo tempo (BISPO, 2018), e corroem diariamente a saúde individual e coletiva. A vida cotidiana, contudo, é um conceito notoriamente difícil de pesquisar em nível empírico, pois como afirma Das em alguns de seus textos, alguns aspectos das coisas mais importantes para o pesquisador não estão escondidos, mas passam despercebidos por serem simples e familiares, por estarem bem diante de nossos olhos.

Em *Affliction*, Veena Das (2015) estuda as formas como as pessoas resistem, recuperam, seguem na convivência com seus sofreres cotidianos, com seus modos de andar a vida. Das (2015) analisa como os moradores de regiões pobres da Índia lidam com saúde e doença em seus mundos de atendimento médico precário, acompanhando em detalhes um grupo reduzido de moradores no seu dia a dia. Impossível não associar com o drama da maior parte da população brasileira e sua saga em busca de melhores condições de vida, de

saúde, vivido e noticiado diariamente.

O cotidiano corporifica nas experiências individuais e coletivas os traumas e resistências provocados pelos eventos críticos extraordinários. Estes eventos, ruidosos, explosivos, na descrição de Braudell sobre Temporalidades, têm um tempo curto, como um desastre natural súbito e devastador, porém seus efeitos prosseguem em períodos de média duração, novas conjunturas sociais/políticas/econômicas/geográficas, e de longa duração, com alterações em estruturas sociais que podem, por exemplo, ampliar desigualdades sociais e econômicas (CUNHA *et al.*, 2015). A pandemia no mundo, no Brasil, no Rio de Janeiro é uma catástrofe de longa duração para tal intensidade, com efeitos imediatos, de médio e longo prazo, marcando um tempo histórico e toda uma geração. Esses efeitos, desde os mais imediatos, deixam claro que se estamos no mesmo mar, não estamos no mesmo barco, uma metáfora recorrente, e as formas do sofrer, individual e coletivo, são e serão diversas.

Kleinman, Das e Lock (1997) enfatizam a importância de se legitimar as diversas formas do sofrer: não há uma só maneira de sofrer; não há uma só forma atemporal ou desterritorializada de sofrer. Tempo e território são marcadores históricos essenciais na compreensão do sofrimento social.

As formas de sofrimento humano podem ser ao mesmo tempo coletivas e individuais, como os modos de vivenciar dor e trauma podem ser locais e globais, afirmam Kleinman, Das e Lock (1997, p. 20). A complexidade e a diversidade são características tanto de formas sociais/coletivas como individuais de sofrimentos e dores, assim como de resistências e lutas. Reconhecer, respeitar, dar voz e visibilidade à essa diversidade é desafio da pesquisa e desta dissertação, que também se propõe a colaborar na identificação de significados comuns que facilitem meios coletivos de lidar com problemas e de buscar soluções, fortalecendo vínculos intersubjetivos e afetivos de solidariedade e compaixão, além de produzir ação.

Kleinman, mais que um autor, é um defensor das discussões teórico-práticas sobre sofrimento social, que vê como resultante do que o poder político, econômico e institucional causa nas pessoas e, reciprocamente, como influenciam suas respostas aos problemas sociais. Assim como Veena Das, com quem trabalha regularmente, ressalta que o sofrimento social enfoca a conexão entre problemas individuais e sociais, e que seja ele radical, como no Holocausto da II Guerra, ou inserido nos processos cotidianos, é capaz de arruinar os vínculos coletivos e intersubjetivos da experiência, assim como de gravar danos na subjetividade (KLEINMAN; DAS; LOCK, 1997, p. 20).

Não se trata de forma alguma de diminuir ou desvalorizar o sofrimento individual, mas de estabelecer uma correlação possível entre este e o contexto social, a determinação social local e/ou global. Nos termos de Oliveira e Valla (2001), trata-se de uma relação de autonomia e dependência entre indivíduo/individualidade e sociedade/coletividade, considerando o fortalecimento da individualidade a partir de suportes coletivos.

Voz, linguagem, incomunicabilidade da dor, silêncio, inabilidade de expressão estão presentes nas obras de autores que trabalham com sofrimento social, como os referenciados teoricamente aqui. Veena Das descreve “como é possível habitar em um cotidiano repleto de memórias de violências do passado através das linguagens do testemunho, do luto, do silêncio” (BISPO, 2018, p. 276).

Das descreve o testemunho como formas de significados específicos, que as falas e os atos das pessoas assumem em seus contextos particulares. A autora entende o luto não no sentido patológico, mas como o momento em que alguém constroi ou reconstrói a sua existência no mundo a partir de uma perda, e como esse processo faz parte da constituição da pessoa enquanto sujeito (PARREIRAS, 2018). O luto é um processo social crucial na sociedade indiana e Das apresenta um trabalho etnográfico minucioso sobre o tema, intrinsecamente relacionado com questões de gênero e de violência.

Veena Das considera o silêncio como linguagem, alinhada com Wittgenstein, uma demonstração de voz calada muitas vezes pela violência e que se comunica através dos corpos e dos atos. Os silêncios estão repletos de significados, muitas vezes de sofrimento e dor. No entendimento da antropóloga, sofrimento e dor são muitas vezes causados por violências que rompem limites do suportável, de um mundo conhecido existente, mas levam à reconstrução de outro e geram um *conhecimento envenenado*, um poço de mágoa, raiva e dor, mas que também permite a solução de muitas situações e a continuidade da vida. Se a violência é constitutiva do sujeito, a resistência também o é (DAS, 2020b).

Em *Affliction* (DAS, 2015), saúde, doença e pobreza são temas centrais, descrevendo um sofrimento atrelado a questões de saúde na pobreza e a forma como é absorvido no cotidiano. Das escreve na intenção de permitir que se revele um mundo onde a vida pulsa com as batidas do sofrimento e também com os pequenos prazeres do dia a dia:

Eu proponho que um bom lugar para se começar é um amplo reconhecimento sobre a dificuldade de teorizar o tipo de sofrimento que é ordinário, que não é dramático o suficiente para atrair atenção. Precisamos problematizar as definições dadas sobre os pobres que os identificam como recipientes de caridade e bem-estar, cujos projetos de vida se constituem primariamente em torno de questões de sobrevivência. Ao invés disso, proponho prestar muita atenção aos seus projetos

éticos, que incluem os fracassos que assombram seus relacionamentos. (DAS, 2015, p. 4)

O sofrimento que pode ser desde um sentido de coisas que não vão bem até uma espécie de sufocamento, é desesperador, aniquilador, ainda assim está no cotidiano, cheio memórias de dor e violência. Das (2015) ilumina mais sua preocupação com a classe dos mais pobres e vulneráveis e coloca a importância do posicionamento, da responsabilidade do pesquisador diante da violência e do desastre. A autora está interessada nas formas como o sofrimento se manifesta em dois âmbitos: (1) o lado subjetivo, o mais desafiador de ser compreendido e (2) o lado da distribuição do sofrimento, em consonância com Butler – parece haver populações que podem sofrer mais que outras.

Kleinman, Das e Lock (1997, p. 12) também se referem a incomunicabilidade da dor, sua capacidade de isolar os sofredores e afastá-los dos recursos culturais, especialmente os da linguagem, o que ocorre muitas vezes pela assimetria de acesso ao conhecimento da experiência e pela forma como os discursos sobre as experiências de dor são expressados ou silenciados. Renault (2017), por sua vez, afirma que o discurso do sofrimento não aprisiona os indivíduos na posição de vítimas – é o silêncio e a incapacidade de expressar o sofrimento que condena as pessoas à impotência.

Para Renault (2017), o termo sofrimento social refere-se a um tipo de experiência social negativa, na qual a dimensão subjetiva, ou os danos subjetivos, são inseparáveis do contexto social, onde essas experiências se inserem, na interseção de psicologia e sociologia. O filósofo considera que nem todo sofrimento é de interesse político, porém a vivência do sofrimento ligado à dominação, à violência, à injustiça pode ser objeto de discurso para além da economia, dos direitos universais, permitindo aos indivíduos e grupos sofredores saírem da invisibilidade, exercer sua capacidade de reivindicar e agir coletivamente na transformação de suas existências.

Se queremos mudar o mundo, declara Renault (2017), devemos analisar não só suas estruturas como também o modo como as pessoas vivem nelas, e o sofrimento social pode desempenhar um papel na retomada da crítica social. Renault defende que uso crítico do sofrimento social é fonte de argumentos para o discurso político, apontando as consequências negativas de certas políticas econômicas e sociais sobre as condições de vida e trabalho de certas populações, assim como os riscos a que se expõem a vida dos indivíduos, em particular no plano psíquico (THIOLLENT, 2008).

O sofrimento no trabalho é sempre um sofrimento social, que atinge grupos inteiros, subjugados pelas altas exigências de metas de produção, pressão que é fonte de sofrimento

físico-psíquico e de desenvolvimento de patologias no indivíduo. No período atual, o enfrentamento à pandemia por COVID-19 entrou como um furacão no cotidiano de vida e trabalho dos profissionais de saúde, com um agravante absoluto: o medo de morrer.

Praun (2016) analisa em artigo a longa historicidade de estudos sobre a relação entre trabalho e processos de adoecimento. A autora resgata textos desde 1700, quando Ramazzini publica *As doenças dos trabalhadores*, e contribui para a compreensão dos mecanismos nos processos de trabalho que são disparadores de adoecimentos, com forte impacto na saúde mental. Um dos autores citados por Praun é Christophe Dejours, ressaltando a forte receptividade do seu livro *A loucura no trabalho* no Brasil dos anos 80.

Em seu texto, Praun (2016) resume a inversão proposta por Dejours, a partir da psicopatologia do trabalho, na afirmação de que o aprisionamento do corpo pressupõe o aprisionamento mental. A impossibilidade do trabalhador, com seu corpo disciplinado, de poder modificar os modos de cumprir suas tarefas respeitando suas necessidades fisiológicas e psicológicas, provoca insatisfação e sofrimentos que são porta de entrada para adoecimentos.

Christophe Dejours, que desenvolveu a Psicodinâmica do Trabalho, é o autor convocado para discutir as diversas formas de sofrimento, incluindo a do trabalho, no livro *Social suffering*, de Emmanuel Renault. O sofrimento no trabalho para Dejours é indissociável do sofrimento psíquico e do sofrimento social (BOUYER, 2015, p. 107-108). De acordo com Dejours (2017), a psicodinâmica do trabalho se preocupa não apenas com o sofrimento no trabalho e seus adoecimentos, mas também como o trabalho promove saúde quando é fonte de prazer, envolve teoria e prática das relações subjetivas e intersubjetivas do e no trabalho, tendo por premissa que em relação a saúde mental o trabalho nunca é neutro.

A centralidade do trabalho, que descreve como o trabalho ocupa um lugar central no funcionamento da sociedade assim como na vida psíquica e na formação da identidade dos indivíduos, é defendida como tese por pesquisadores como o próprio Dejours (2017, p. 18): “A relação subjetiva com o trabalho desempenha um papel primordial nos processos envolvidos tanto na construção da saúde quanto nas descompensações psiquiátricas e psicossomáticas”.

Um dos focos do pensamento deste autor, afinado com bases teóricas e metodológicas desta dissertação, estuda o uso de habilidades e saberes dos trabalhadores, sua *Inteligência prática, astuciosa ou criadora*, no cotidiano de seus processos de trabalho e relações com processos de saúde-doença. Dejours, como expõe Liana Fonseca (2014) em

sua pesquisa sobre uma equipe de enfermagem oncológica, demonstra como as habilidades e saberes dos trabalhadores vão muito além do trabalho prescrito, assim como é compreendido pelas Clínicas do Trabalho: a Psicodinâmica do Trabalho, a Ergologia, a Clínica da Atividade e a Psicossociologia do Trabalho. Os trabalhadores acrescentam muito de si mesmos na execução das prescrições, as tarefas designadas, do trabalho real, a forma como executam na prática essas tarefas, e isso tem custo em sua saúde física e mental/emocional, em sua subjetividade e intersubjetividade.

A relação entre saúde, subjetividade e trabalho, a partir das contribuições das Clínicas do Trabalho, são valiosas para que se possa compreender a complexidade que envolve o biológico, o psicológico e o social simultaneamente nas relações saúde e trabalho, incorporando a dimensão temporal da vida cotidiana. O interesse está em como os trabalhadores podem transformar o trabalho e ter maior protagonismo na elaboração de meios para enfrentamento de adversidades (BRITO *et al.*, 2012), físicas e mentais, como o medo de acidentes ou estresse.

O trabalho e o medo são descritos por Dejours (2017), que a partir de exemplo de operários da construção civil, estuda e analisa como esses trabalhadores são consumidos pelo medo de exposição aos riscos de acidentes e constroem um sistema defensivo para lutar contra esse medo. O uso do caso clínico sobre os operários apoia, segundo Dejours, uma discussão complexa sobre descompensações psíquicas comuns no trabalho, em função da forte demanda de engajamento subjetivo, e o surgimento de *estratégias defensivas* específicas das situações de trabalho. Este embate constitui a luta contra o sofrimento psíquico e, pode-se acrescentar, contra o sofrimento social. Para Dejours (2017, p. 27), esse sistema de defesa contra o medo é resultado de uma construção coletiva e não individual.

A Psicodinâmica do Trabalho se interessa por estas formas dos trabalhadores atuarem para não adoecer, suas *estratégias defensivas*, sutis ou explícitas, de defesas individuais e coletivas, sua economia defensiva, contra o sofrimento causado no trabalho, entre o que está prescrito e o real, ou seja, na construção da saúde (DEJOURS, 2017).

Há uma aproximação entre o pensamento de Veena Das e o de Dejours quando este se refere a importância da investigação psicológica das situações *ordinárias*, por meio das quais os trabalhadores conseguem conjurar a doença mental, ao invés da investigação sobre descompensações mentais extraordinárias (DEJOURS, 2017). Ambos, Veena e Dejours, afirmam a importância da investigação do cotidiano, dos eventos ordinários, como celeiros de produção de estratégias defensivas e de sobrevivência, de formas de se (re)habitar um mundo que foi destruído ou está ameaçado.

A COVID-19 provoca muitas manifestações de desordens na saúde mental, como registram o noticiário e a literatura especializada já disponível. Essas desordens, sofrimentos disparados por transtornos de ansiedade e depressão, por exemplo, podem e devem ser tratadas individualmente, nos corpos que sofrem, como também podem e devem ser tratadas coletivamente, em processos produzidos coletivamente, no cotidiano do trabalho, por meio de relações mútuas de confiança e solidariedade, tendo como contexto extraordinário atual o difícil cenário imposto pela pandemia e as disfuncionalidades que acarreta. A compreensão dessa correlação implica em procedimentos de prevenção e tratamento complementares no enfrentamento dos sofrimentos individuais e sociais.

A pandemia desafia radicalmente os ACS todos os dias, o dia todo.

3 TEMPO DE FAZER

Considerando o recorte e os objetivos do tema aqui proposto, o estudo seguirá uma abordagem qualitativa, adequada à compreensão da experiência cotidiana dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), trabalhadores da saúde muito exigidos durante a pandemia, tendo como base as narrativas destes sujeitos. Trata-se de uma abordagem que “se aprofunda no mundo dos significados [...] não visível, que precisa ser exposto e interpretado, em primeira instância, pelos próprios pesquisados [...] e, em segunda instância, por um processo compreensivo e interpretativo contextualizado” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2019, p. 21).

Compreender é o título do capítulo final de *A miséria do mundo*, obra organizada por Bourdieu (2012), na qual ele ressalta que a relação da pesquisa é uma “relação social” que exerce efeitos sobre os resultados obtidos. O autor explica que seu método foi aparecendo pouco a pouco, na confrontação contínua das experiências e das reflexões dos participantes da pesquisa (p. 694).

Em sentido semelhante, Jean-Claude Kaufmann (2013) indica que existe na pesquisa qualitativa uma dimensão improvisada, intransferível e em grande parte autoconstruída. Ele procura restabelecer o elo entre debate teórico e o metodológico, estimular a curiosidade científica para novos objetos, renovar análise do cotidiano, enfim, fazer da metodologia um instrumento mais orgânico para explicar o pequeno mundo singular de relações humanas, de grupos específicos que expressam a diversidade social e cultural contemporâneos. A perspectiva compreensiva, segundo o autor, sempre esteve muito próxima das perguntas colocadas à metodologia qualitativa (p. 34).

O campo, para Kaufmann, torna-se lócus do nascedouro, ponto de partida da problematização teórica sugerida pelos fatos. O autor acredita que devemos dar mais atenção à reflexividade de indivíduos e grupos que, instigados pelo entrevistador, empenham-se em pensar e processar explicações sobre si, em construir versões de suas vidas para si, num movimento de autoconhecimento que também é uma autoconstrução (KAUFMANN, 2013, p. 13).

As indicações acima, a respeito da dimensão improvisada e relacional da pesquisa, bem como sua perspectiva compreensiva, são referências na perspectiva metodológica deste estudo, absorvidas em todas as suas etapas, como descrito a seguir. Assim, as entrevistas aprofundadas tiveram lugar privilegiado, possibilitando o trabalho sobre o testemunho dos ACS.

Uma vez que a pergunta do estudo enfoca a possibilidade de adequação do conceito de sofrimento social à experiência dos ACS, em um primeiro momento a pesquisa se voltou para um levantamento da produção acadêmica brasileira, que aborda o tema do sofrimento social no campo da saúde pública recente, período em que esta tem sofrido importantes processos de desinvestimento, desconfiguração e destruição. Os resultados foram selecionados e planilhados em função do maior interesse de temas da pesquisa.

Como a pandemia estabeleceu um cenário inédito, impactante e desnordeador na vida humana, por todo o planeta, e em particular no campo de estudo da pesquisa, buscou-se acompanhar as principais mídias tradicionais e digitais, recolhendo material para a pesquisa.

Neste sentido, consultou-se publicações, painéis de discussões e outros formatos de apresentação de trabalhos científicos e pesquisas na área da saúde, principalmente os realizados sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e ACS, através, por exemplo, dos canais no YouTube da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Rede APS, entre outros.

O segundo momento da pesquisa foi o trabalho de campo, realizado por via remota. Foram realizadas 10 entrevistas com os ACS, selecionados a partir de diferentes Áreas de Planejamento (AP) do Município do Rio de Janeiro (MRJ), de forma a incorporar as diferenças e dissimetrias de condições de vida e trabalho nestes territórios.

Ressalta-se aqui uma razoável artificialidade na distinção e/ou classificação de temas abordados nas entrevistas. As categorias são relacionais, os assuntos estão intercombinados, em interação dinâmica e simultânea, afetando de forma transversal a experiência de vida cotidiana dos ACS. Importante também lembrar o momento das entrevistas, março/abril de 2021, ainda em plena “segunda onda” da pandemia, com vacinação em números bem reduzidos.

3.1 CENÁRIO COMPLEXO: O RIO DE JANEIRO NÃO É PARA AMADORES

O cenário de estudo é o MRJ, 3º maior Produto Interno Bruto do Brasil, com população de 6.718.903, pelo último censo de 2010, habitando 600km² de área urbana, com 22% da população morando em 1.018 favelas, aproximadamente 1.400.000 pessoas. Administrativamente o município divide em cinco Áreas de Planejamento (AP), 16 Regiões Administrativas (RA) e 163 bairros.

A cidade é bastante heterogênea e apresenta diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdades na distribuição e utilização de recursos disponíveis,

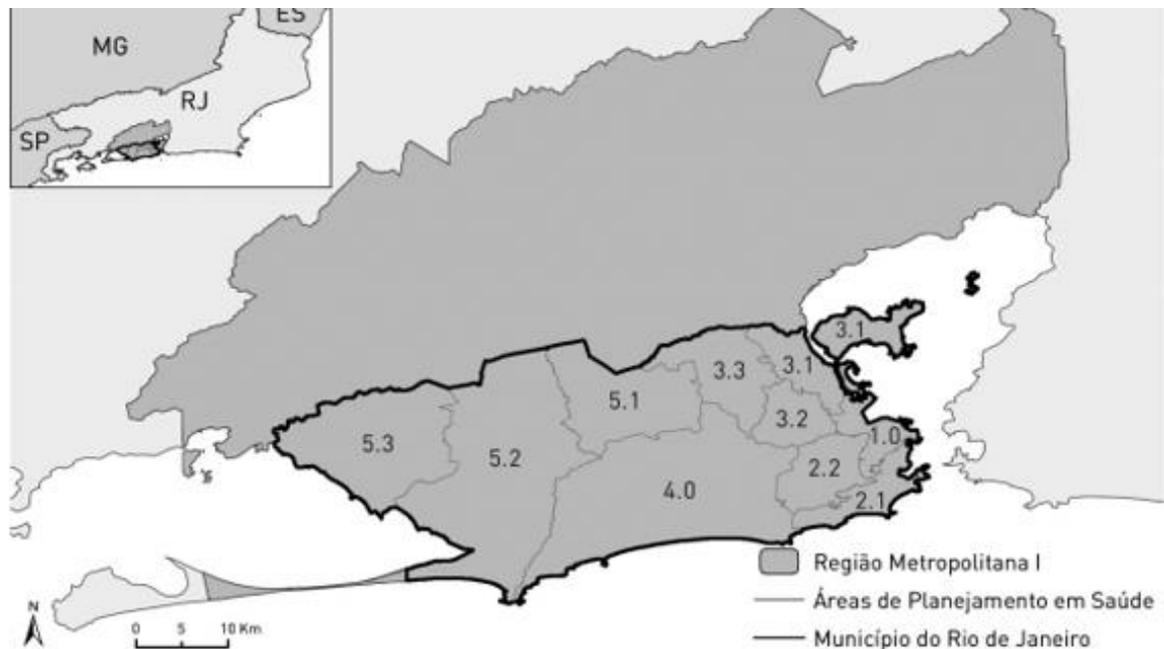
inclusive nos serviços de saúde. Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) dividiu geograficamente a cidade em 10 AP para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde.

As AP tem suas particularidades em função da história e evolução da ocupação da cidade, determinando características regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade. A compreensão de que o trabalho é um determinante do processo saúde-doença é o ponto focal para que os problemas da saúde do trabalhador possam ganhar visibilidade pelos profissionais de saúde (RIO DE JANEIRO, 2013).

Para fins de planejamento em saúde, o município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro.

Os ACS foram selecionados de acordo sua inserção em diferentes áreas de planejamento da saúde. Por isso, apresentamos aqui a localização geográficas das AP e suas principais características.

Figura 4 – Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde



Fonte: IPP, SES-RJ e SMS-Rio, 2017.

Fonte: Rio de Janeiro (2013).

Quadro 1 – Áreas de Planejamento da Saúde, de acordo com localização e características

Área	Subdivisão	Localização	Características
AP 1	–	Centro histórico da cidade	15 bairros em 6 RA, com 4,6% da população carioca, 268.280 habitantes, segundo o Censo 2000, e 2,8% do território (34,39 km ²). Densidade líquida é de 7.801 habitantes por km ² . Maior população morando em favelas (29%) e maior aparato público instalado.
AP 2	–	–	25 bairros em 6 RA, representa 17% dos cariocas, 997.478 habitantes, segundo o Censo 2000, e ocupa 8,2% do território – 100,43 km ² . Densidade líquida é de 9.932 habitantes por km ² .
	AP 2.1	Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha	População com maior poder aquisitivo; maior número de idosos; maior densidade demográfica; maior IDH; imagem simbólica do MRJ.
	AP 2.2	Vila Isabel e Tijuca	2 RA; perfil próximo a AP 2.1; território de 55 km ² ; segundo maior número de idosos.
AP 3	–	–	80 bairros em 13 RA; 16,6% do território municipal – 203,47 km ² – e a 40,2% do total da população residente no Rio de Janeiro – 2.353.590 habitantes, segundo o Censo 2000. Densidade líquida é de 11.567 habitantes por km ² . Área mais populosa, com metade dos moradores de favelas do MRJ.
	AP 3.1	Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha, Alemão, Maré	6 RA. Acompanha Estrada de Ferro da Leopoldina.
	AP 3.2	Méier, Inhaúma, Jacarezinho	3 RA Acompanha Estrada de Ferro Central do Brasil.
	AP 3.3	Irajá, Madureira, Anchieta, Pavuna	4 RA; integração com linha da Central do Brasil, Auxiliar e com o centro da cidade.
AP 4	–	Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Cidade de Deus	19 bairros em RA. É a segunda maior em área, com 294Km ² , aproximadamente 1/4 do território do MRJ; segunda maior população (910 mil habitantes) e a menor densidade demográfica da cidade (3.097 hab./km ²). Esta região é um vetor de expansão urbana de rendas média e alta. Barra é o 5º IDH e Cidade de Deus o 26º.
AP 5	–	–	20 bairros em 5 RA. Corresponde a 48,4% do território do MRJ – 592,45km ² – e abriga cerca de 26,6% da população carioca. – 1.556.505 habitantes, segundo o Censo 2000. Densidade líquida é de 2.627 habitantes por km ² .
	AP 5.1	Realengo e Bangu	2 RA. Acompanha Estrada de Ferro Central do Brasil.
	AP 5.2	Campo Grande Guaratiba	2 RA. Acompanha Estrada de Ferro Central do Brasil.
	AP 5.3	Santa Cruz	1 RA. Acompanha Estrada de Ferro Central do Brasil.

Nota: AP – Área de Planejamento; IDH – Índice de Desenvolvimento Humano; MRJ – Município do Rio de Janeiro; RA – Região Administrativa.

Fonte: Adaptado de Rio de Janeiro (2017).

Atento às necessidades e especificidades da população, o processo de expansão da

Estratégia Saúde da Família (ESF) implicou num amplo debate sobre a territorialização da cidade em microrregiões de saúde no âmbito das AP. Cada Coordenadoria de Atenção Primária (CAP) foi responsável por desenhar seus Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) para o aperfeiçoamento político-institucional, assim como das formas de organização da atenção à saúde no município.

O MRJ possui uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), dividida em seis subsecretarias. O programa ESF está vinculado à Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV).

O MRJ possui 326 unidades de saúde, sendo 229 de APS – Clínicas da Família (CF), Centros Municipais de Saúde (CMS) e Policlínicas de Atenção Secundária –, distribuídas em 10 Áreas Programáticas de Saúde (Figura 4). A cobertura da ESF corresponde a 66% da população (DATA.RIO, c2017).

A partir de 2009 a APS do MRJ passou por um processo consistente de expansão, em parceria com as Organizações Sociais de Saúde (OS), com aumento do número de Equipes de Saúde da Família (de 128/2008; 958/2016; 1251/2017), qualidade de atendimento das CF reconhecida, inúmeros outros fatores na ampliação e melhoria dos serviços de saúde, com efeitos nos indicadores de saúde da cidade, tais como redução na mortalidade infantil e diminuição de internações por condições sensíveis à APS (MENDONÇA *et al.*, 2018). A Medicina de Família e Comunidade (MFC) também foi enfatizada. Esse processo transformou o até então tradicional modelo de saúde hospitalar da cidade (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

De 2017 em diante, gestão de Marcelo Crivella, esse cenário se reverte, também refletindo as instabilidades nacionais, as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, com muitos pontos controversos e aprovada sem respeitar o debate com outras instâncias da saúde, e a aprovação do teto de gastos da saúde, a EC 95/2016, que gerou uma perda de 20 bilhões de investimento na saúde em 3 anos, conforme apontado por Dweck *et al.* (2020) e Bahia (AO PONTO, 2019).

Dentre os problemas atuais da APS, Mendonça *et al.* (2018) destacam: infraestrutura precária, escassez e inadequada formação de recursos humanos, cultura avaliativa insuficiente.

A Pandemia por COVID-19 chega ao MRJ em fevereiro de 2020, com primeiro caso de óbito declarado em março, encontrando os serviços de saúde com diversos problemas nas três esferas governamentais. Na esfera municipal a situação envolvia atrasos salariais, com resultante diminuição de profissionais, diminuição de horário de atendimento nas unidades,

dificultando o acesso dos usuários, e demissões de ACS (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Os números atualizados da pandemia no MRJ em 17/08/21, mostram a situação dramática vivida pela população: 31.072 mortes, com índice de 7,37% de óbitos em relação ao número de casos, 421.541, enquanto a média nacional é 2,42%. Em 25/08/2020, quando o projeto desta pesquisa estava sendo finalizado, os números eram de 9.404 óbitos e 87.748 casos confirmados.

Considerando o desafio sem precedentes para a sociedade, a ciência e os sistemas de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) está respondendo de forma importante à pandemia e às necessidades de saúde da população, assim como a APS em seus eixos de vigilância em saúde, cuidado ao usuário com COVID-19, continuidade do cuidado ofertado pela APS e apoio social, além da dimensão comunitária da APS (BOUSQUAT, 2020). A dimensão comunitária é foco do trabalho dos sujeitos incluídos na pesquisa desse projeto, os ACS.

Em seu trabalho no território, um dos maiores desafios encontrados pelos ACS, bastante referido nas entrevistas realizadas, diz respeito à situação da violência no Rio de Janeiro, e em particular nas localidades mais vulneráveis da cidade.

Desde que deixou de ser capital federal em 1960, o Rio de Janeiro acentuou sua vocação para áreas econômicas de prestação de serviços e turismo, além de centro de debates políticos e culturais. Assim, vai se constituindo para o exterior como a vitrine do Brasil. A representação da cidade alegre, inovadora e democrática, subestimava, “as dinâmicas de conflito social na produção da imagem de um paraíso tropical” (LEITE, 2000, p. 73).

Na década de 90 explodiram conflitos de toda ordem, por toda a cidade: uma erupção de assassinatos, chacinas, assaltos, sequestros, roubos, arrastões nas praias, brigas, confrontos armados entre quadrilhas rivais de traficantes e entre traficantes e policiais. A palavra “guerra” passa a ser usada cotidianamente em referência à situação da cidade. Entra a definição de “cidade partida” na descrição sobre o Rio, a partir das análises de muitos autores e de sua adoção por diversas mídias. Essa imagem, contudo, acabou reforçando simbolicamente a territorialização da pobreza e da marginalidade nas favelas e periferias, em contraste com a parte do “asfalto”, onde moram as classes médias e abastadas, reivindicadoras de ordem e segurança (LEITE, 2000).

Surfando na guerra às drogas, se amplia e fortalece o poder territorial e aterrorizante das milícias, a outra face de um estado ao mesmo tempo paralelo e aliado do poder instituído, com características de dominação diferentes do tráfico e penetração nas diferentes esferas governamentais – municipal, estadual e federal. Em artigo publicado no *site* Outra Mídias/Le

Monde Diplomatique Brasil, Marcelos Burgos (2021) faz uma análise a partir do território, de como as milícias dominaram e subjugararam pelo medo grandes partes de locais mais pobres e periféricos do Rio, entraram na política para destruí-la, e conquistam cada vez mais a simpatia do mercado e da burguesia.

É no Rio de Janeiro que a milícia cresce e aparece, se solidifica e se aperfeiçoa, dominando extensas regiões da cidade, principalmente na zona oeste, entra com representação no mundo político, sendo associada por muitos com a eleição do atual presidente do Brasil. Nessa cidade a milícia adquire características peculiares como a participação de policiais da ativa e aposentados, principalmente militares, mas não somente, com seu poder de fogo, estabelecendo um domínio totalitário econômico, militar e político (BURGOS, 2021).

A violência perpetrada pelo Estado, pelos três níveis de governo no Rio, é parte constituinte do cotidiano em constante conflito na cidade, quase que exclusivamente nas áreas de periferia e favelas, e contra pessoas pretas, pobres e jovens. Os números oficiais, registrados pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (ISPRJ) falam por si, com dados provenientes das Secretarias de Estado das Polícia Civil e da Polícia Militar (ROLIM, 2021).

O ano de 2020, marcado pela pandemia, apresentou os menores números de homicídio doloso (3.544), desde o início da série histórica em 1991, com redução de 34,5% em relação a 2019, e o menor número de policiais mortos, desde o início da série histórica em 1998. O ano de 2019 apresentou os maiores índices de morte por intervenção de agente do Estado, do Estado do Rio de Janeiro, de 2003 a 2020: 1814 vítimas. Já o número de policiais mortos teve maior letalidade nos anos de 2003 e 2004, com 50 vítimas em cada um deles (ROLIM, 2021).

Considerando-se todos os indicadores de letalidade violenta (homicídio doloso, morte por intervenção de agente do estado, latrocínio-roubo seguido de morte e lesão corporal seguida de morte), jovens (18 a 25 anos) negros (pardos 46,4% e negros 22,4%) do sexo masculino (90%) representam a maioria das vítimas, 32,5%. O documento do ISPRJ não traz o perfil socioeconômico nem local de moradia das vítimas (ROLIM, 2021).

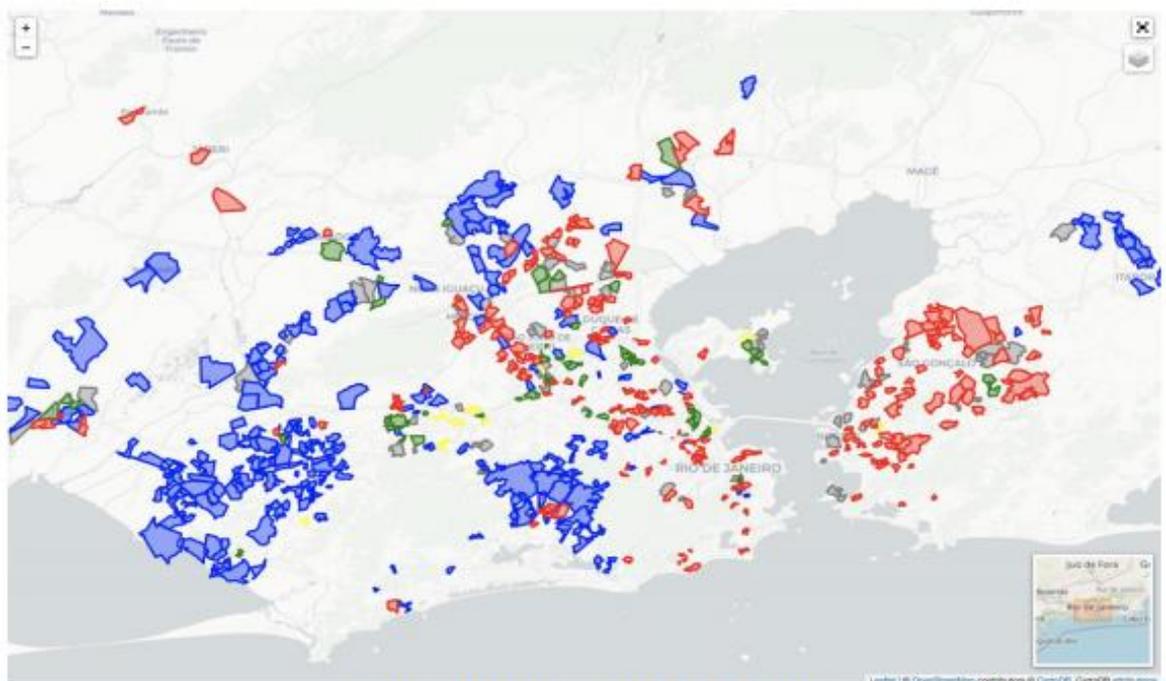
Ressalta-se aqui a decisão instituída em junho de 2020, sobre a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 635, validada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que proibiu operações policiais no Rio de Janeiro durante a pandemia da Covid-19. (ROLIM, 2021, p. 7).

As operações não cessaram, só diminuíram (524 realizadas entre junho 20 e abril 21!), encontrando brechas nas situações excepcionais previstas na decisão, culminando, até maio de 2021, com a chacina de 28 pessoas na favela do Jacarezinho em 25 de abril de 2021. Logo em seguida a Polícia Civil do Rio de Janeiro decretou sigilo total das informações sobre operações policiais durante a pandemia por cinco anos, em vigor.

Um Mapa dos Grupos Armados do Rio que foi lançado em outubro de 2020, a partir de Estudo baseado no Disque-Denúncia, mostra que 3,7 milhões de habitantes estão em áreas dominadas pelo crime organizado: a milícia controla 33,1%, 2.178.620 milhões de habitantes, e 57% da área da cidade; três facções do tráfico controlam 15,4% do território com 1.584.207 habitantes; 24%, e 2.659.597 milhões de habitantes vivem em áreas de disputa. Milícia e tráfico estão presentes em 96 dos 163 bairros da cidade (GRUPO DE ESTUDOS DOS NOVO ILEGALISMOS, [2020]).

O estudo usou três critérios que explicassem o tipo de dominação de cada local: controle territorial, controle social e atividades de mercado. Ficou constatado o rápido avanço das milícias sobre o Rio, ultrapassando o longo e amplo domínio do tráfico, com grande diversificação de mercados de atuação, atravessando a cadeia de legalidade e ilegalidade (SATRIANO, 2020).

Figura 5 – Zonas de domínio do tráfico de drogas e milícias



Fonte: Grupo de Estudos dos Novo Ilegalismos ([2020]).

Em azul, territórios dominados pela milícia; em vermelho e verde os dominados pelo tráfico. Em todos esses territórios há equipamentos do SUS e atuação de ACS.

Os territórios dominados por milicianos parecem mais tranquilos. A violência é menos frequente e aberta nas ruas, mas implacável e assassina. Ao contrário das regiões do tráfico, nestas há ações de melhorias urbanas, já que seu negócio principal é exploração imobiliária e de serviços que deveriam ser públicos. As incursões policiais não costumam acontecer nesses locais, nem os serviços e garantias civis e legais do poder público. De vez em quando desaba um prédio construído ilegalmente, morrem algumas pessoas, há declarações sobre o absurdo da situação e sobre futuras repressões a ilegalidades e ao domínio “paralelo” do território – nada acontece, o poder miliciano continua a se expandir.

Perguntas iniciais no livro *Desigualdades sociais e violência na metrópole carioca 2010-2020* questionam por que negros e pardos, em termos absolutos e relativos, são mais encarcerados e mortos por uma polícia formada majoritariamente de praças e suboficiais “pretos ou quase pretos” (SIMÕES, 2021). Ressalta-se aqui a incontornável questão do racismo atravessando todas as dimensões da vida dos brasileiros.

Logo no início de seu livro *Necropolítica*, Mbembe (2018, p. 5-6), a partir do entendimento de Foucault sobre biopoder, “aquele domínio da vida sobre o qual o poder estabeleceu controle”, formula questões afinadas com o que está em foco neste texto: “Sob quais condições práticas se exerce o poder de matar? Quem é o sujeito dessa lei? Que lugar é dado à vida, à morte e ao corpo humano (em especial o corpo ferido ou massacrado)?”

Veena Das (2007) afirma que “a história de vidas emaranhadas na violência é parte da história da nação. Os eventos da violência coletiva continuam a dar forma ao entrelaçamento de experiências de comunidade e Estado e continuam a se tornar mais letais, especialmente para as minorias” (p. 23), ressaltando-se aqui que negros e pobres no Rio e no Brasil não são minorias, mas amplas camadas população.

3.2 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE

A escolha dos ACS como sujeitos deste estudo se deu primeiramente em função do interesse pelo trabalho dos profissionais de saúde da APS, considerando as observações preliminares relativas a sua experiência de sofrimento social. Depois, considerando a necessidade de um recorte no universo dos profissionais de saúde, selecionou-se os ACS, tendo em vista suas particulares características com funções fundamentais no território e uma posição mais vulnerável no campo de forças da saúde da APS, em vista talvez de sua

frágil qualificação profissional (GONDIM; MONKEN, 2018).

O trabalho dos ACS se institui nos anos 90, dentro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), se tornando uma profissão em 2002, com a Lei nº 10.507 (BRASIL, 2002), com os requisitos de residir na comunidade onde atua, ter ensino fundamental e concluir curso de qualificação básica. Muitas outras legislações regulamentando esse trabalho entraram em vigor até 2015. Em 2016, se inicia o processo de precarização e flexibilização do trabalho do ACS, através da Portaria nº 958/2016, do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2016), suprimindo a necessidade de participação dos mesmos como membros da equipe mínima da ESF, podendo intercambiar com o técnico de enfermagem (GONDIM; MONKEN, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012), determina oito funções dos ACS, com base nas descrições da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006):

I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; Política Nacional de Atenção Básica 49; III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde; e VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa sob sua responsabilidade; VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde; e VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

A formação dos ACS é ponto nevrálgico na história de suas lutas para a consolidação profissional. O Programa Saúde com Agente, que prevê a formação técnica de 286 mil ACS e 95 mil Agentes de Combate a Endemias (ACE) em todo o Brasil, sob coordenação do MS e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), recebe críticas de vários pesquisadores que consideram seu desenho falho e não factível de ser posto em prática, apesar de ser dever do Estado oferecer a estes trabalhadores, exclusivos do SUS e

que vivem uma luta histórica contra a precarização do trabalho, uma formação técnica de qualidade, afirma a professora e pesquisadora Mariana Nogueira (GUIMARÃES, 2021).

No que se refere à atuação do ACS durante a Pandemia por COVID-19, a pesquisa nacional *Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no SUS*, realizada por USP, Fiocruz e Universidade Federal da Bahia (UFBA), em junho de 2020, apresentou como um de seus resultados a descrição de novas atividades dos ACS: a) visitas peridomiciliares; b) busca ativa por whatsapp; c) busca ativa por telefone; d) entrega de medicamentos; e) recepção dos sintomáticos respiratórios; f) ações de apoio social desenvolvidas no território. Todas com grande impacto na vida da população (BOUSQUAT, 2020).

As medidas sanitárias, incluindo a vacinação, alteraram significativamente a rotina dos ACS, como já demonstram pesquisas de saúde mais recentes, aumentando o interesse pelas narrativas de suas experiências antes e durante a pandemia.

Em 2020, foram publicados dois Boletins da Pesquisa de Monitoramento da Saúde dos ACS (NOGUEIRA *et al.*, 2020a, 2020b): o primeiro em 12/8/20 e o segundo em 24/11/20, ambos disponíveis no portal digital da Fiocruz. A pesquisa quantitativa trouxe informações do Brasil e de seis cidades, incluindo o MRJ, que vão colaborar para o acervo de conhecimento recente sobre os ACS, como, por exemplo, o número de casos confirmados de COVID-19 da categoria, perfil dos participantes da pesquisa, seus processos de trabalho, condições de saúde, acesso aos testes e Equipamentos de Proteção Individual (EPI), formação para atuação na pandemia e vivências de perdas e sofrimento emocional. Todos esses eixos estiveram presentes na pesquisa deste estudo e foram encontrados dados similares nas entrevistas realizadas com os ACS.

Em janeiro de 2021 foi publicado o 3º Boletim da Pesquisa de Monitoramento da Saúde dos ACS, registrando, naquele momento, mais de 1,8 milhão de casos de síndrome gripal com suspeita de COVID-19 em trabalhadores da saúde e 442 mil confirmados, sendo 25.599 de ACS. A apresentação da pesquisa, de caráter qualitativo, enfatiza a importância da análise das condições de trabalho do ACS na APS, no enfrentamento da pandemia, evidenciando a necessidade de mais investimento público, na formação destes profissionais, e nas políticas públicas de segurança no trabalho e de saúde do trabalhador (NOGUEIRA *et al.*, 2021).

A partir de dados do MS, há cerca de 260 mil ACS no país, a maioria mulheres, autodeclaradas pretas e pardas, na faixa etária entre 30 e 49 anos dissertação (NOGUEIRA *et al.*, 2021).

Os 10 ACS entrevistados foram selecionados através de uma rede de relações, constituída por colegas profissionais de saúde e pelos próprios ACS, que uma vez entrevistados sugeriram outros nomes. Como já mencionado, um critério importante na seleção foi incorporar todas as áreas de planejamento da saúde, de forma a alcançar a multiplicidade de territórios com suas particularidades. Outros critérios de inclusão consideraram tempo de trabalho como ACS e o gênero. O grupo entrevistado refletiu a realidade dos ACS, com maioria de mulheres. A cor autodeclarada predominante foi parda, no entanto, durante as entrevistas, muitos se referiram a si mesmos como negros/pretos. As referências familiares aconteceram espontaneamente na maior parte dos relatos e colaboram para a compreensão do contexto de vida cotidiana dos ACS e dos efeitos da pandemia em suas vidas. Destaca-se ainda que dos entrevistados cinco exercem funções no Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SINDACS-RJ), o que concorreu para favorecer o acesso a informações mais gerais, relativas às condições de trabalho destes profissionais, bem como de suas principais lutas.

O Quadro 2 apresenta o perfil dos entrevistados, todos com nomes fictícios, sem identificação de suas unidades, como previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enviado com antecedência por e-mail, lido e consentido formalmente no início das entrevistas por cada profissional.

Quadro 2 – Informações sobre o perfil dos ACS entrevistados

ACS	AP da Saúde	Idade	Cor autodeclarada	Tempo de ACS (anos)	Família/ filhos
Magali	2.1	35	Parda	10	2 filhos
Cleo	2.1	46	Parda	10	3 filhos
Márcia	1.0	58	Morena	7	Marido
Clenice	1.0	54	Parda	6	2 filhos, neto
Rosana	3.2	54	Negra	15	2 filhas, marido
Rui	5.1	62	Pardo	16	Mulher
Vera	3.3	58	Negra	9	Filha, mãe
Walmir	3.1	43	Pardo	23	Não fez referência
Cora	4.0	25	Branca	7	Marido
Ana	5.2	37	Parda	11	Marido, filho

Nota: ACS – Agente Comunitário de Saúde; AP – Área de Planejamento.

Fonte: A autora (2021).

O primeiro contato com os ACS foi feito por whatsapp, em mensagem padrão com informações básicas sobre a pesquisa, a pesquisadora, a credencial institucional. A partir do aceite do convite, houve envio de um e-mail mais completo, explicativo e formal, com TCLE anexado, disponibilizando contato para responder a qualquer solicitação de maiores informações, além de combinações para a marcação de entrevista. Assim, os primeiros

contatos foram “quebrando o gelo” para o momento da entrevista, da escuta de suas narrativas de vida.

3.3 NARRATIVAS DE VIDA: CHAVE DE ACESSO À EXPERIÊNCIA DOS ACS

A linguagem é o murmúrio de tudo que é pronunciado e, ao mesmo tempo, o sistema transparente que faz com que, quando falamos, sejamos compreendidos; é tanto o fato das palavras acumuladas na história quanto o próprio sistema da língua. (FOUCAULT, 2001, p. 140 apud MACHADO, 2000, p. 140)

Narrativa, linguagem, voz, testemunho são o leito por onde corre o fluxo da palavras em busca de compreensão dos significados atribuídos às experiências de vida e trabalho, no movimento de um diálogo cuidadoso e atento, na alternância de falas e escutas.

Veena Das tem na linguagem, no uso das palavras, um dos fios constantes na tessitura de seu trabalho. Em consonância com Foucault, vê no trabalho do tempo, das palavras acumuladas na história, uma construção coletiva de muitas vozes que ampliam as narrativas individuais.

A memória, para Das, também é o trabalho do tempo, que traz narrativas, voz e vozes de histórias, às vezes esquecidas, às vezes de outros. O tempo visto como uma possibilidade de agência, na ausência da voz, permite que as mulheres, protagonistas da pesquisa etnográfica, se coloquem como sujeitos em um processo de ressignificação, reescrita e reconstrução de suas relações (PEREIRA, 2010).

“Qual é a minha voz?” é um trabalho incessante do sujeito na busca de se distinguir individualmente do coletivo. Na escuta dos testemunhos, das narrativas, principalmente as do cotidiano, do ordinário, se coloca o desafio do questionamento entre a voz do coletivo, absorvida pelo sujeito, e a voz de sua própria experiência. O testemunho, para Das é uma narrativa do ordinário (PARREIRAS, 2018), e nem sempre aparece com palavras ou com relatos diretos sobre temas como morte, violência, trauma.

Das é uma autora muito atenta às diferentes narrativas, colocando-as em relação o tempo todo. Um exemplo dessa prática se dá quando confronta as vozes dos cidadãos, seus testemunhos, com os registros dos documentos oficiais (PARREIRAS, 2018), a partir de pesquisa etnográfica sobre atuação do Estado nas margens, descrita no texto *Margens nada plácidas*. Esta é uma situação muito comum no Rio de Janeiro, com as sempre contraditórias versões de moradores/cidadãos e das forças policiais do Estado em narrativas sobre episódios de violência.

A narrativa assume uma centralidade neste trabalho, não apenas como o caminho através do qual busca-se compreender a experiência cotidiana do ACS, mas também como forma de acolher e visibilizar esta experiência. Portanto, faz-se necessária uma reflexão teórica a respeito da narrativa e das possibilidades que ela oferece quando se trata de apreender a aproximação das dimensões individual e coletiva na experiência cotidiana.

O fluxo narrativo, com ocasionais perguntas ou comentários do ouvinte, com genuína intenção de esclarecer, ampliar informações necessárias e/ou aprofundar temas, permite ao narrador uma construção de sentido no tempo, e seu ritmo permite elaborar, organizar e refletir sobre os pensamentos e emoções que saem com a fala.

A narrativa também pode ser uma oportunidade de “reescrever” histórias de vida e transformá-las, de conectar questões percebidas como individuais com condições sociopolíticas, de abrir possibilidades de compreensão e de ações alternativas (GERGEN; GERGEN, 2010, p. 56-57). A vida seria especificamente humana, segundo a psicanalista e linguista Kristeva, a partir de Hanna Arendt, na condição de poder ser representada numa narrativa e partilhada com outros homens (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008). Nas palavras de Bruner (1991, p. 5), nossa experiência dos fenômenos humanos dá forma as narrativas que usamos para contar sobre eles.

A abordagem da narrativa exige pelo menos dois cuidados: um que se refere ao narrar, ao relato propriamente dito, e outro que diz respeito à linguagem.

Narrativa é uma forma discursiva que nos permite organizar, explicar, dar significado, entendimento, estrutura e coerência às circunstâncias e eventos de nossas vidas. É um processo dinâmico que tanto organiza e dá sentido aos eventos e experiências da vida como é um modo de criação das coisas que fazem sentido para nós, incluindo nós mesmos. Mais do que uma metáfora sobre contar histórias, a narrativa é processo bilateral reflexivo, que constrói e nos ajuda a compreender nossas experiências. As narrativas são criadas, vivenciadas e compartilhadas pelas pessoas em conversas e ações umas com as outras e consigo mesmas (ANDERSON, 2009, p. 178-179).

O que contamos, como contamos, quando e onde, para quem, em qual circunstância, tudo faz diferença e o contraste da diferença, segundo Bateson (1972), faz surgir os significados que nos permitem conectar ou desconectar dos outros. O modo como o conteúdo de uma narrativa se organiza e é apresentado, mais do que o conteúdo em si, as intenções e objetivos do narrador e o lugar social de onde fala, são da maior importância (SÁ; DINIZ, 2019).

Considerando que não há uma única nem melhor forma de descrever determinado fenômeno, é importante conhecer os efeitos das diferentes descrições. Desse modo, a linguagem é considerada uma prática social, a partir da compreensão de que diferentes descrições constroem diferentes realidades e diferentes tipos de ação social (CORRADI-WEBSTER, 2014). Nas variadas narrativas dos ACS sobre o cotidiano de seu trabalho antes e durante a pandemia, é possível ao mesmo tempo ter a oportunidade de dar atenção ao singular de cada sujeito narrador e, também, colher suas diferentes contribuições para a compreensão do contexto mais amplo onde seu trabalho e sua vida estão inseridos.

Bruner (1991) elenca algumas características da narrativa, dentre as quais destaca-se: o tempo – os eventos que ocorrem com o passar do tempo, cronológico, abstrato, humano; a particularidade – narrativas se referem a acontecimentos particulares, que, no entanto, têm algo de genérico; a referencialidade – a ‘verdade’ narrativa é julgada por sua verossimilhança e não por sua verificabilidade.

A abordagem narrativa tem sido cada vez mais utilizada no campo da saúde coletiva para lidar com questões mais subjetivas, procurando compreender e construir sentido para as experiências diversas, difíceis e nem sempre compreensíveis, vividas pelos trabalhadores no cotidiano dos serviços de saúde. As narrativas permitem aos trabalhadores materializarem seus sofrimentos para além da biomedicina, conectando com seu ambiente sociocultural e sua subjetividade (SÁ; DINIZ, 2019). Possibilitam o compartilhamento de suas experiências, pensamentos e sentimentos ao mesmo tempo particulares e gerais, na intercessão com outras narrativas.

O conhecimento, atenção e cuidados com a linguagem estão intrinsecamente misturados com o domínio da narrativa. Linguagem é um dos conceitos caros na obra de Veena Das, elaborado especialmente a partir de Wittgenstein, filósofo com grande influência no estudo desse campo do conhecimento.

Um diálogo, uma conversação, só se estabelece quando é criado um terreno comum de linguagem e compreensão entre quem conversa. Parece óbvio, mas todos experimentamos com razoável frequência os nós da comunicação que impedem ou atrapalham um entendimento claro entre quem conversa.

Em 1991, Bruner destacava que havia somente uma década que estudiosos de alguns domínios, como a psicologia, haviam passado a valorizar a narrativa não só como uma forma de representar como também de construir a realidade, situando o que alguns autores chamam de *virada narrativa* em 1981 (BRUNER, 1991). Anterior à *virada narrativa*, o *giro linguístico* foi a expressão dos anos 70/80 com a qual ficaram conhecidas as mudanças em

múltiplas áreas como filosofia, ciências humanas e sociais, que passaram a dar maior enfoque ao papel da linguagem, da linguagem em uso, da análise e estudos do discurso.

As frases não podem ser isoladas de seus textos e contextos e, também, o processamento do discurso nas mentes dos usuários da linguagem não pode ser isolado do verdadeiro uso da linguagem em contextos sociais por usuários da linguagem em suas comunidades sociais e culturais. A linguagem, o discurso e o conhecimento são essencialmente sociais. (VAN DIJK, 2005, p. 9)

Os giros linguísticos e discursivos, criaram, entre muitas outras vertentes, uma tradição de linguistas críticos, de pesquisa crítica ampla, com representantes contemporâneos em pensadores diversos como Habermas, Foucault, Bourdieu (VAN DIJK, 2005, p. 12).

Wittgenstein, filósofo de referência para Veena Das, vivencia dois momentos históricos distintos em relação ao pensamento e estudo da linguagem e do discurso. Ele participa da primeira ruptura do *giro linguístico* como discípulo de Frege e Russel e como um dos fundadores do Círculo de Viena, após a publicação de seu Tratado Lógico-Filosófico, em 1921. Esse foi um movimento neopositivista que postulou uma distância da linguagem cotidiana em direção a explicações científicas e influenciou, como outros movimentos, a crescente importância da linguagem no início do século XX. Depois da II Guerra, Wittgenstein fez uma dura autocrítica, se afastou da possibilidade de construção de uma linguagem ideal científica e se voltou para reflexões sobre a linguagem comum, suas regras e usos cotidianos, publicando *Investigações filosóficas*, livro referência para Das e Cavell, participando do segundo movimento de ruptura que contribuiu para o desenvolvimento da filosofia analítica (GRACIA, 2005, p. 32).

Veena Das pratica um diálogo constante com o filósofo sobre a dor, sobre o uso do conceito de *formas de vida* (PEREIRA, 2010, p. 359), de ordinário, cotidiano, experiências de vida, conceitos estruturantes em sua obra, além do diálogo sobre linguagem. O conceito de *evento*, significando cada situação da vida cotidiana, essencial para Das, vem de Wittgenstein, assim como a visão sobre a linguagem, que não é só fala, mas também é corporal e silêncio, sendo que este não é entendido como uma ausência, mas como uma linguagem específica (PARREIRAS, 2018).

Os cuidados com a linguagem fazem parte da preparação do pesquisador, não só pela escrita de seu trabalho, dentro do ambiente acadêmico e sua linguagem instituída, mas principalmente no esforço de aproximação e diminuição das dissimetrias com seus entrevistados.

Como foi descrito acima, narrativas não ocorrem soltas no espaço e o pesquisador precisa se preparar para conversar com os sujeitos de sua pesquisa. O estudo desenvolvido aqui buscou alicerçar o preparo para as entrevistas com os ACS, no contexto da pandemia da COVID-19. A intenção foi dar visibilidade, reconhecimento às narrativas dos sujeitos sobre suas experiências no enfrentamento da pandemia, com atenção às suas singularidades e interseções com as narrativas de seus pares. Ao mesmo tempo, almejou-se registrar parte do retrato de um momento histórico sem precedentes, e escutar sobre suas possíveis ações coletivas transformadoras e sobre impactos de sofrimento social.

Um conceito de Veena Das(2020a) que se encaixa na moldura do quadro proposto por este trabalho, complementando as noções sobre narrativa, é o de testemunho. A ideia de testemunho é apresentada como criatividade no cotidiano, no ordinário, na reconstrução da vida despedaçada através de seus fragmentos, de um mundo novamente habitável a partir da agência de pequenos atos diários, em tarefas básicas da sobrevivência, após e mesmo durante eventos extraordinários. Os relatos dos ACS são um testemunho de como estão lidando diariamente, nos eventos cotidianos, com os imensos desafios trazidos pela pandemia.

Das entende o ato de testemunhar como uma maneira de entender a relação entre violência e subjetividade (DAS, 2020a, p. 116) e como uma interseção entre violência e gênero. A autora reconhece em Antígona o mito fundador de ser testemunha e voz: testemunha da violência e voz contra o apagamento, a morte da morte através do esquecimento. Luto e morte aparecem em seu trabalho como próximos do testemunho sobre violência. Testemunho é voz em momento de transgressão, que nem sempre aparece nas narrativas do ordinário com palavras, mas também pela corporalidade, o silêncio, os gestos, os rituais.

3.4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

A proposta de uma pesquisa formulada a partir da provocação de “um problema com uma questão, com uma dúvida ou com uma pergunta, articuladas a conhecimentos anteriores, mas que também podem demandar a criação de novos referenciais” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2019, p. 18), necessita responder a um princípio, defendido por Bourdieu (2012, p. 705), sobre a importância de se conhecer previamente a realidade que se vai pesquisar. O conhecimento prévio ajuda o pesquisador a diminuir dissimetrias entre ele e o(s) entrevistado(s), a aproximar as perguntas de uma linguagem que crie um campo comum de compreensão, a facilitar o fluxo de narrativas sobre a realidade que se deseja

conhecer.

Além disso, permite que o entrevistado se aproprie dos temas, possa falar até sobre o que nunca falou antes, dando voz a palavras amordaçadas, realizando uma autoanálise com suas reflexões, permitindo ainda que se sinta identificado, representado e coautor da pesquisa. O pesquisador, por sua vez, fica mais seguro e apto a ser mais aberto e criativo, a praticar uma escuta ativa; conhecendo o geral e contextual, pode distinguir as narrativas singulares, sendo capaz de se colocar em pensamento no lugar do entrevistado (BOURDIEU, 2012, p. 699). “Todo bom pesquisador prepara antes e muito bem seus instrumentos teóricos para compreender e interpretar a realidade”, afirmam Minayo, Deslandes e Gomes (2019, p. 20) citando Malinowski.

A pesquisa sobre os ACS, é composta de estudos prévios estruturantes para a ação, uma aproximação do conhecimento sobre as possíveis realidades a serem descritas pelos ACS nesses tempos de pandemia. Acerca desse cuidado, de aproximação prévia, o desafio é abrir espaço para as narrativas desses profissionais de saúde sem presumir o que sabem e o que dirão, antecipando seus pensamentos e emoções, não preenchendo lacunas de significados (ANDERSON, 2009, p. 44). Contudo, não se pode também fugir dos objetivos e delimitações da pesquisa e da necessidade de, repercutindo as múltiplas vozes e experiências, captar e dar visibilidade aos sentidos coletivos do viver e das possibilidades de ações conjuntas transformadoras – “a proposta não é apenas descrever, compreender e contemplar uma fração da realidade da vida, mas é de interpretá-la para aprender a saber como transformá-la” (BRANDÃO, 2007, p. 40).

3.4.1 Entrevistas e análise

Uma vez que o foco está na narrativa da experiência dos trabalhadores da APS, o interesse recai sobre a representatividade e qualidade de escuta dos trabalhadores entrevistados, e não sobre o número da amostra. Neste caso, a perspectiva foi entrevistar ACS da APS inseridos em unidades de diversas Áreas de Planejamento e ainda abarcando os critérios de gênero, idade mínima de 18 anos e tempo como ACS.

A proposta foi de uma escuta ativa das experiências dos ACS, recorrendo a entrevistas abertas, que possibilitem um fluir narrativo dos entrevistados sobre suas experiências, dramas subjetivos como medo e dor, bem como suas estratégias de enfrentamento e lutas. O roteiro da entrevista está descrito no Apêndice A. As entrevistas, em função da necessidade de distanciamento social por conta da pandemia, foram realizadas

de modo remoto, online, por meio de videoconferência na plataforma zoom ou pelo whatsapp.

Kaufmann (2013) coloca a entrevista em alto nível de importância para a pesquisa social, além de contrariar mitos como o da neutralidade do entrevistador, algo já bem aceito nesse campo. O autor destaca que as melhores chances para se conquistar respostas não superficiais acontecem pela interação dialógica com o universo dos entrevistados, um encontro que instiga reflexão e auto-explicação (p. 9), assim como coloca Bourdieu:

[...] certos pesquisados...aproveitam...uma ocasião também para se explicar [...] construir seu próprio ponto de mundo, a partir do qual veem a si mesmos e o mundo, e se tornam compreensíveis, justificados, e para eles mesmos, em primeiro lugar. (BOURDIEU, 2012, p. 704)

Ouvir individualmente através das entrevistas online não afasta a possibilidade de que, em diálogo com o pesquisador-entrevistador, organizando seus pensamentos, refletindo sobre suas experiências no ato mesmo de contar, o entrevistado desperte ou intensifique estímulos para aclarar e movimentar seu mundo subjetivo, modificando sua própria forma de agir, pensar e sentir, e na realidade objetiva, elabore propostas de mudanças em seu entorno, com seus colegas trabalhadores, em seu ambiente de trabalho.

Este momento pandêmico, como não poderia deixar de ser, trouxe características únicas e sensíveis às entrevistas, exigindo preparo, concentração, empatia e compaixão da pesquisadora. O primeiro momento da entrevista, depois de cumprir as formalidades do TCLE e de obter informações sobre o perfil dos entrevistados, foi dedicado a saber como estavam se sentindo naquele momento, abrindo uma oportunidade de poderem se expressar emocionalmente, de desabafar sobre os desafios e dores que estão enfrentando dia a dia.

O roteiro da entrevista foi seguido com a maior fluidez possível, deixando os entrevistados a vontade em suas narrativas, permitindo que trouxessem espontaneamente várias das informações esperadas e acompanhando atentamente outros assuntos que surgiram. As entrevistas duraram uma hora, em média, tendo por base nove perguntas sobre o cotidiano do trabalho, trabalhar e morar no mesmo lugar, o trabalho em equipe com outros profissionais, sua experiência antes da pandemia, sua experiência durante a pandemia, o que gostaria que continuasse e o que transformaria em seu trabalho, sua visão de futuro, sua vida pessoal/familiar (caso quisesse compartilhar).

A entrevista online requer cuidados diferenciados. Muitos elementos que fazem parte do encontro ao vivo estão, obviamente, ausentes: o ambiente, o clima entre pessoas que estão

fisicamente próximas, a comunicação não verbal, o movimento. A escuta ativa, que oferece acolhimento, legitima as narrativas dos sujeitos como únicas em suas experiências e histórias, com genuína curiosidade pela fala do outro (ALMEIDA, 2017, p. 66-67), precisa estar ainda mais refinada. E contar com a criatividade do pesquisador, já que, como disse Rubem Alves (1999, p. 57-64), “nunca vi anunciado um curso de escutatória”.

A busca é de construção conjunta de uma conversa que aproxime linguagens, procure diminuir assimetrias, inclusive sobre a percepção da própria pesquisa (BOURDIEU, 2012, p. 695), alimentando um diálogo interessado e interessante, sem perder de vista os objetivos desejados. Não é um diálogo livre, leve e solto, é um instrumento de construção de um saber científico que precisa ser explicado, interpretado e produzir um resultado esperado. Nas palavras de Carlos Brandão, “o diálogo científico, não neutro, não mais à procura da verdade [...], mas de busca de sentidos e significados partilháveis [...] na interpretação solidária de uma realidade da vida social” (2007, p. 39).

Em uma dimensão mais ampla, as palavras escutadas refletem estruturas sociais onde se inserem as *formas de vida* incorporadas pelos *jogos de linguagem*, conceitos de Wittgenstein. “As palavras ajudam a manter essas formas de vida, ao mesmo tempo em que as formas de vida conferem significado às palavras” (GERGEN; GERGEN, 2010, p. 27). Bourdieu se refere ao tema observando que os métodos tanto de pesquisas ditas quantitativas quanto de qualitativas, se apoiam nas “interações sociais que ocorrem sob a pressão de estruturas sociais” (2012, p. 694).

Todo o processo preparatório para a realização das entrevistas foi fundamental para estabelecer um ambiente de entendimento e confiança, deixando transparecer que houve um cuidado em conhecer minimamente o universo onde estão inseridos os ACS, trocando palavras de compreensão, solidariedade, respeito e curiosidade por suas experiências únicas.

Parte dos entrevistados, principalmente os que são membros ativos do sindicato, trouxe uma visão mais ampla e contextualizada de suas condições e processos de trabalho, comentando sobre a saúde pública municipal e nacional, questões políticas e econômicas, visibilizando estruturas sociais onde estão inseridos, demonstrando maior consciência sobre o momento histórico em que vivem.

A escuta atenta, às vezes sutil, ilumina o mundo onde habitam os pesquisados e faz parte de outra etapa da pesquisa, a da escrita, da transcrição que traduz, das infidelidades do reescrever, do instrumentalizar uma leitura compreensiva (BOURDIEU, 2012, p. 709-710), da elaboração de um conhecimento compartilhado.

“A análise da conversação [...] lê nos discursos não somente a estrutura conjuntural

da interação como mercado, mas também as estruturas invisíveis que o organizam” (BOURDIEU, 2012, p. 705). Esta dissertação almeja que as narrativas escutadas nas entrevistas sejam transcritas dentro do que Bourdieu chama de *pragmática da escrita*, com orientação para uma leitura compreensiva, que capte traços pertinentes aos propósitos da pesquisa, se equilibrando entre os compromissos de fidelidade a tudo que foi dito e aconteceu na entrevista, e de infidelidade, no reescrever (BOURDIEU, 2012, p. 710).

A análise e interpretação de dados em uma pesquisa qualitativa privilegia a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema a ser investigado, que costumam apresentar muitos pontos em comum ao mesmo tempo que destacam singularidades (GOMES, 2019). Bourdieu (2012, p. 705) reflete que, ao contrário do que parece dentro de uma visão ingênua, são as revelações das estruturas “ímanentes às conversas conjunturais” que destacam as complexidades singulares das pessoas sociais. Veena Das (2007) escreve sobre a importância de se estabelecer uma perspectiva, um horizonte, um panorama, como forma de ampliar o campo de visão, dentro do qual se colocam os objetos de uma descrição em sua relação entre si e com o olhar de quem os vê.

Considerando-se a importância do conceito de cotidiano e a relevância da contribuição teórica de Veena Das nesta pesquisa, faz-se aqui uma referência à contribuição da Etnometodologia, que contribui para análise da estrutura social enfatizando a importância da “ação individual, pequena, restrita, cotidiana, irrelevante e insignificante” como peças contribuintes do edifício da estrutura social ((IÑIGUEZ, 2005, p. 89).

A fase de análise, entendida como a decomposição dos dados e a busca sobre a relação entre eles, e de interpretação, compreensão e/ou explicação sobre o sentido das falas, se configura como o momento de finalização do trabalho qualitativo. Este é o momento no qual o pesquisador alinhava a articulação entre todas as etapas, todo o processo da pesquisa: material coletado, fundamentação teórica, propósitos da pesquisa, escolha metodológica (GOMES, 2019). Não que aconteça um *gran finale* propriamente, porque essa articulação vai sendo tecida ao longo do trabalho.

Minayo, Deslandes e Gomes (2019) afirmam que para compreender é preciso interpretar e estabelecer relações a fim de se chegar a conclusões. Na elaboração dessa análise-interpretativa, são estabelecidas algumas etapas interrelacionadas: leitura compreensiva do material selecionado, exploração do material, elaboração de síntese interpretativa.

A análise dos dados foi orientada a partir de categorias previamente elencadas, de acordo com objetivos da pesquisa, e com outras que surgiram e se mostraram pertinentes a

partir dos relatos transcritos.

Os conteúdos captados nas narrativas dos entrevistados foram organizados em duas planilhas (Quadros 3 e 4), com categorias e conceitos envolvidos na pesquisa. Nogueira (2019), a partir de Minayo e Kuenzer, descreve a utilização de categorias como critérios na seleção do que será investigado, na sistematização da teoria com intuito de conferir cientificidade, rigor e relevância ao estudo. Segundo a autora, Minayo apresenta três conceituações de categorias – analíticas, operacionais e empíricas, enquanto Kuenzer apresenta categorias do método e do conteúdo.

As categorias prévias, que subsidiaram essa pesquisa, podem ser descritas como operacionais, a serem utilizadas na fase empírica da pesquisa, a partir de seu objeto de estudo. Estas estão absorvidas nos temas da primeira planilha (Quadro 3). Na segunda planilha estão categorias empíricas (Quadro 4), elaboradas a partir dos conteúdos das entrevistas, conjuntamente pela pesquisadora e pelos ACS entrevistados.

Quadro 3 – Temas das perguntas da entrevista

Perfil	Local Território	Sentindo-se	Pré-Pandemia	Pandemia	Condições de Trabalho	Observações
--------	------------------	-------------	--------------	----------	-----------------------	-------------

Fonte: A autora (2021).

Quadro 4 – Categorias empíricas

		Condições de Trabalho/ Pré-Pandemia	Território	Sentindo/Pandemia	
Perfil	Potências Realizações	Precarização Vulnerabilidade	Margem Violência	Dor Sofrimento	Futuro

Fonte: A autora (2021).

Esta sistematização orientou a forma de apresentar os conteúdos no capítulo Tempo de Compreender, onde estão compilados os resultados da pesquisa e sua discussão.

4 TEMPO DE COMPREENDER

Os resultados obtidos por meio das entrevistas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram organizados em quatro eixos: (4.1) Territórios Vulneráveis, Vidas Vulneráveis; (4.2) Margens e Violência; (4.3) O Sofrimento de Todos e Cada Um; (4.4) Potências, Realizações e Reconhecimento. Todos os elementos relatados pelos entrevistados dentro destes eixos estão sistematizados em quatro quadros.

Os quatro eixos foram definidos em um diálogo entre o conteúdo das entrevistas e os enquadramentos teóricos. Buscou-se dar relevância aos *testemunhos* dos ACS sobre suas realidades, favorecendo uma aproximação do leitor com as suas *experiências de vida cotidiana*.

4.1 TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS, VIDAS VULNERÁVEIS

Vulnerabilidade, termo usado por quase todos os entrevistados na pesquisa, se impôs como categoria de amplitude e complexidade adequada para dar conta de boa parte dos conteúdos que emergiram nos relatos dos ACS. Mesmo utilizando o termo em um emaranhado de significados, os ACS se mostram representados em seus diversos desamparos pela palavra vulnerabilidade.

Magali, ACS na Área de Planejamento (AP) 2.1, região da zona sul e São Conrado, tem uma preocupação maior com as condições de vida da população que atende e onde vive, visto que suas condições de trabalho são adequadas, mesmo considerando-se a redução de recursos na saúde nos últimos anos. A Clínica da Família (CF) onde trabalha, ela conta com orgulho, é considerada modelo no Rio de Janeiro. Magali é testemunha e conta sua experiência na pandemia:

Com essa pandemia tivemos que reorganizar esse fluxo [na CF] e restringir muitos atendimentos. Foi muito ruim, pois era uma coisa nova e ninguém sabia de nada. Tivemos muitas pessoas morrendo aqui na comunidade. Assim, paramos total de acompanhar as pessoas, muitos de nós adoeceram também e até hoje a questão de recursos humanos está bem oscilante, porque por síndrome gripal ou qualquer coisa tem que se afastar e a gente trabalha se desdobrando. (ACS Magali)

A ACS Cleo, também da AP 2.1, relata condições de trabalho similares às de Magali, com infraestrutura de trabalho e apoio da equipe multiprofissional. Cleo chama atenção para as demandas de saúde mental da população e dos profissionais, destacando como as

vulnerabilidades dos usuários e moradores se aprofundaram com a pandemia, aumentando desemprego, a falta de doações e do auxílio emergencial (do governo federal), além da impossibilidade de seguir os protocolos sanitários de enfrentamento da pandemia. A este respeito ela conta: “A maior parte das pessoas perdeu o trabalho. Teve auxílio emergencial e distribuição de cesta básica no início. Agora não tem mais quase nada. Muita gente precisa, a quantidade de famílias precisando aumentou”.

A situação da ACS Vera, da AP 3.3, região de Madureira, diferentemente das duas anteriores, apresenta vulnerabilidades e precariedades no trabalho e no território, dos usuários e da população, dificuldades pessoais e profissionais. Vera relata, por exemplo, que quando teve *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19), depois da primeira dose da vacina, se internou em uma clínica particular, por um plano de saúde coberto pela prefeitura. Esta, no entanto, deixou de pagar o plano, e Vera teve alta à revelia, concluindo seu tratamento na CF. Nesses tempos de trabalho remoto, Vera descreve inúmeras dificuldades em seu cotidiano: falta de acesso à usuários que não têm whatsapp e ficam sem atendimento local pela suspensão das visitas domiciliares (VD), falta constante de internet por roubo de cabos, resultados de testes de COVID-19 que demoram 20 dias, entre muitas outras.

Magali, Cleo e Vera e suas narrativas ilustram reflexões descritas por Butler, que aponta a existência de meios de distribuir vulnerabilidades, formas diferenciadas de alocação que tornam algumas populações mais suscetíveis à violência arbitrária do que outras. Todos nós vivemos vulnerabilidades desde quando somos gerados, mas elas se tornam mais fortes em certas condições sociais e políticas, especialmente onde a violência é um modo de vida e as possibilidades de autodefesa são limitadas (BUTLER, 2019b, p. 10-49).

Temos uma vulnerabilidade primária em relação aos outros, prossegue a autora, uma dependência fundamental de pessoas anônimas, da qual não podemos nos livrar sem deixarmos de sermos humanos. Diferentemente de outros usos da palavra *precária* e da expressão *vida precária*, Butler as utiliza também para falar sobre a precariedade intrínseca à vida humana, que nos torna interdependentes uns dos outros para existir. Defende assim “uma ética não violenta, baseada no entendimento do quão facilmente a vida humana pode ser anulada” (BUTLER, 2019b, p. 12-16).

O desafio de compreender quais vidas poderão ser enquadradas como vidas busca “ampliar as reivindicações sociais e políticas sobre os direitos à proteção” (p. 15) e, para tanto, coloca em questão certa ontologia corporal. Butler instiga a pensar em ontologia não como estruturas fundamentais, mas como questionamentos sobre precariedade, vulnerabilidade, dor, interdependência, trabalho, reivindicações sobre linguagem e pertencimento social. (MOREIRA, 2018, p. 1)

Desse ponto de vista, há entre os ACS e na população da qual fazem parte, uma necessidade de formarem redes de apoio profissional e social, um senso de interdependência muito clara para que possam sobreviver em condições de profunda vulnerabilidade e precariedade. Tanto como morador/cidadão como quanto ACS, esses sujeitos têm noção de diferentes dimensões de vulnerabilidade, da individual a social, da humana a territorial, de grupos menores a população em geral.

Márcia, ACS da AP 1.0, região do centro da cidade, descreve como os profissionais de sua Unidade Básica de Saúde (UBS) se organizaram para monitorar as possibilidades de acesso ao território, o que, muitas vezes, é impedido por motivo de violência, como tiroteios. Márcia faz elogios à sua equipe, à enfermagem e médico da família que vão à comunidade, estabelecendo vínculos locais com os usuários. A ACS defende o reconhecimento e a valorização de toda a equipe profissional da UBS.

Entende-se aqui ser possível uma aproximação com o conceito desenvolvido por Ayres *et al.* (1999). Esses autores, em estudo sobre aids, desdobram a ideia de vulnerabilidade para além da chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos pertencentes a uma relação intrínseca entre indivíduo e coletividade. Propõem interpretar a vulnerabilidade em três dimensões: “vulnerabilidade individual”, do comportamento pessoal; “vulnerabilidade social”, do contexto social; “vulnerabilidade programática”, do programa de combate à doença, no caso.

As restrições e impossibilidades de responder aos cuidados necessários para proteção contra a COVID-19, são encontradas em todo o território brasileiro, como descrito na apresentação da coletânea de artigos *Pandemia e território*:

Ao mesmo tempo, começa a ficar mais perceptível, o grau de precariedade de suas condições de vida: moradias com insuficiência de serviços básicos, explicada pela ininterrupta “crise de habitação”, o que inviabilizaria qualquer medida de isolamento social, quarentena ou confinamento, ou seja, moradias com carência de água potável, sem rede de esgotos, formando parte do intocado quadro de “crise sanitária” do país. Isto dificulta cotidianamente os cuidados mais triviais de higiene, como o lavar as mãos, e impede esse tipo de prevenção neste tempo de pandemia, quando a norma máxima é a prevenção através de rígidas normas sanitárias. (WAGNER; ACEVEDO; ALEIXO, 2020, p. 34)

Os ACS, como agentes de saúde no território, vivem 24 horas a realidade dessa impossibilidade da população de seguir as recomendações e obrigações das normas de enfrentamento da pandemia. Normas que não só os ACS compreendem como necessárias como têm obrigação de informar, divulgar e cobrar (o uso de máscaras nas unidades de saúde e quando vão nas casas, por exemplo), apesar de reconhecerem que essa “obediência” é uma

ficção. Se mal há máscaras para os profissionais, por exemplo, como cobrar sua utilização pelos usuários? A ACS Márcia descreve sua rotina sobre essa situação: “é o dia todo, chegamos às sete horas da manhã, vamos à administração, pegamos [a máscara cirúrgica] e ficamos o dia inteiro”.

A ACS Rosana, da AP 3.2, região do Méier e Jacarezinho, relata como acontece dentro das unidades a transmissão da COVID-19, mesmo entre os profissionais: “Tive covid e fiquei um ano parada. Sou hipertensa, diabética. Pegou minha família inteira. Voltei mês passado. Sexta, no acolhimento, houve descuido e a fisioterapeuta estava com covid. O que vou fazer? Testei e estou de quarentena”.

Rosana demonstrou desânimo ao relatar que nem sua família respeita os protocolos sanitários, se aglomerando frequentemente e sem máscaras. Pelas ruas de sua comunidade encontra pessoas com sintomas da doença que se comportam como se a pandemia não existisse e desprezam fazer testes para diagnóstico, recebendo mal as orientações dela e de outros profissionais. “Tem baile todo fim de semana”, ela diz, acrescentando que, muitas vezes, vai buscar morador em casa para vacinar.

Outra abordagem essencial nas questões de vulnerabilidade está ligada ao fato da maioria dos profissionais de saúde ser mulher. No caso da Pandemia por COVID-19, onde ela estão na linha de frente, seu risco de contaminação é ampliado, além dos riscos ocupacionais, incluindo excesso de horas de trabalho, profissional e doméstico, adoecimentos e sofrimentos de vários tipos, fadiga, *burnout*, estigmatização e violência física e psicológica, amplificados por fatores relacionado ao gênero (HERNANDES; VIEIRA, 2020). Estas são condições que descrevem a força da interseccionalidade na experiência cotidiana dos sujeitos.

As vulnerabilidades são interseccionais e sobrecarregam as mulheres. As questões relacionadas às doenças crônicas dos ACS, hipertensão/diabetes/obesidade, mais estresse, jornada física e psicologicamente exaustiva, por exemplo, se fundem com acúmulo com trabalho doméstico, cuidados com filhos, e assédios moral e sexual, com racismo.

Saí da enfermagem. 26 anos como enfermeira. Falta de respeito. Sou negra, sofri discriminação – me recusaram no centro cirúrgico como gestora. A questão racial atravessa a vida no trabalho. A pessoa questiona qual faculdade eu fiz. Aprendi a não abaixar a cabeça. Também sofri assédio moral e sexual. Saímos em dupla [no território] por proteção. (ACS Clenice)

Clenice, ACS na AP 1.0, relatou sofrimento com a possibilidade de contaminar sua família, porque, segundo ela, mesmo vacinada pode ser portadora do vírus e está trabalhando

sem descontaminação. Sua história profissional traz episódios de desvalorização e racismo, por ser mulher negra com curso superior de enfermagem, além de sofrer assédios moral e sexual. Neste momento da pandemia, de trabalho mais intenso e desgastante, quando chega em casa ainda se ocupa das tarefas domésticas: “Agilizo tudo em casa”.

A ACS Cora, da AP 4.0, em UBS na região de Jacarepaguá, faz um depoimento sobre sua saúde, reafirmando condições encontradas em geral na categoria dos ACS, como aferido por pesquisas e pelos Boletins de Saúde dos ACS. A mais jovem ACS entrevistada, de 25 anos, recordou seu processo de adoecimento no início pandemia, quando chegou a parar o curso que fazia na faculdade:

Estou exausta, muito cansada. Desde o início [como ACS] tive picos de hipertensão. Engordei muito. Agora estou hipertensa, dianosticada. Tenho pensamento ansioso. Parei de estudar porque não conseguia aprender nada. Fiquei 4 meses sem ver meu noivo. Desespero de não saber o que vai acontecer. Tive esgotamento mental. (ACS Cora)

A interseccionalidade é para todos, como mostra a experiência do ACS Rui, afastado logo no início da pandemia com diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda. Obrigado a ficar em isolamento social, foi para sua casa na área rural cuidar da esposa que teve longa e grave COVID-19, com risco de morte. Rui foi enfermeiro e médico, apoio espiritual, dono de casa, sem deixar de acompanhar diariamente o trabalho de seus colegas em sua UBS, colaborando dentro de suas possibilidades. A sobrevivência de sua esposa foi a recompensa de sua dedicação e atuação em múltiplos papéis. Seu depoimento é pura emoção.

Ser vulnerável não é o mesmo que ser uma vítima, afirma Veena Das (2020a, p. 98), e testemunhar é um meio de ter agência na vulnerabilidade. Assim atuam os ACS que puderam através das entrevistas visibilizarem a complexidade de suas experiências neste momento, um amplo espectro de vivências que vão de violência e dor à alegria de cuidar e ser reconhecido.

No Quadro 5 estão listados parte dos resultados da pesquisa, agregando temas interconectados presentes no eixo “vulnerabilidade ou precariedade”.

Quadro 5 – Temas de vulnerabilidade e precariedade

Geral	Falta de Estado/ sem saúde e educação para todos Deterioração da saúde da população por falta de prevenção e promoção da saúde Piora generalizada de condições de trabalho para todos Falta de assistência para profissionais e população/ aumento de necessidades, da fome
Individual	Trabalho 24h (atendimento aos usuários e moradores) Sem EPI/ EPI insuficiente ou inadequado Sem apoio psicológico/ piora da saúde mental, emocional Piora de condições físicas/ aumento de comorbidades (hipertensão/obesidade/diabetes)/ sequelas da covid Assédio moral e sexual/discriminação pessoal e profissional/ racismo/exploração Acúmulo de trabalho + trabalho doméstico Perda do plano de saúde privado Sem dignidade por ser de favela, periferia Uso de recursos pessoais no trabalho (próprio celular, computador, internet)
Saúde Pública	Diminuição de pessoal/ das equipes/ falta de médicos e de especialistas Forte aumento de usuários do SUS Vínculo de trabalho precário/ sem férias ou feriados (pandemia + troca de OSS)/ sem insalubridade/direitos atropelados Diminuição e atraso de salários e benefícios Diminuição progressiva de verba da saúde/ falta de insumos/ falta de recursos contra covid Sucateamento do SUS/ sem educação continuada/sem NASF/decadência da ESF Aumento do risco para pacientes crônicos (pela falta de atendimento no território)/ falta de visita domiciliar SISREG ruim/ demora de consultas/ demora de busca de vagas covid Profissionais atuando fora de sua especialização/ desvio de função Constante mudança de fluxo e protocolos do trabalho/desorientação/ falta de informações sobre COVID-19 Acúmulo de tarefas + novas tarefas/ rotina pesada com vacinação Falta de testes de covid/ testagem insuficiente/ demora dos resultados Menos autonomia e mais burocracia
População	Moradias precárias/ impossibilidade de distanciamento, isolamento social Ignorância (falta de entendimento, de informação, de estudo) Aumento esponencial de famílias vulneráveis, do desemprego Diminuição de doações/ fim do auxílio emergencial População passando extrema necessidade, fome

Nota: EPI – Equipamento de Proteção Individual; ESF – Estratégia Saúde da Família; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; OS – Organização Social de Saúde; SISREG – Sistema de Regulação; SUS – Sistema Único de Saúde.

Fonte: A autora (2021).

Os temas foram agrupados no Quadro 5 com base na proposta de interpretação de “vulnerabilidade” de Ayres *et al.* (1999), com a inclusão da classificação “geral”, onde estão temas de amplo impacto, relacionados a questões de Estado, da falta do Estado. A maior parte das condições de vulnerabilidade são anteriores a pandemia, contudo foram profundamente pioradas neste período, como mostram dados em capítulos anteriores desse trabalho.

No entendimento da *vulnerabilidade social*, destaca-se que os ACS possuem um conhecimento produzido na experiência de acompanhar as condições de vida dos moradores. Eles conhecem as condições de moradia e de sobrevivência, e por isso, identificam as

famílias que mais precisam de ajuda. Veem a maior parte das moradias insalubres, com mofo, sem água, com esgoto a céu aberto; percebem o que os moradores não dizem ou não podem dizer, como questões de violência doméstica e uso de substâncias ilegais; precisam ajudar com o social e o psicológico dos usuários. Muitos doentes e idosos em extrema vulnerabilidade, sem condição de sair de casa, precisam da regularidade de VD e todo tipo de ajuda.

Os ACS testemunharam nas entrevistas sobre o aumento do desemprego e da fome na pandemia, principalmente do final de 2020 para cá. Segundo seus relatos, a maioria da população está desempregada; houve diminuição de doações de cestas básicas e máscaras; a saúde mental da população piorou muito, com altos índices de depressão e falas suicidas; há muita aglomeração e comportamentos de risco que aumentam desenfreadamente a contaminação por COVID-19, principalmente por parte dos mais jovens. A população, relatam os ACS, precisa do Bolsa Família para sobreviver, e o valor do programa está defasado e toda hora é ameaçado de descontinuidade.

O ACS Rui, da AP 5.1, região de Bangu e Realengo, trouxe relatos enriquecidos por sua função sindical, que lhe permite ter uma visão mais ampla da categoria, de suas condições de trabalho e de vida, do Sistema Único de Saúde (SUS), das implicações das políticas públicas das três esferas de governo, da determinação social que atravessa sua profissão. Rui ressalta a falta de entendimento da população sobre a perda de direitos e ameaças à democracia, assim como pontua a falta de preocupação dos profissionais com as perdas do SUS e dos trabalhadores.

Rui faz alertas sobre a deteriorização da saúde dos ACS, muitos adoecendo por insegurança no trabalho, com dívidas e situações de desespero, tomando calmantes e antidepressivos, “tomando tarja preta”, como ele destacou. Muitos profissionais continuam adoecendo por COVID-19, mesmo depois de duas doses de vacina.

A ACS Márcia traz uma cena cotidiana, quando os ACS são questionados sobre a precariedade do atendimento de saúde:

Eu até fico nervosa na hora que alguém me questiona sobre o que vai fazer lá embaixo [na unidade], mas aí depois procuro me acalmar, não tenho por que discutir com uma pessoa se o que ela está reclamando é a realidade da população do Brasil. Como vou discutir se ela não está falando mentira? Ela está certa, saúde é um direito universal e nós brasileiros não temos isso. Saúde e educação estão na constituição, mas infelizmente aqui está jogada às favas. (ACS Márcia)

Entre as condições de vulnerabilidade e precariedade, as narradas de forma mais dramática são o aumento extremo do desemprego e da fome, principalmente após o término do auxílio emergencial no final de 2020. Muitos dos ACS se comoveram ao falar sobre isso. Este foi o caso de Cleo que contou: “Chegava numa casa tava todo mundo empregado, aí perde o emprego e descompensa tudo. A demanda de saúde mental aumentou muito, a maioria perdeu o emprego. Acho que ainda vai piorar. É desesperador”. Outro ACS analisa:

Um dado alarmante é a questão da fome. A gente vive isso aqui diariamente com pacientes que não têm o que comer, perdeu o emprego [...] pois a maioria trabalhava informal, que já vem de uma questão de economia ruim e fraca. Isso não é de agora. A pandemia só evidenciou o que a gente tem de ruim e isso trouxe à tona a questão da fome. A vulnerabilidade está muito maior. (ACS Walmir)

ACS Walmir, da AP 3.1, região extensa que inclui Ramos, Complexo da Maré e Complexo do Alemão, exerce a profissão há 23 anos e é liderança sindical. Logo no início de seu depoimento demonstrou exaustão pela sobrecarga de trabalho físico e psíquico, com sintomas de ansiedade e medo. Walmir identifica além do acúmulo de funções com a pandemia, o desvio para atividades fora do escopo dos ACS, como notificações e triagem dos pacientes de COVID-19.

Não é só o agente comunitário que está sobrecarregado, todos os profissionais estão muito sobrecarregados, então é questão de dever o que é prioridade, porque nós somos seres humanos, temos que tentar fazer o melhor dentro das nossas possibilidades. Agora, se quiser abraçar o mundo, daqui a pouco não abraça nada, pois está todo mundo adoecendo, esgotado fisicamente e mentalmente, assim daqui a pouco não dá mais, então queremos ver as prioridades. (ACS Walmir)

A ACS Ana, que trabalha em UBS localizada na AP 5.2, região de Campo Grande e Guaratiba, fez um relato pessoal difícil, que ao mesmo tempo confirma as condições de saúde vulneráveis dos ACS, mas que ao dar visibilidade, ao poder falar sobre seu problema, traz alívio. Ela teve COVID-19 e ao fazer exames descobriu um nódulo no pulmão, que não pode ser investigado pois, com a troca de Organização Social de Saúde (OS), os trabalhadores perderam o plano de saúde privado e a fila do Sistema de Regulação (SISREG), para tratamento público, é longa.

A terceirização de contratação através das OS no Município do Rio de Janeiro (MRJ) é, por si só, um dos mais graves problemas vividos pelos ACS, com trocas constantes de empresas, sempre com perdas salariais, de benefícios e de direitos, como férias. Quem é do Rio sabe, essas empresas estão frequentemente envolvidas em escândalos de corrupção,

inclusive durante a pandemia, por exemplo, com o gerenciamento dos hospitais de campanha.

Eu trabalhava em uma OS, agora entrou outra que ano passado - eles tiraram da gente, por exemplo, reduziram nosso vale refeição, tiraram nosso vale alimentação, acho que nenhum agente de saúde recebe mais vale alimentação, e ainda houve diminuição no nosso vale refeição, isso é em todas as OS do Rio de Janeiro. (ACS Márcia)

Os profissionais estão adoecendo pela insegurança do trabalho. [...] nós já vínhamos em uma perda muito grande em relação a trabalho e a maneira de nós trabalharmos. Como agentes comunitários de saúde nós passamos a ter que praticamente todos os meses durante esses quatro anos, isso desde outubro de 2017, a cada dois meses ir para a rua lutar por pagamentos de salários, de benefícios, então a nossa trajetória já vinha prejudicada devido a isso. Com a pandemia ela chegou ao caos, porque aí não havia medicações, nem vontade de uma melhoria em relação aos trabalhadores da ponta. (ACS Rui)

As condições materiais de trabalho são muito precárias na maior parte das UBS dos entrevistados e acontece de forma muito desigual nas diferentes AP da cidade, com maior penúria nas UBS da zona oeste, AP 4 e 5. Com a pandemia tudo se agravou e ainda apareceram outras condições de vulnerabilidade, como a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), principalmente no início da pandemia (hoje é insuficiente ou inadequado para muitos), aumento de jornada, principalmente com a vacinação, mudanças constantes e, às vezes, incoerentes de fluxo e protocolos de trabalho, adoecimentos por covid dos profissionais e, claro, dos usuários, exaustão física e psicológica.

Hoje nós não temos coisas básicas como copos descartáveis nas unidades, não temos computadores, todos os ar-condicionado estão quebrados, ficamos bastante tempo sem ter um segurança, agora que voltou, produtos de limpeza são bem escassos. Antigamente tínhamos uniformes, hoje temos que mandar fabricar blusas para a gente poder trabalhar. Muita coisa se perdeu, tínhamos materiais como: lápis, borracha, caneta, mas hoje se a gente não comprar, não temos. [...] Acho que é geral, está tudo muito precário. Na clínica que eu fui hoje [visitar] a sala dos agentes não tem nenhum computador, como o ACS trabalha dessa forma? Não tem ar-condicionado, ventilador e nem computador, sendo que a clínica é totalmente enferrujada e tem ACS trabalhando diretamente com sintomático respiratório. (ACS Ana)

A clínica teve que mudar muito, mudou o fluxo, tanta coisa. E agora veio essa segunda onda e mudou tudo de novo. Dificultou o acesso [nosso] aos usuários e dos usuários [à unidade]. (ACS Clénice)

Hoje, infelizmente, [os usuários] quando vão a clínica não conseguem ter um atendimento que necessitavam por causa do sucateamento que chegou as unidades básicas de saúde. Elas estão sucateadas, até a minha clínica que foi inaugurada mais recentemente. Hoje nós estamos com quase todos os ar-condicionado das salas sem funcionar, as salas com seus móveis quebrados, equipamentos que seriam de grande valia estão parados sem manutenção, como é o caso do raio-x

aqui da minha clínica, que está interditado; não temos mais eletrocardiograma, porque o aparelho está quebrado. (ACS Rui)

O depoimento de Rui ilustra o que pode-se denominar como vulnerabilidade programática, da saúde pública, também referida por outros entrevistados. Os relatos enfatizam tanto a importância vital do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) para as populações com as quais trabalham, como também as deficiências e perdas de estrutura e qualidade do programa nos últimos anos, atribuídas principalmente no MRJ à gestão do prefeito Marcelo Crivella. A ACS Márcia, sete anos na função, classificou de “decadência” a atual situação da ESF.

Aspectos citados por todos os entrevistados incluem como perdas preponderantes a diminuição drástica das ações de prevenção e promoção de saúde, a diminuição das equipes profissionais e do número de ACS, a quase extinção das equipes multiprofissionais de apoio, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a falta generalizada de recursos humanos, materiais e financeiros e as trocas constantes de gestores.

Médico de família é isso, de família e de comunidade, não existe esse médico só de família dentro do CMS [Centro Municipal de Saúde], ele tem que ir à comunidade até para conhecer a população de quem ele está tratando. Essa era minha briga, porque alguns residentes vêm com aquilo de ser favela, comunidade e no primeiro tiro eles já saem corridos e não voltam mais, eles querem fazer o consultório lá dentro, mas alguns são bons. (ACS Márcia)

Foi faltando tudo na farmácia, sendo aquilo que a gente fala, sucatearam o SUS, a última gestão foi muito ruim, acho que para a saúde como um todo no Rio de Janeiro, nada era perfeito antes, mas funcionava. [...] Aí vem essa vacinação também que todos os profissionais têm que dar o suporte, não só aqui na unidade, nós estamos dando suporte até em outras unidades também. para a gente poder andar com essa vacinação que também é importante. (ACS Magali)

Outro aspecto importante que consta nesse primeiro quadro tem a ver diretamente com a determinação social, a desigualdade e injustiça social, fortemente intensificadas durante a pandemia. Vários depoimentos dos ACS testemunham as diferenças no contexto da saúde dos mais pobres. Hoje temos dados de pesquisas mostrando como a vacinação ocorre com menor intensidade e celeridade nos bairros mais pobres e periféricos, como exposto anteriormente no tópico sobre desigualdades dessa dissertação.

A ACS Cleo declara: “O que mais me comove é a necessidade do isolamento. Não estamos no mesmo barco. Quando tive covid não pude ficar longe dos filhos. Foi desesperador”. Outros ACS apresentam o quadro que atinge a população de suas localidades, bem com a situação das UBS:

Nós tivemos na gestão passada a perda de mais ou menos dois mil trezentos e setenta e dois agentes comunitários de saúde, na minha unidade mesmo nós éramos umas seis equipes para cuidar da população, nós fomos reduzidos a três equipes, só que a população continua aumentando, ela não diminuiu e com isso [nem] o agente comunitário de saúde, nem os profissionais da unidade, médicos, enfermeiros e técnicos, eles não conseguem mais dar conta dessa população, aí seu trabalho como agente comunitário de saúde fica prejudicado, porque você hoje não está atendendo as setecentas e cinquenta pessoas que você atendia antes. (ACS Rui)

O usuário que é diabético precisa da fita, porque é uma coisa cara, só que não tem e aquele usuário que mora na comunidade não tem dinheiro para ficarem comprando fita de aferir glicose, essas coisas atrapalham um pouco a gente. As consultas estão um pouco escassas após a pandemia, pois o mundo parou por causa da covid, parou tudo e o exame é através do SISREG [Sistema de Regulação]. Sinceridade, depois que inventaram o SISREG está uma coisa. As pessoas reclamam porque o usuário te dá um pedido para você passar a médica da equipe e lançar no SISREG um pedido de fisioterapia e às vezes leva dois/três meses para sair, o que é uma coisa difícil, pois tenho usuários que têm crianças que precisam de uma cirurgia de fimose e está esperando há cinco meses ou mais. (ACS Márcia)

Às vezes a gente tira da nossa família para poder fazer uma cesta básica, por exemplo, o pessoal da limpeza estava sem pagamento, os vigias também estavam sem pagamentos há quatro meses, então a gente tira da nossa família para fazer a cesta básica e ajudar o colega que está ruim, aí daqui a pouco aparece um paciente que por conta da pandemia perdeu o emprego e está sem nada dentro de casa, com um nenenzinho que acabou de ganhar, aí a gente faz outra vaquinha para comprar as coisas, assim estamos sempre tentando ajudar a população. Muito difícil, pois sou o tipo de pessoas que fico agoniada – não consigo ver ninguém com fome. (ACS Ana)

Os testemunhos aqui relatados compõem parte do que se propôs a pesquisa realizada, qual seja, oferecer uma escuta, uma janela de oportunidade para que os ACS pudessem falar o mais livremente possível, dentro dos limites de uma entrevista, sobre suas experiências cotidianas antes e durante a pandemia, sua vida ordinária nesses tempos extraordinários. Os motivos que os mantêm trabalhando com dedicação em meio a tantas vulnerabilidades e precariedades são vários, e causa admiração o que conseguem fazer e cuidar. A pergunta inescapável que surge é: como seria (será) se tivessem (quando tiverem) condições de trabalho adequados? Imagine, então, com melhores condições de vida da população a qual pertencem.

4.2 MARGENS E VIOLÊNCIA

Um dos eixos de apresentação dos resultados desta pesquisa é constituído pelos depoimentos dos ACS sobre suas atividades rotineiras no território, em resposta livre a perguntas sobre seu dia a dia, sua experiência cotidiana profissional e de morador, antes e depois da pandemia.

O território é elemento intrínseco a própria existência da atividade dos agentes de saúde que são comunitários. Os ACS têm uma relação complexa com seus territórios, onde trabalham e vivem, uma relação dialética, em que ambos se constituem e se influenciam, em diferentes dimensões.

No processo de estruturação de territórios, relações de poder são estabelecidas e conhecê-las faz total diferença na compreensão não só da singularidade dos territórios, da vida e experiência que neles acontecem, como também das suas interrelações mais ampliadas com outros territórios vizinhos, com sua região, cidade, país. Essas relações de poder podem ser criadas pelo Estado (formais) ou pela sociedade (informais) (GONDIM; MONKEN, 2018).

No Rio de Janeiro os territórios se apresentam de múltiplas formas particulares, diferenciadas de outros centros urbanos, e essas formas envolvem resistência, luta e violência. Para desenvolver este trabalho foi necessário estudar e aprofundar o conhecimento, buscar se apropriar minimamente da realidade dos territórios da cidade, na qual uma rua pode ser uma *linha abissal* e separar formas bem distintas de vida de suas populações, um muro pode ser a fronteira entre *zonas civilizadas e zonas selvagens*. As margens do MRJ estão nas periferias assim como em bairros de maior poder aquisitivo.

Os territórios ditos periféricos, as comunidades, favelas no MRJ, têm domínio ou do tráfico ou da milícia, cada um estabelecendo as *formas de vida* das populações que ali habitam e tentam sobreviver dia a dia. O sentido de ter um profissional de saúde local, morador, adquire uma importância tal que, às vezes, pode ser a diferença entre sobreviver ou morrer, como consta no relato da ACS Magali:

Por isso que é muito importante o agente comunitário morar no seu território, porque as pessoas te veem, te conhecem, então você acaba não tendo problema com ir e vir, como por exemplo, estar trazendo profissionais aqui para fazer visita. Eu nunca tive problema de ninguém me abordar e perguntar quem é fulano ou sicrano, o que a gente passa muito é do nada acontecer um tiroteio, alguma coisa, mas estando comigo eu sei onde me enfiar, mas existe muito isso. A gente tem um protocolo de segurança na comunidade, a gente segue esse fluxo de às vezes está amarelo e a gente observar na ida para clínica se tem um movimento estranho, se estiver em vermelho a gente fecha a unidade se for no entorno.

As ACS Magali trabalha e vive em um bairro populoso, na AP 2.1, de domínio do tráfico de drogas, com ocorrência frequente de tiroteios entre traficantes e destes com a polícia, e períodos de guerra entre diferentes facções. Nestes momentos, não só o trabalho no território é interrompido como as UBS e seus profissionais ficam expostos à violência. A pandemia foi a única outra causa de impedimento da circulação dos ACS pelo território.

Eu passei por muitas situações de tiroteios. Eu entregava remédio de tuberculose para quem era do tráfico, aí no dia do tiroteio eu não fui e ele veio bater na minha porta atrás da medicação. Assim fico pensando que se acontecer alguma coisa comigo, o que vão fazer? Nada, vão simplesmente contratar outra pessoa e pronto, então a gente sabe que as coisas são assim. Eu queria muito mudar minha situação, mas acho meio impossível. (ACS Magali)

As implicações no trabalho dos ACS a partir das condições de vida vulneráveis e precárias em seus territórios, negociações com domínios de poder paralelo ao Estado do tráfico ou da milícia, assim como a violência das incursões policiais, são alguns dos elementos que emergem em seus testemunhos, trazendo dados sobre obstáculos e constrangimentos no acesso ao território, os limites de sua prática profissional e os vínculos relacionais com os usuários (ALMEIDA *et al.*, 2019).

No Quadro 6 estão sintetizadas estes e outros temas relacionados as categorias de território, margens e violência.

Quadro 6 – Temas de território, margens e violência

<p>Nenhuma segurança no território/ tiroteios impedem o trabalho/ Sem segurança pública Segurança é organizada por moradores e profissionais da CF Circulação permitida no território por ser ACS / Não morrer por sorte e por ser reconhecida Domínio da violência Domínio de milícia, sem conflitos armados, sem violência explícita, mas com pressões indiretas SAMU não entra/sobe (favela) por causa da violência Exposição do local de trabalho à tiros Agressões verbais de usuários/moradores Território grande e populoso para o número de profissionais Ter que ir ao território em dupla por causa de assédio sexual Muita violência causada por guerra entre facções de traficantes Desorientação e informações falsas sobre medidas sanitárias Bolsonaro fazendo campanha contra as medidas sanitárias Falta de fiscalização trabalhista coibindo abusos Pobreza, fome, desemprego / população dependendo de doações, sem recursos do estado Falta de água/ esgoto a céu aberto/ moradias insalubres Sem internet para ter whatsapp e fazer contato de saúde com usuários Usuários sem condições de vir na CF ficam sem atendimento População depende de avaliação do ACS para bolsa família, seu sustento Muitos idosos pobres e analfabetos Divergências de atuações das CF em relação às indicações do MS, q mudam muito/ Situação inédita com orientação insuficiente/falta de orientação, de instrução sobre vacinação Pelo desgoverno, segunda onda pior, com mais jovens e casos mais graves Secretário de saúde agindo como ditador, querendo passar por cima da lei Unidade de saúde em área distante de melhores recursos para cuidados e recursos para os profissionais e a população.</p>

Nota: ACS – Agente Comunitário de Saúde; CF – Clínica da Família; MS – Ministério da Saúde; SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Fonte: A autora, 2021.

Superpondo o mapa dos territórios ocupados por milícias e pelo tráfico de drogas (Figura 5) com o mapa das Áreas de Planejamento de Saúde (Figura 4), no capítulo Tempo

de Fazer, e os dados das entrevistas, localizamos mais da metade dos entrevistados em território do tráfico, zona sul e zona norte da cidade, e um número menor em território de milícia, na zona oeste. Todos os locais são favelas ou bairros periféricos, porém com formas de vida cotidiana bem distintas, unidas pela vulnerabilidade e violência entranhadas em suas existências, mas também por longo e consistente processo histórico de lutas, formas criativas de resistência, laços de solidariedade e ajuda mútua.

Não houve relatos dos ACS sobre estarem protegidos seja pelo Estado ou por serem funcionários públicos em si, mas sim por prestarem serviço relevante de saúde para a população e por serem conhecidos como moradores, por suas famílias e vizinhança. A falta de uniforme fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) nos últimos quatro anos, principalmente para os ACS em UBS da zona oeste, os deixa ainda mais vulneráveis no território.

A ACS Cora, da AP 4.0, e Ana, da AP 5.2, ambas na zona oeste, cujas UBS apresentam condições muito precárias de recursos, explicaram que não só os ACS usam seus próprios recursos pessoais, como celular, internet e computador, como providenciam seus uniformes, máscaras, se quiserem trocar durante o expediente, touca cirúrgica, sendo os coletes reutilizados.

Descrições dos ACS sobre os territórios dominados pelo tráfico de drogas incluem guerras constantes entre quadrilhas rivais, com as forças policiais e com milícias que tentam invadir esses locais. Os relatos mais contundentes referiram-se uma das guerras do tráfico em 2017. Os ACS desses territórios vivem em constante instabilidade e imprevisibilidade sobre seu trabalho e acesso à unidade e aos usuários no território; são traumatizados pela violência também como moradores, interagem cotidianamente com as regras impostas pelo tráfico, incluindo a de silêncio sobre o que veem e escutam e sobre o atendimento a criminosos.

Às vezes meu marido fica preocupado, porque a comunidade é uma área visada, que tem muito tiroteio, então se eu estou na comunidade e ele ouviu alguma coisa no rádio, diz: “Cuidado, não vai subir”. Na unidade mesmo temos um grupo de acesso [que verifica as condições de acesso], em que a gente monitora isso nas comunidades, sendo mais a preocupação mesmo da família de a gente estar na comunidade, como já ocorreu algumas vezes. Estou na comunidade e de repente aparece polícia, bandido de um lado, eu já fiquei encurralada umas três vezes na comunidade sem saber para onde ir, fiquei igual uma barata tonta e isso incomoda um pouco a família. (ACS Márcia)

Nós passamos por um momento muito ruim antes de 2018 onde nós tivemos uma guerra [do tráfico] aqui e isso abalou nosso trabalho. Demoramos bastante tempo para voltar a ir para a rua, o que foi muito triste, pois ficamos muito tempo sem acompanhar algumas pessoas, porque nós não podíamos ficar andando no

território, principalmente o meu território e da minha equipe que foi o mais abalado de tiroteio. Foi uma guerra horrível mesmo. (ACS Magali)

Alguns ACS, como Magali e Cleo, já estiveram em meio à tiroteios e dizem sobreviver porque conhecem o território, possíveis abrigos e rotas de fuga, porém sabem o quanto estão vulneráveis. Não houve relatos sobre violência policial diretamente com eles. No entanto, o acesso dos profissionais às unidades é frequentemente restrito por rumores sobre ou pela ocorrência de incursões policiais, que trazem riscos de violência direta de confrontos e tiroteios. Essas incursões acontecem de manhã cedo, em horário de ida/chegada ao trabalho, de grande movimento dos trabalhadores e de crianças indo para escola.

De qualquer forma, falar sobre violência explicitamente não é algo que flui com facilidade em uma entrevista e os silêncios, por outro lado, dizem muito.

Os profissionais das áreas dominadas por milicianos têm experiência diferente das relatadas de áreas do tráfico. O mundo da milícia é global e está presente em muitas regiões pobres e periféricas, principalmente em países do sul global, enquanto modo de exploração econômica antiestatal, onde vale a força, a rejeição às regulações e direitos, com eliminação física de competidores e antagonistas. Um fenômeno neoliberal periférico. Em contraste com os territórios conflagrados com guerras do tráfico e contra o tráfico, milicianos adotam, pelo uso do medo e repressão, um discurso de “ordem e progresso” (BURGOS, 2021). Como afirma a ACS Cora: “Aqui é milícia. Não sei quem são, mas temos que ter jogo de cintura. Não batem muito de frente. A milícia é única no poder”. E a ACS Ana: “Não temos problema porque é miliciano. Até melhorou a urbanização. A milícia deixa a gente trabalhar em paz. Não tem tiroteio nem guerra há muito tempo”.

Todas as entrevistas incluíram relatos sobre as funções executadas no cotidiano do trabalho. No conjunto de relatos dos entrevistados, suas funções rotineiras, com razoável autonomia em seu gerenciamento antes da pandemia, incluem: ações de prevenção e promoção da saúde, cadastramento de usuários, mapeamento de precariedades da população, articulação com projetos sociais e instituições locais, acompanhamento de doenças crônicas (tuberculose, hipertensão, diabetes), acompanhamento de gestantes e bebês, acompanhamento de idosos, acompanhamento do Bolsa Família, acolhimento e escalas de serviço na unidade, VD, busca ativa para tratamentos, relatar situação de saúde e social dos usuários para equipe da unidade, resolver com conversa e informações situações de saúde de menor complexidade. A pandemia por COVID-19 alterou radicalmente a rotina dos profissionais, como mostra o depoimento do ACS Walmir, 23 anos na profissão:

Além da vacinação, entraram vários processos porque a demanda de trabalho para o agente comunitário na pandemia aumentou muito. A gente é um só, não dá para se desdobrar em vinte, então, às vezes, fica muito pesada a rotina, pois você participa da escriba na vacina, lança a vacina no sistema PNI [Programa Nacional de Imunização], organiza fila, faz estatísticas, sendo várias situações que demandam muito tempo; têm as visitas domiciliares, o acolhimento normal diário que a gente faz, tem o acompanhamento desses pacientes, então está sendo bem desgastante. A vacina trouxe esse a mais, aqui não acontece, mas tem lugares que estão colocando o agente comunitário para fazer notificação, coisas que não é o agente comunitário que deve fazer, como notificação de doenças principalmente da covid, triagem de pacientes, isso não é atribuição do agente comunitário, aqui não, mas tem vários lugares que isso acontece. (ACS Walmir)

ACS entrevistados relatam como suas funções no território, no atendimento direto a população, têm sido substituídas por mais e mais trabalho burocrático, incrementado na pandemia: menos prevenção e promoção da saúde e mais “escriba”, como chamam o trabalho burocrático. Assim, temos a curiosa situação de haver dados estatísticos mais completos sobre menor número de atendimentos e de menor qualidade, para uma população crescente.

A diminuição das equipes do ESF, que reduziu de seis para quatro ACS por equipe, foi questão apontada como causa direta de queda na qualidade dos atendimentos aos usuários. Nem todas as equipes tem quatro profissionais. A ACS Vera, da AP 3.3, região populosa da zona norte, tem somente mais uma colega em sua equipe, e vão sozinhas para suas microáreas.

As equipes ficaram sobrecarregadas nessa condição paradoxal: menos profissionais para cada vez mais usuários. As microáreas podem até continuar do mesmo tamanho, mas o adensamento populacional é constante.

Diminuiu muito na gestão passada o número de trabalhadores. Nós éramos seis agentes comunitários nas equipes e passamos a ser quatro, então a carga de trabalho aumentou muito, cortaram uma equipe daqui, assim o volume de trabalho é muito grande. (ACS Walmir)

Pela minha regra, pelo Ministério do Trabalho o ACS tem que acompanhar até setecentos e cinquenta pacientes. Hoje a unidade de muitos é mais de mil pacientes. Como vamos fazer nosso trabalho? Agora nem tanto, pois não estamos fazendo nossas visitas habituais, mas e quando voltar? Como vai ser um acompanhamento de qualidade para esse paciente, se estamos extremamente extrapolados? Não tem como. (ACS Ana)

A diminuição das equipes deixa os profissionais preocupados em não faltar, pois sabem que sua ausência sobrecarrega ainda mais os colegas. O depoimento da ACS Ana descreve esta situação:

Antigamente tinha seis ACS. Hoje nós temos quatro, então, quando tira um desses para ficar afastado acaba atrapalhando muito e dificultando mais ainda o nosso trabalho, que já é tão difícil. Quando teve a possibilidade do afastamento [por COVID-19], até solicitado mesmo pelo meu próprio sindicato, como ainda estava com saúde, eu não vi o motivo de parar. Aí assinei o termo, não parei e continuei trabalhando. Só parei no período que estava previsto lá, os catorze dias de afastamento por conta do Covid. Desde então a gente está na ativa, desde que voltei não parei nenhum dia.

As questões de legibilidade e ilegibilidade do Estado se fazem presente de várias maneiras, como esta do trabalho burocrático que gera muitos dados que não garantem a qualidade dos atendimentos, já que faltam muitos recursos, assim como não garantem seu uso para fundamentar políticas públicas de saúde adequadas. Porém, servem para estatísticas em publicações midiáticas. Como declara o ACS Rui: “Hoje nossas funções são burocráticas – marcar consultas, inscrever no SISREG. Para a saúde hoje o que importa é número”. E Walmir avalia que “tem competição entre as unidades, um *ranking* de desempenho”.

Outra situação neste quesito refere-se ao SISREG, o sistema de regulação oficial para o atendimento secundário e terciário de saúde pública, cujo funcionamento provoca filas de espera, inclusive para emergências e urgências. O sistema também precisa ser utilizado pelos ACS para seus tratamentos de saúde física e mental, principalmente com a quase extinção das equipes do NASF. Muitos pacientes morrem antes de conseguir tratamento e isso não está sendo diferente na pandemia. A este respeito, o ACS Rui recorda o caso de um paciente: “Aí nós fomos e pegamos ele [o paciente]. Eu lembro que estava levando ele na cadeira de rodas para dentro do Programa Saúde da Família (PSF), porque a ambulância só podia pegá-lo se estivesse dentro do PSF”. Magali também destaca as dificuldades de remoção de pacientes “O SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência] não vem até aqui embaixo, o paciente estava mal, mas a gente teve que subir, pois por questões de violência não entra em algumas ruas”. Estas são situações que tem impacto direto sobre a saúde do próprio ACS, como analisa Walmir:

Imagina o nosso psicológico de trabalho, assim, como fica a nossa cabeça, os médicos e enfermeiros se desdobram para fazer o possível. Esses dias várias vezes alguns profissionais, médicos, enfermeiros e técnicos têm saído da unidade nove horas da noite esperando a ambulância para remover esse povo. então está muito mais difícil essa fase, parece uma nova doença. (ACS Walmir)

A ACS Ana, que descobriu um nódulo no pulmão quando fez exame por causa de COVID-19, depois de cinco meses ainda não havia conseguido consulta para tratar deste problema e das sequelas da própria COVID-19. Ana também relatou a recusa do direito à

insalubridade para os ACS pelo Estado, negando que estejam na frente de enfrentamento da pandemia, quando são eles o primeiro atendimento de quem chega na UBS, além de fazerem algumas inevitáveis VD.

Os depoimentos recolhidos trazem muitas referências a esse lugar fronteiriço que habitam os ACS, todos eles em favelas ou bairros periféricos, nas margens do Estado, de suas estruturas sociais e políticas públicas. Os próprios ACS são uma forma viva de fronteira, já que são simultaneamente agentes públicos e moradores locais. Essa condição faz com que tenham orgulho de oferecer cuidados de saúde à população que conhecem e de terem reconhecimento por isso, ao mesmo tempo que são cobrados e responsabilizados pela precariedade do serviço de saúde.

4.3 SOFRIMENTO DE TODOS E CADA UM

A pandemia tem provocado sofrimento individuais e coletivos aos ACS. O sofrimento social é captado em uma análise mais abrangente, não só por meio da repetição dos elementos em comum, contribuintes do sofrer de tantas pessoas em diferentes locais e com diferentes experiências, como nos fatores percebidos pelas lentes da determinação social. Esses fatores têm a ver com posições de classe social e profissional, com fatores políticos, econômicos e culturais, com discriminação e preconceitos generalizados na sociedade brasileira, com desigualdades e injustiça social, tudo junto e misturado, como se pode traduzir na linguagem comum a interseccionalidade presente nesses processos sociais.

Todos os ACS da pesquisa falaram sobre seus sofrimentos e dores, no que cabe dentro do espaço de uma entrevista. Muitos se emocionaram com a narrativa do cotidiano dramático que têm vivido e por receberem uma atenção genuinamente interessada em suas individualidades, em suas experiências únicas dentro de uma história coletiva.

A incomunicabilidade de sofrimento e dor que transparece nas entrevistas refere-se a falta de visibilidade e escuta para fora de seu grupo profissional, visto que sentem-se apoiados dentro de suas equipes. Assim, a pesquisa procurou dar visibilidade, reconhecimento, oportunidade de acolhimento e autorreflexão à trabalhadores de uma das principais categorias profissionais da saúde afetadas e desafiadas pela pandemia da COVID-19.

Os relatos de ACS de diferentes UBS, em territórios distintos, indicam como eles são conectados em sua força de resistência, de superação e de compromisso com a população. Cleo afirma que “as frustrações são grandes, mas não podemos ficar derrubados com isso.

Precisa separar pessoal do profissional, um autocuidado para frear”. Enquanto Vera destaca: “Temos que cuidar da nossa saúde para não adoecer e continuar o trabalho. Temos que manter a maior distância de tudo”. Outros ACS analisam:

Assim nos sentíamos já muito prejudicados e tentamos de todas as maneiras não deixar que a nossa qualidade de trabalho caísse, mas quando você não tem o principal, que são os instrumentos para que você faça um bom trabalho, por mais que queira produzir você não consegue. (ACS Rui)

Eu costumo dizer que os agentes comunitários vivem os lados da pandemia: ele vive o lado de morador de favela e ele vive o lado do profissional de saúde, acho que o agente comunitário é o único profissional que vive dois lados. Ele vive o sofrimento de quem mora dentro da favela e quando chega em casa, não tem como lavar a mão e tomar banho, pois não tem água; não tem como fazer um isolamento social, porque não tem espaço para todo mundo dentro daquela casa, falta comida, isso e aquilo, mas por outro lado, ele está aqui no dia a dia lutando contra essa pandemia, muitas das vezes desvalorizado, cansado e desmotivado, assim acaba tomando remédio, adoecendo, tendo crises de ansiedade, não dorme, crise de pressão e glicemia alta. (ACS Walmir)

Apesar de semanalmente haver reunião das equipes nas unidades, isso não significa que a participação, legitimação, reconhecimento dos ACS pelos outros profissionais e gestores seja sentido e vivido uniformemente. Há diferenças substanciais nas relações e nos tratamentos que recebem em suas unidades, com muito acolhimento, respeito e pertencimento para alguns, e com discriminações e desqualificações para outros. “A maioria dos gestores age como se o ACS fosse nada”, afirma a ACS Márcia.

Ainda existem aqueles profissionais que não conseguem ver o agente comunitário de saúde como integrante da equipe. Ele acha que o agente comunitário de saúde, na linguagem mais clara, é somente um pau mandado, como faz isso, ou faz aquilo. Existem unidades onde o assistente administrativo ou auxiliar administrativo se acha um subgerente da unidade, acha que tem poder sobre o agente comunitário de saúde, então há essa discriminação dele para com a gente. (ACS Rui)

Dessa vez está sendo muito pior. Já tivemos problemas sérios com atrasos salariais que foi muito difícil, meses sem salário, mas dessa vez o volume de trabalho, o processo de trabalho e as condições de trabalho estão sendo muito ruins, então é pesado nesse momento. E tem aí a questão psicológica também que afeta muito. Ninguém está bem, à verdade é essa, nenhum trabalhador da saúde está bem. (ACS Walmir)

As narrativas sobre as aflições, angústias, medo, sentimentos de impotência, entre outros abalos na saúde mental e emocional trazidas pelos ACS estão sistematizadas no Quadro 7.

Quadro 7 – Temas de sofrimentos e dores

<p>Por deixar de fazer VD/de acompanhar pacientes crônicos/idosos/ de ter maior contato pessoal com seus usuários/ por não poder fazer seu trabalho usual</p> <p>Medo de perder mais pessoas próximas, incluindo clientes</p> <p>Medo/ medo de adoecer/ de colegas adoecerem/ medo de contaminar família e outros/ sofrimento pela família/ medo das sequelas da COVID, de se reinfectar/ de ser possível vetor de contaminação para a população</p> <p>Medo de demissão</p> <p>Dor pelas mortes de conhecidos e desconhecidos/ muita tristeza pelas mortes/ morte traumática de uma bebê/ morte de pacientes e amigos usuários/ sofrimentos dos colegas, de todos</p> <p>Sofrimento por assédio moral e sexual, racismo e discriminação, preconceito velado</p> <p>Por lidar com violência</p> <p>Pela falta de recursos/ afetada pela falta de medicamentos/condições de dar assistência</p> <p>Depressão/ abalo na saúde mental/ ansiedade, crises, pânico/ preocupação com a falta de cuidados de saúde mental para os profissionais e usuários/ esgotamento mental/ choro constante de impotência</p> <p>Frustração e desmotivação</p> <p>Desespero pela impossibilidade de isolamento social</p> <p>Desespero pelo aumento de necessidades da população/ dor com sofrimento da população/ sofrimento pela pobreza, condições vulneráveis da população</p> <p>Exaustão pelo acúmulo de trabalho/ trabalho sem descanso/ pressão física e psicológica</p> <p>Ser desvalorizada como ACS/ ser incompreendida/cobrada pelos usuários/ ser desvalorizada profissionalmente/ ser desrespeitada pela população/ falta de reconhecimento do SUS e da população</p> <p>Sofrimento com as OS/ retirada de benefícios/diminuição de renda familiar</p> <p>Angustia em esse pior momento da pandemia, por não saber se clientes vão voltar da internação</p> <p>Ter desistido de ser enfermeira/ ter parado de estudar</p> <p>Angústia com a lentidão de vacinação</p> <p>Decepção com alienação de muitos profissionais</p> <p>Pelas complicações da própria saúde/ Sequelas da COVID</p>
--

Nota: ACS – Agente Comunitário de Saúde; OSS – Organização Social de Saúde; VD – Visita Domiciliar; SUS – Sistema Único de Saúde.

Fonte: A autora, 2021.

Os ACS são profissionais de baixa renda, que têm passado todo tipo de dificuldades, inclusive fome. Nesses tempos de pandemia, têm situação diferenciada, como outras pessoas de suas comunidades, por estarem empregados em meio ao desemprego em massa da população de seus territórios. Nem por isso deixam de passar por situações de vulnerabilidade e precariedade.

Ouvi de uma colega uma vez que ela só tinha um pão e uma salsicha para dar à filha. Ela disse brincando com a filha que era um cachorro-quente americano para a filha não sofrer, mas só tinha aquilo e ela ficou sem comer. Quem tem pouco ajuda, juntamos daqui e dali e conseguimos ajudar, mas isso dói muito, um trabalhador não ter o que dar de comer ao seu filho. A pessoa que se dedica aqui vinte e quatro horas no trabalho, pois o agente comunitário fora daqui ainda é agente comunitário, pois mora no território e não tem essa valorização e respeito, isso vai somando, tem uma hora que o balde transborda. (ACS Walimir)

Uma das manifestações de sofrimento social é chamado de *désaffiliation* (RENAULT, 2017), e aborda o dilaceramento de recursos, de laços sociais do trabalhador/a para a proteção de si e de sua saúde, do corpo coletivo e individual que sofre pelo ataque do capital que trata o trabalhador/a como máquina de metas ou objeto descartável (BOUYER,

2015).

Antunes e Praun (2015) analisam o adoecimento do trabalhador/a de modo similar. “O que mudou então?”, perguntam os autores, sobre os processos de acidentes de trabalho e adoecimento com nexos laborais, observados e estudados há tempos, como, por exemplo, por Engels no século XIX. No cenário brasileiro, mudanças ocorridas nas últimas décadas, desenvolvendo processos de reestruturação produtiva, atendendo fortemente “os desígnios neoliberais”, tiveram como decorrência a flexibilização, a informalidade e a precarização das condições de trabalho e vida da classe trabalhadora.

O processo de individualização do trabalho e as rupturas dos laços de solidariedade entre os trabalhadores (*désaffiliation*), os quais permitiam que estes ativassem *estratégias coletivas de defesa*, são algumas das raízes de adoecimento psíquico, de suicídio (ANTUNES; PRAUN, 2015), e de sofrimento social. O sofrimento psíquico é relatado pela ACS Márcia: “Ficamos muito abalados psicologicamente... ouvimos as principais queixas da população... tem muito ACS que precisa de um psicólogo, psiquiatra, de tratamento”. Da mesma forma testemunham Vera e Clénice:

A relação com a equipe era muito boa, mas mudou muita gente. Só ficamos eu e mais uma ACS antiga. A relação agora é só por whatsapp e telefone. Não temos união, convívio. Não dá para ver o clima, o processo de trabalho. É muito diferente falar uma vez por semana e conviver nove horas por dia. (ACS Vera)

Difícil lidar com as perdas, ver as pessoas doentes, sem saber se voltam ou não. Trabalhamos com doenças crônicas, mas nada é parecido com o coronavírus. Muito difícil a distância entre os profissionais mesmo [sem conviver na unidade]. Estamos com muito medo. Vamos perdendo pessoas conhecidas. (ACS Clénice)

Medo foi citado por todos os ACS entrevistados, principalmente a respeito de: morrer ou adoecer gravemente com COVID-19, levar a doença para sua família, não poder fazer isolamento de doente em casa, da morte de pacientes, da falta de condições para trabalhar, de ficar sem salário, de demissão, de ter graves problemas de saúde mental/depressão. Rosana declara “A gente se sente descuidado. Tem gente que se sente mal. Precisamos cuidar da saúde mental, ter atenção do médico quando a gente não está bem. Somos usuários também e queremos atendimento. Tive colega que surtou e agora toma remédio”.

Acompanhando o medo, muitas manifestações de sensações e até desespero pela impotência de desconhecimento da doença (no início), de saber da impossibilidade da maior parte da população seguir as medidas sanitárias, de não conseguir atendimento adequado para usuários, incluindo vagas em hospitais para urgências, e, desde o final de 2020, pelo crescimento vertiginoso do desemprego e da fome.

As primeiras palavras ditas pelos ACS quando perguntados sobre como estão se sentindo nesse momento são exaustão, muito cansada/o, sobrecarregada/o.

Algumas das causas de maiores transtornos e sofrimentos apontados dizem respeito a dois aspectos: o início caótico de enfrentamento à desconhecida doença causada pelo Sars-Cov 2 e as decorretes e frequentes mudanças de protocolos de atendimento, alteração de rotinas e procedimentos, com diminuição de autonomia e do uso de sua *inteligência prática* na mediação entre o *trabalho prescrito*, designado, o o *trabalho real*, com suas intercorrências.

É uma pressão muito grande em cima do profissional, então, você não pode ir no automático. Tem que todo dia olhar, falar o processo, não pode ir no automático mais porque toda hora muda alguma coisa, então, tem sempre que estar lendo o protocolo e os fluxos, pois toda hora tem uma nota técnica diferente. (ACS Walmir)

Saúde mental foi abordada por todos os entrevistados, sob vários aspectos, falando de si mesmos e da população que atendem. E reconhecimento é tanto fonte de sofrimento quanto de satisfação. Nem todos fizeram referências positivas aos outros profissionais de suas unidades, com questões principalmente com médicos e pessoal administrativo, mas acham fundamentais as reuniões semanais com toda a equipe, às terças-feiras.

Em algumas UBS toda a equipe profissional é bastante entrosada e amistosa, e a organização das rotinas é mais colaborativa. Neste momento, com os novos fluxos e protocolos por causa da pandemia, as perdas e os sofrimentos, sentem falta da convivência e das celebrações entre os profissionais nas unidades, que ajudam no enfrentamento de toda sorte de dificuldades, favorecendo um clima mais leve e alegre no trabalho.

Reconhecimento desses profissionais, porque somos nós agentes de saúde, enfermeiros e médicos que estamos vivenciando essa pandemia junto com a população e essa classe precisa ser valorizada, o que não está acontecendo atualmente. Valorizar o CMS [Centro Municipal de Saúde], tornar o ambiente mais acessível para a população. (ACS Márcia)

A população como um todo não reconhece o SUS, a gente tem uma mídia que hoje está falando bem do SUS, mas sempre esculachou o SUS em tudo, você vê desde a comédia no Zorra Total, Jornal Nacional, ao Fantástico que só passa matérias que o SUS não presta. Hoje em dia que o SUS está sendo protagonista, e o pessoal está vendo até um pouco melhor, mas como profissional de saúde essa descrença no SUS afeta a gente também, sendo uma questão maior que só o seu trabalho e reconhecimento, é a questão de desacreditar do sistema. (ACS Walmir)

[...] às vezes a gente trabalha sem médico e fazemos das tripas coração para dar o mínimo que a gente consegue ao paciente. Ao invés dele agradecer, ele reclama do lugar que salvou a vida dele. (ACS Ana)

Eu não me incomodo com a procura das pessoas (param na rua, ligam o tempo todo), a família é que reclama. Paciente me chama de “minha anja”. Meu marido tem até ciúme. Vou vivendo e pedindo a Deus por todos. (ACS Rosana)

Na saúde coletiva, o sofrimento social se coloca como uma dimensão importante para compreender as diversas formas de sofrimento coletivo, incluindo o sofrimento no trabalho. As manifestações desse sofrimento são dramas vivenciados na experiência dos indivíduos, provocando a luta pela conservação da saúde em seus múltiplos aspectos (BOUYER, 2015). Como acontece a íntima correlação entre as manifestações individuais e coletivas do sofrer?

Essa noção, da existência de um sofrimento coletivo, propicia a antecipação de patologias do trabalho e a adoção de medidas preventivas em saúde pública, no tempo “antes do adoecer” (BOUYER, 2015, p. 109), antes do momento em que se individualiza o adoecimento, se medicaliza/ responsabiliza/ afasta o/a trabalhador/a doente e este/a tem que lidar sozinho/a com as consequências de seu adoecimento. Ter a possibilidade de agir preventivamente, a partir da compreensão dessas estruturas sociais causadoras de sofrimento, adoecimento e morte, abre possibilidades concretas de ações transformadoras para condições saudáveis de trabalho e vida.

4.4 POTÊNCIAS, REALIZAÇÕES E RECONHECIMENTO

A pesquisa registrou relatos de ACS doídos e sofridos, mas muito apaixonados e dedicados ao seu ofício, ao seu comprometimento diário com os cuidados de saúde da população. Mais do que pacientes/clientes, os ACS atendem pessoas.

Em suas respostas sobre aspectos positivos de seu trabalho e desejos de futuro, falaram de amor ao SUS e aos seus pacientes, orgulho do que fazem e da diferença que trazem na vida das pessoas, sobre querer estudar mais, ter maior reconhecimento de outros profissionais, dos usuários e da população em geral, querer melhores condições de vida para todos. Em sua homenagem, o registro das narrativas de cada um deles.

Magali, ACS da AP 2.1, espera poder concluir sua formação técnica em enfermagem e depois se formar enfermeira. Ela espera também ter melhores condições de trabalho, de segurança física quanto à violência no território, de salário, para criar seus dois filhos. Precisamos falar do SUS, afirma, envolvendo os governos.

Eu acho que eles [usuários] buscam na gente sempre a informação e a ajuda, muitas vezes eles não precisam chegar ao médico, sendo só irmos a casa e ter uma conversa, olha que às vezes ficamos mais de horas conversando, é como ser um

psicólogo. Eu acho que o agente é isso, o vínculo, fazer a ponte com a rede que é a clínica e não só com a clínica, às vezes a gente consegue ajudar de outra forma, com a questão social, a gente tenta ver o que o paciente precisa e busca tentar ajudar ele. O agente comunitário é o pilar da atenção básica, que conhece o morador e está no dia a dia dele, conhece seus problemas, seja o que ele relata ou não. (ACS Magali)

Vacinação para todos, além dos cuidados sanitários com a pandemia, que a vida volte ao normal e que esteja viva para contar o que foi essa pandemia, são as expectativas da ACS Cleo, da AP 2.1. Cleo se diz apaixonada pelo que faz, que não deseja ser outra coisa, sentindo-se orgulhosa por conhecer o contexto [de vida dos usuários] e buscar junto com as famílias a melhor solução para as situações. Ela declara: “Tenho esperança de vida normal. Espero estar viva e contando a história do que foi essa pandemia. Espero que passe logo. Ser ACS é minha paixão, me completa, não quero ser outra coisa. Ainda bem que amo, porque exige tanto!”.

A ACS Márcia, da AP 1.0, aguarda ansiosa pela valorização e reconhecimento dos profissionais de saúde que estão vivendo a pandemia com a população, pelas unidades de saúde. Márcia espera que, com a vacinação para todos, o trabalho volte a ser o que era, com medicamentos, grupos de atenção aos usuários e o trabalho de campo – quer voltar a ter o prazer de trabalhar.

Eu acho que a valorização do agente de saúde, da enfermagem e do médico é muito importante. Eu espero no futuro retornar de onde a gente parou, naquele nosso trabalho, mas por enquanto com essa pandemia, espero também que vacine toda a população para que a gente volte ao normal, sendo só isso que eu desejo, trabalhar. (ACS Márcia)

Otimista e ansiosa, assim se descreve Clenice, ACS da AP 1.0: “quero vacinação, respeito e conscientização”. Espera que haja mobilização pelas pessoas que estão na rua, com fome. “Nesse momento o mais importante é a vacinação, de professores, motoristas de ônibus, ter vacinas disponíveis. Como voltar ao trabalho sem imunizar?”, pergunta ela.

Rosana, ACS na AP 3.2, que teve COVID-19 com toda a família, e perdeu sobrinha e cunhada para a doença, espera que todo mundo agora sobreviva, mesmo sabendo que, por vulnerabilidades, muitos vão morrer. Rosana sente-se bem por ter uma vida melhor hoje do que foi na sua infância e quer ver as duas filhas formadas. Ela afirma: “Reconhecimento é a coisa mais linda. Ensino o caminho das pedras e eles [usuários] vão. Às vezes a pessoa só precisa de um ouvinte, uma orientação. A vida não é só farra – precisamos nos cuidar e cuidar de quem se gosta”.

O ACS Rui, da AP 5.1, tem insegurança e esperança com a vacinação – insegurança sobre ter vacinas e esperança de tranquilidade no médio prazo. Ser esperança e luz para a população é como Rui vê o compromisso dos profissionais de saúde. Ele espera que haja um olhar mais macro para o país, com luta pela democracia.

Eu penso o seguinte, se eu não tiver uma esperança, o meu presente não vai adiantar nada, por mais que a situação esteja praticamente insustentável, eu tenho que ter a visão de que o amanhã vai ser melhor, ainda que as pessoas digam, você não está vendo luz no fim do túnel, eu não preciso ver luz, pois tenho que ser a luz no final do túnel, eu preciso acreditar que o meu amanhã vai ser melhor, ainda que ele não me mostre isso e me diga que nada vai mudar, ou as coisas vão continuar, mas tenho que pensar primeiro em eu melhorar para que as pessoas possam olhar para mim e ver uma melhora, porque é você o agente transformador, isso é o agente comunitário de saúde. (ACS Rui)

Vera acha que a melhor parte da vida hoje é trabalhar, ser útil, para não ficar estressada e depressiva. A ACS da AP 3.3, afirma que só o estudo é horizonte de futuro, que a instrução leva a qualquer lugar e, também, a tomar a vacina! Vera quer lutar contra a corrupção, principalmente, neste momento, a respeito de compras de vacinas, e diz: “Peço a Deus mais força, consciência e fé para passarmos por esse momento, uns com os outros. As pessoas têm que confiar na vacina e que vai passar”.

Morador da AP 3.1, região extensa e de muita vulnerabilidade, Walimir sente um *mix* de emoções que incluem medo e esperança. A maior esperança de Walimir é ver a saúde cada vez melhor, com todo mundo vacinado e o novo normal começar. Que a epidemia acabe! Como ser humano e cidadão, quer dignidade, emprego e direitos para todos.

O agente comunitário de saúde é uma potência muito grande para a saúde, o que eu falo é que a gente não pode ser burocrata da saúde, não podemos cair nessa armadilha do gestor, nós temos que ser um ator de mudança, de transformação e que traga para os nossos usuários um pensamento crítico, não é fazer a cabeça dos usuários, mas fazer com que ele tenha uma crítica da situação que ele vive, do sistema de saúde que para ele não está sendo bom, das condições de moradia, que ele seja crítico com relação a isso, que seja um ser pensante, o agente comunitário tem esse papel. (ACS Walimir)

Cora, ACS da AP 4.0, tem esperanças de que tudo melhore em um ou dois anos, e que o novo governo municipal, de Eduardo Paes, seja bem melhor. Ela parou de estudar durante a pandemia, porque não tinha condições psicológicas para continuar, vai voltar. Cora se diz apaixonada por ser ACS e assim pretende continuar: “Acredito. Penso positivo. Quero voltar para a faculdade e continuar participando de um grupo de apoio para profissionais de saúde”.

A ACS Ana, da AP 5.2, é apaixonada pelo SUS. Com muitas experiências pessoais e familiares de atendimentos de saúde, Ana afirma que os melhores tratamentos são públicos. Voltar a andar no território, “pegar meus bebês”, fazer os grupos de gestantes, são desejos da Ana. Ela espera estudar gestão hospitalar, além de poder cuidar de sua saúde, ver o filho voltar a estudar [presencial] e ter lazer com a família.

As pessoas devem começar a ter empatia, para trabalhar no SUS, tem que ter o famoso tesão pelo SUS e não pode tratar as pessoas como um nada, pois isso é muito ruim. A maioria dos gestores agem com os ACS como se eles não fossem nada, porque você é ACS, não é equipe técnica, só que às vezes eu sei mais que um técnico e um enfermeiro, tenho mais experiência que muitos enfermeiros que estão começando agora. (ACS Ana)

O Quadro 8 apresenta os principais desejos e esperanças de futuro, além dos motivos de satisfação presentes na vida dos ACS entrevistados.

Quadro 8 – Temas de realização e de futuro

Apasionada pelo SUS/ Ser apaixonada pela minha profissão/ Paixão por ser ACS/ Honrada por ser ACS. Não há AB, ESF sem os ACS/ ACS são grande potência para a saúde/ orgulho de ser ACS raiz. Unidade acolhedora, boa gestão/ Unidade com equipe unida, gestão compartilhada, com todos os trabalhadores/ Equipe e gestão unidas e eficientes/ Unidade funciona bem, organizada/ Ser parte de uma equipe unida/ Participar de grupo de apoio semanal para profissionais de saúde/ Ser reconhecida na equipe profissional.

Acreditar, pensar positivo/ Ter esperança/ Sente-se útil/ Poder orientar, instruir/ Serem atores de mudança, de transformação/ Trazer pensamento crítico para a população e para os ACS/ Ser luz no fim do túnel. Ser reconhecida como cuidadora e preceptora/ Ser uma boa ouvinte e orientadora/ Ser paciente e conciliadora/ Ser a escuta da voz das pessoas/ Ser referência na comunidade.

Usuários/pacientes são como família/ Relacionamento bem gerenciado com usuários/ Ter a confiança dos usuários, conhecer suas famílias/ Levar alegria e cuidados para os pacientes em casa/ Saber das necessidades da população/ criar vínculo.

Conhecer bem o território e todo mundo/ responder às pessoas na rua/ Atender a população 24h quando necessário/ Cuidar dos pacientes crônicos, das crianças, gestantes/ Fazer prevenção/ ter contato pessoal, ir à casa das pessoas/ Ter autonomia para resolver muitas solicitações sozinha/ “traduzir” questão de saúde para os moradores e usuários/ lutar diariamente para proteção das pessoas, dos usuários.

Nota: AB – Atenção Básica; ACS – Agente Comunitário de Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família; SUS – Sistema Único de Saúde.

Fonte: A autora, 2021.

Os resultados encontrados vão de encontro a dados obtidos em pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo (USP)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Universidade Federal da Bahia (UFBA): *Como a APS está enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil?* (BOUSQUAT, 2020). A pesquisa, apresentada pela professora da USP Aylene Bousquat, em agosto de 2020, teve como objetivo subsidiar novas políticas e novas atuações

dos profissionais e gestores que estão no dia a dia construindo, com muita luta, nosso sistema de saúde, com muita criatividade e experiências interessantes. E com muita coragem!

A pesquisa sobre a Atenção Básica na pandemia teve 2.566 participantes de todo o Brasil, 1.908 profissionais (74%) e 658 gestores (26%). Entre os profissionais encontram-se ACS, 8,9%. Alguns dos resultados dos ACS entrevistados em relação aos eixos da pesquisa:

- Infraestrutura para o trabalho remoto: a maior parte dos profissionais de saúde usa o próprio celular e internet para trabalhar; menos da metade têm bom sinal de internet;
- Local de atuação dos ACS: uma parte menor teve suas funções suspensas ou foi afastado por questões de saúde até por um ano; a maioria trabalha prioritariamente na UBS, atendendo a população remotamente por celular; outra parte intermediária realizou também trabalho no território;
- Disponibilidade de EPI: óculos ou elmo não estiveram disponíveis; máscara cirúrgica é insuficiente; N95 não é fornecida; luvas estão disponíveis;
- Capacitação dos trabalhadores: não receberam ou receberam de forma insuficiente orientação sobre COVID-19, principalmente no início da pandemia;
- Organização da UBS: a maioria separou fluxo de sintomáticos respiratórios dos outros usuários, muitas vezes com estrutura fora do prédio; os ACS no acolhimento estiveram sempre muito expostos a contaminação;
- Ações desenvolvidas: incentivam o isolamento social e uso de máscara exaustivamente; realizam ações educativas junto aos usuários e à população; identificam grupos de maior vulnerabilidade no território; colaboram nas ações de identificação, notificação e acompanhamento dos casos de COVID-19;
- Atividades mantidas e adaptadas: as funções de rotina foram muito afetadas no início da pandemia; muitas atividades realizadas remotamente, com prejuízo de qualidade; grande preocupação com idosos isolados e acamados;
- Novas atividades dos ACS: visitas peridomiciliares; busca ativa por celular e whatsapp; entrega de medicamentos; recepção dos sintomáticos respiratórios; notificações; avaliação para Bolsa Família; ações de apoio social no enfrentamento da pandemia realizadas na UBS e no território.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental na dimensão comunitária de ações de apoio aos grupos mais vulneráveis, que têm maior dificuldade para enfrentar e

ultrapassar a pandemia (BOUSQUAT, 2020). Os ACS são um dos pilares da APS, como gostam de dizer sobre si mesmos, sem, no entanto, se perceberem reconhecidos por isso.

Por fim, ressalta-se que um dos propósitos deste trabalho é visibilizar os desejos e as lutas dos ACS, para que recebam todo o necessário e merecido reforço em sua trajetória de expansão, emancipação, equidade, estabilidade, dignidade e respeito. Nesse sentido, será apresentada a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n° 14/2021 (BRASIL, 2021b), sobre os ACS, e seus desejos esperançosos de futuro.

A PEC altera o artigo 198 da Constituição Federal para estabelecer o Sistema de Proteção Social e Valorização dos ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), a aposentadoria especial e exclusiva, e fixar a responsabilidade do gestor local do SUS pela regularidade do vínculo empregatício desses profissionais. Em resumo, prevê que:

- Gestores locais do SUS realizarão processo seletivo público para contratação de ACS e ACE;
- Os diferentes níveis de instâncias governamentais vão regulamentar o vínculo empregatício, a remuneração, a aposentadoria e pensão, saúde e assistência, diretrizes do Plano de Carreira, piso salarial profissional nacional, qualificação e regulamentação das atividades destes agentes;
- A União prestará assistência financeira complementar a estados, municípios e Distrito Federal para cumprimento do piso salarial e promoção de desenvolvimento e valorização da carreira de ACS e ACE;
- Direito a aposentadoria com atuação comprovada de 25 anos no exercício exclusivo de suas funções;
- Todos os ACS e ACE, concursados e atuantes, com vínculos empregatícios temporários, indiretos ou precários deverão ser admitidos no regime jurídico dos servidores do ente federal contratante na data de promulgação desta PEC.

Esta PEC alcança cerca de 400 mil profissionais que permitem fazer uma radiografia social e sanitária do território brasileiro, estando presentes em 90% dos municípios, executando na ponta do sistema a busca ativa, o acolhimento e acompanhamento domiciliar e territorial, especialmente das comunidades mais vulneráveis. A PEC visa reverter a corrente desvalorização desses profissionais, dos quais sempre se esperou dedicação em detrimento de seus direitos mínimos.

Os ACS entrevistados na pesquisa desse trabalho estão representados nessas reivindicações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quem pode imaginar o que seria o enfrentamento à *Corona Vírus Disease 2019* (COVID-19) no Brasil sem o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que desmantelado e desvalorizado pelos últimos governos? Como imaginar o que seria da população mais vulnerável em favelas e periferias durante a pandemia sem a Atenção Primária à Saúde (APS), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda que subutilizadas? Como imaginar a saúde pública no Brasil sem os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuando nos territórios?

Esse trabalho tem em seu âmago a intenção de dar voz, respaldo científico, valor e reconhecimento a categoria dos trabalhadores de saúde que, literalmente, está onde o povo está, não como apoio, mas como membro integrante. É um olhar que busca o ângulo da ponta do serviço, sua contribuição em experiência, sabedoria profissional e territorial, conhecimento íntimo da população, para o restante do sistema de saúde até aos formuladores das políticas públicas de saúde.

Os principais resultados desta pesquisa, sistematizados no capítulo Tempo de Compreender, encontram respaldo nas análises de Morosini e Fonseca (2018) sobre as configurações do trabalho dos ACS, com abrangência nacional, que descrevem, entre outros fatores, como o perfil e as condições de trabalho desses profissionais, em quase 20 anos de inserção no SUS, têm se modificado. Parte das modificações positivas incluem maior percentual de profissionais com formação superior, muitos na área de saúde, e as alegações de que ser ACS promove a vontade e a possibilidade dessa formação.

Segundo as autoras, e o que encontramos na pesquisa, condições que permanecem dizem respeito a grande maioria de ACS ser do sexo feminino, morar no território onde atuam, extrapolar a carga horária com atendimentos de demandas em casa ou em momentos de lazer, valorizar sua atuação no território e as visitas domiciliares, entre outras. Sua atuação recebe influência de um complexo de forças que são tensionadas entre a promoção da participação política e da mobilização social, pautada na determinação social e no processo educacional mais amplo, e na atuação com inclinação mais biomédica, centrada na doença, individualizante na análise de riscos e comportamentos saudáveis (MOROSINI; FONSECA, 2018)

Resultados sistematizados no quadro 5, sob o tema de vulnerabilidade, enfatizam a importância de compreender os ACS como pessoas que compartilham das mesmas condições precárias de vida da população que atendem e como usuários do mesmo sistema

de saúde onde trabalham, o SUS. A diferença substancial está na dupla experiência de sofrerem, adoecerem e sentirem-se impotentes diante das precariedades, ao mesmo tempo que se veem com muita potência e como agentes de transformação, a partir de seu lugar de ACS.

Nos resultados sistematizados no quadro 6, em Margens e Violência, a visão acima concretiza-se na sua condição de morador e trabalhador em territórios periféricos e violentos, onde também são força de luta e resistência junto à população. Todos os ACS entrevistados privilegiam sua atuação no território, com os usuários e moradores, e criticam o tempo, que julgam ser em boa parte perdido, que estão na escriba, no trabalho burocrático.

As entrevistas desta pesquisa revelaram um sofrimento multidimensional dos ACS, sistematizado nos resultados Sofrimento de Todos e Cada Um, determinado em parte por sua inserção como agente de saúde e morador de seu território de atuação. A condição do ACS de conhecer as pessoas que adoeceram, muitas que vieram a óbito, e ser constantemente solicitado a cuidar dos familiares, amigos e vizinhos em todos os momentos, em horário de trabalho ou não, provoca imensa carga de trabalho e desgaste físico, psíquico e emocional.

Concluindo os resultados, em Potências, Realizações e Reconhecimento, estão os prazeres e satisfações obtidos diariamente no exercício de seu trabalho como ACS, a importância que essa atividade promove em suas vidas, em suas experiências e identidades, além de mostrar que não apenas esses profissionais têm visão de futuro, como se veem agentes atuantes na construção desse futuro com melhores condições de vida para si, suas famílias e sua comunidade.

A pesquisa realizada apresenta alguns limites e algumas potenciais possibilidades de continuidade e aprofundamento. O tempo exíguo não permitiu a realização de mais de uma entrevista, com intenção de retornar aos ACS os temas coletivos que emergiram do conjunto dos relatos, além da oportunidade de atualização de suas condições de trabalho e de vida e/ou complementação de seus testemunhos. Um trabalho de grupo com todos os entrevistados propiciaria colocar em prática o que ficou demonstrado aqui de muitas formas – a importância e potência do coletivo.

Seguindo os fundamentos teórico-metodológicos da etnografia de Veena Das, seria interessante acompanhar as experiências dos ACS por mais tempo, em outras entrevistas, em intervalos a serem estipulados, dentro do tempo do ciclo pandêmico e na transição pós-controle da COVID-19. Perguntas exploratórias poderiam ser acrescentadas sobre o que foi incorporado ao cotidiano do trabalho e de vida. A diferença dessa abordagem da de outras pesquisas, como algumas apresentadas aqui, as quais exibem uma fotografia da situação dos

profissionais em intervalos usualmente de um ano, é a busca de proximidade, intimidade, das experiências cotidianas, dos eventos ordinários que compõem o prazer e o sofrer no fluir do trabalho do tempo e no tempo, do uso criativo dos recursos e estratégias de defesa dos ACS, e, principalmente, de iluminar a capacidade de luta e transformação desses profissionais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. F. *et al.* O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. **Saúde Soc. (Online)**, São Paulo, v. 28, n. 1 p. 207-221, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8MJnfvZVYsNdDMqqSq3nHYC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2020.
- ALMEIDA, T. **Caixa de ferramentas em mediação**. São Paulo: Editora Dash, 2017.
- ALMEIDA-FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde. *In*: VICTORA, C. G. *et al.* **Saúde no Brasil: a série 'The Lancet'**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ALVES, R. Escutatória. *In*: ALVES, R. **O amor que acende a lua**. Campinas, SP: Papirus, 1999.
- ANDERSON, H. **Conversação, linguagem e possibilidades**. São Paulo: Roca, 2009.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. soc. soc.**, São Paulo, v. 00, n. 123, p. 407-427, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/cbc3JDzDvxTqK6SDTQzJLP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 set. 2021.
- AO PONTO: por que a saúde no Rio de Janeiro atingiu o caos?. [Locução de]: Lígia Bahia. Rio de Janeiro: Jornal O Globo, 13 dez. 2019. *Podcast*. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/podcast/por-que-saude-no-rio-de-janeiro-atingiu-caos-24135647>. Acesso em: 9 abr. 2020.
- ARENDT, H. **Homens em tempos sombrios**. Tradução: Denise Bottmann. [S. l.]: Companhia de Bolso, 2008. E-book.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. *In*: Barbosa, R.; Parker, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 50-71.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BARROS, M. E. B.; FREITAS, M. C. A.; CHAMBELA, S. M. G. Diálogos entre o conceito de experiência em Walter Benjamin e a Clínica da Atividade. **Trab. educ. saúde.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020435, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zDLmM75hFHBNdZfPyzFhjYk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.
- BATESON, G. **Steps to an ecology of mind**. New York, NY: Ballantine Books, 1972.

BISPO, R. DAS, V: 2015: affliction: health, disease, poverty. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 275-279, abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/WxhLTQtRyQcCQVySTCZrs8F/?lang=pt#>. Acesso em: 12 nov. 2020.

BOLDRINI, A. Países em que algumas vidas valem menos explicam recordes na pandemia. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 16 maio 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2021/05/paises-em-que-algumas-vidas-valem-menos-explicam-recordes-na-pandemia-diz-ganhadora-do-pulitzer.shtml>. Acesso em: 21 maio 2021.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: doença pelo Coronavírus Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, semana epidemiológica 33, 8 ago. a 15 ago. 2020. Especial. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/19/Boletim-epidemiologico-COVID-27.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.

BOLETIM OBSERVATÓRIO COVID-19: covid-19. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz, semanas epidemiológicas 31 e 32, 1 ago. a 14 ago. 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_2021-semanas_31-32-red_1.pdf. Acesso em: 24 ago. 2021.

BORGHI, C. M. S. O.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América latina. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, set./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/jJpLdWtYsCMVV8YQm6PqMFk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2021.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. 9. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

BOUSQUAT, A. Como a APS está enfrentando a pandemia de Covid-19 no Brasil? Resultado da pesquisa nacional. TV Abrasco. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (2h 29 min). Publicado pelo canal TV Abrasco. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ICJhe3SIHiI&list=PLMbYexyVJjcJ_JgHch4TG0sSjLBVKCb_E&index=35&t=3210s. Acesso em: 23 nov. 2020.

BOUYER, G. C. Sofrimento social e do trabalho no contexto da área “Saúde mental e trabalho”. **Psicol. soc. (Online)**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 106-119, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/KQKMqKYsfg6PKNssw9YQvTr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRANDÃO, C. R. **Entre Paulo Freire e Boaventura Santos**: algumas aproximações entre o saber e a pesquisa. [S. l.]: Acervo Educador Paulo Freire, 2007.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição n° 14, de 25 de maio de 2021**. Altera o art. 198 da Constituição Federal para estabelecer o Sistema de Proteção Social e Valorização dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, a aposentadoria especial e exclusiva, e fixar a responsabilidade do gestor local do SUS pela regularidade do vínculo empregatício desses profissionais. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2021b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2284555>. Acesso em: 27 jun. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.

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: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110507.htm. Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. **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 Constitucionai nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm. Acesso em: 5 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016**. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0958_10_05_2016.html. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Vacinação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm. Acesso em: 23 mar. 2020.

BREILH, J. **Critical epidemiology and the people's health**. New York, NY: Oxford University Press, 2021.

BREILH, J. Jaime Breilh, consecuencias de los agronegocios en la salud. [Entrevista concedida a] Canal Abierto. 2019. 1 vídeo (28 min). Publicado pelo canal Canal Abierto. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=39QM_BVQFHU&list=PLMbYexyVJjcJ_JgHch4TG0sSjLBVKCb_E&index=25&t=1038s. Acesso em: 16 maio 2020.

BRITO, J. C. *et al.* Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 316-329, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/dnhgHQ9Djk9KJSZQFS9ksBR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2020.

BRUNER, J. A construção narrativa da realidade. **Critical Inquiry**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1-21, 1991. Disponível em: https://www.academia.edu/4598706/BRUNER_Jerome._A_constru%C3%A7%C3%A3o_narrativa_da_realidade. Acesso em: 15 jul. 2020.

BURGOS, M. RJ: uma cartografia dos tentáculos da milícia. **Outras Palavras**, São Paulo, 6 maio 2021. Seção Outras Mídias. Disponível em: https://outraspalavras.net/outrasmidias/rj-uma-cartografia-dos-tentaculos-da-milicia/?fbclid=IwAR2IpkawmcDUdBjvTsgsJHFCFymnNfIZ_E2Hfsc0Prm6485WPu2KWJ6PKw4. Acesso em: 18 maio 2021.

BUTLER, J. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019a.

BUTLER, J. Quando a economia se torna o berro angustiante dos eugenistas – visões sobre a quarentena por Judith Butler. [Entrevista concedida a] J. M. P. Domínguez e R. Zen. **Mídia Ninja**, [s. l.], 17 maio 2020. Disponível em: <https://midianinja.org/juanmanuelpdominguez/quando-a-economia-se-torna-o-berro-angustiante-dos-eugenistas-visoes-sobre-a-quarentena-por-judith-butler/>. Acesso em: 19 maio 2020.

BUTLER, J. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019b.

CASTIEL, L. D. **Ensaio sobre a pandemência**: quando personagens e micróbios da ficção-científica saem do filme e invadem o planeta – um acompanhamento crítico de enunciados sobre a covid-19 em meios de comunicação leigos e técnicos. Rio de Janeiro, RJ: ENSP/Fiocruz, [2020]. Disponível em:

<http://observatoriodamedicina.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/ENSAIO-SOBRE-A-PANDEM%C3%80NCIA.pdf>. Acesso em: 18 maio 2020.

CAVELL, S. Foreword. *In*: DAS, V. **Life and words**: violence and the descent into the ordinary. Berkeley: University of California Press, 2007.

CHAGAS, J. V. Documentário acende alerta para desmonte no SUS. **Informe Ensp**, Rio de Janeiro, 9 jun. 2020. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/49128>. Acesso em: 9 jun. 2020.

CHOMSKY, N. Não podemos deixar a Covid-19 nos levar ao autoritarismo. **Blog da Boi Tempo**. São Paulo, 26 mar. 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/26/chomsky-nao-podemos-deixar-o-covid-19-nos-levar-ao-autoritarismo/>. Acesso em: 3 abr. 2020.

COLLINS, P. H. Se eu olhasse só o debate nas redes sociais sairia correndo. [Entrevista cedida a] D. Mota. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2021. Caderno Mundo. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2021/04/se-eu-olhasse-so-o-debate-nas-redes-sociais-sairia-correndo-afirma-patricia-hill-collins.shtml?origin=folha>. Acesso em: 24 abr. 2021.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE (Brasil). **Painel CONASS Covid-19**. Brasília, DF: CONASS, 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acesso em: 24 ago. 2021.

CORRADI-WEBSTER, C. M. Ferramentas teórico-conceituais do discurso construcionista. *In*: GUANAES-LORENZI, C. *et al.* **Construcionismo social**: discurso, prática e produção do conhecimento. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 2014.

COTIDIANO. Intérprete: Chico Buarque. Compositor: Chico Buarque. *In*: Construção. Intérprete: Chico Buarque. Rio de Janeiro: Polygram, 1971. LP.

COVID-19: OMS avisa que desigualdade na vacinação entre países aumenta diariamente. **ONU NEWS**, [s. l.], 22 mar. 2021. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2021/03/1745252>. Acesso em: 2 ago. 2021.

CUNHA, M. B. *et al.* O desastre no cotidiano da favela: reflexões a partir de três casos no Rio de Janeiro. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 18, n. 33, p. 95-122, 2015. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_33_3_Cunha_Porto_Pivetta.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

CUNHA, M. B.; FRIGOTTO, G. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 811-823, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bFMjcG7YdG7mGLTPY7CMDCx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2020.

DAS, V. **Affliction: health, disease, poverty**. New York, NY: Fordham University Press, 2015.

DAS, V. **Life and words: violence and the descent into the ordinary**. Berkeley: University of California Press, 2007.

DAS, V. **Textures of the ordinary: doing Anthropology after Wittgenstein**. New York, NY: Fordham University Press, 2020b.

DAS, V. **Vida e palavras: a violência e sua descida ao ordinário**. São Paulo: Editora Unifesp, 2020a.

DAS, V.; POOLE, D. El estado e sus márgenes: etnografías comparadas. **Revista Académica de Relaciones Internacionales**, [s. l.], n. 8, 2008. Disponível em: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/678285/RI_8_9.pdf?sequence=1&isAllo wed=y. Acesso em: 30 jun. 2020.

DATA.RIO. Informações sobre a cidade. Rio de Janeiro: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, c2017. Disponível em: [:https://www.data.rio/search?groupIds=e2fa9e49d6e04512bd9bbbeafb026795&sort=-modified](https://www.data.rio/search?groupIds=e2fa9e49d6e04512bd9bbbeafb026795&sort=-modified)

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos**. Porto Alegre: Dublinense, 2017.

DUNKER, C. **Reinvenção da intimidade: políticas do sofrimento cotidiano**. São Paulo: Ubu Editora, 2017.

DWECK, E. *et al.* Desafios da proteção social em tempos de pandemia. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (2h 38 min). Publicado pelo canal TV Abrasco. Painel Ágora Abrasco. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eKt8xqXJ-1Q>. Acesso em: 30 abr. 2020.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2020.

FONSECA, M. L. G. **Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia**. 2014. 251 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18015>. Acesso em: 15 out. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GERGEN, K.; GERGEN, M. **Construcionismo social**: um convite ao diálogo. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 2010.

GERSHMAN, S. As fases de formulação das políticas públicas sociais. [S. l.: s. n.], 2018. 1 vídeo (38 min). Publicado pelo canal Ensp Fiocruz. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xhLfebwkN6o&t=1s>. Acesso em: 9 abr. 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, e00178619, set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n10/e00178619/pt>. Acesso em: 4 fev. 2020.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 2019.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. O uso do território na Atenção Primária de Saúde. *In*: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 143-176.

GRACIA, T. I. O “giro linguístico”. *In*: IÑIGUEZ, L. (org.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005.

GROSGOUEL, R. La descolonización del conocimiento: diálogo crítico entre la visión descolonial de Frantz Fanon y la sociología descolonial de Boaventura de Souza Santos. *In*: VIANELLO, A.; MAÑÉ, B. (coord.). **Formas-otras**: saber, nombrar, narrar, hacer: IV Training Seminar de jóvenes investigadores en Dinámicas Interculturales. Barcelona: Edicions CIDOB, 2011. p. 97-108.

GRUPO DE ESTUDOS DOS NOVO ILEGALISMOS. **Mapa 1**: Grupos armados na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Niterói: GENI/UFF, [2020]. Disponível em: http://geni.uff.br/wp-content/uploads/sites/357/2021/02/2020_apresentacao-mapa-dos-grupos-armados.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020.

GUIMARÃES, C. Programa Saúde com Agente divide opiniões e expectativas. **EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 5 jul. 2021. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/programa-saude-com-agente-divide-opinioes-e-expectativas>. Acesso em: 10 jul. 2021.

HERNANDES, E. S. C.; VIEIRA, L. **A guerra tem rosto de mulher**: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19. Brasília, DF: ANESP, 2020. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>. Acesso em: 20 nov. 2020.

IÑIGUEZ, L. (org.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

KAUFMANN, J. C. **A entrevista compreensiva**: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. **Social suffering**. Los Angeles: University of California Press, 1997.

LABRA, E. Implementação e análise das políticas públicas. [S. l.: s. n.], 2018. 1 vídeo (34 min). Publicado pelo canal Ensp Fiocruz. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Z-jc2oEJg3E&t=27s>. Acesso em: 9 abr. 2020.

LAURELL, A. C. Para o estudo da saúde na sua relação com o processo de produção. In: LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1987. cap. 3.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1987.

LEÃO, A. L. *et al.* Covid-19 mais letal em regiões de periferia no Brasil. **O GLOBO**, Rio de Janeiro, 3 maio 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/covid-19-mais-letal-em-regioes-de-periferia-no-brasil-1-24407520>. Acesso em: 5 maio 2020.

LEITE, M. P. Entre o individualismo e a solidariedade: dilemas da política e da cidadania no Rio de Janeiro. **Rev. bras. ciênc. soc.**, São Paulo, v. 15, n. 44, p. 43-90, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/BRbmWwYmCqzh9jrmHh7x8qf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2020.

LIMA, J. G.; BAPTISTA, L. A. Itinerário do conceito de experiência na obra de Walter Benjamin. **Princípios: Revista de Filosofia (UFRN)**, Natal, v. 20, n. 33, p. 449-484, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/principios/article/view/7526>. Acesso em: 16 out. 2020.

LÓPEZ, M. V. O conceito de experiência em Michel Foucault. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 19, n. 2, p. 42-55, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/2367>. Acesso em: 30 jul. 2020.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/36755>. Acesso em: 24 jul. 2020.

MACHADO, R. **Foucault, a filosofia e a literatura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

MELO, E. O que pode a Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (56 min). Publicado pelo canal Ensp Fiocruz. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Pwt3i4mXv9c&list=PLMbYexyVJjcJ_JgHch4TG0sSjLBVKCb_E&index=26&t=138s. Acesso em: 26 ago. 2020.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, nov./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DvfHFsvqYzXN4bPX9HbsBxj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 7 ago. 2020.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MENICUCCI, T.; GOMES, S. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 2. reimpr. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2019.

MINAYO-GOMEZ, C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. *In:* GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MOREIRA, L. E. Por quem nos comovemos?: reflexões sobre nossos enquadramentos bélicos. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 30, e181902, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/XgmRyKHFzf4mFXHVXMXT7ds/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2020.

NICOLAZZI, F. A narrativa da experiência em Foucault e Thompson. **Anos 90**, Porto Alegre, v. 11, n. 19/20, p. 101-138, jan./dez. 2004. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/31543>. Acesso em: 4 ago. 2020.

NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde Soc.**, São Paulo, 2019, v. 28, n. 3, p. 309-323, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3p3Hn8ywnG9S9GWL76FNW7TF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 out. 2020.

NOGUEIRA, M. L. *et al.* **1º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de Covid-19.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2020a. 68 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42709>. Acesso em: 21 jul. 2021.

NOGUEIRA, M. L. *et al.* **2º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de Covid-19.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2020b. 68 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42709>. Acesso em: 21 jul. 2021.

NOGUEIRA, M. L. *et al.* **3º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de Covid-19**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2021. 68 p. Disponível em: <https://acscovid19.fiocruz.br/boletim>. Acesso em: 30 ago. 2021.

OLIVEIRA, R. G. Racismo e suas expressões na saúde. *In*: MAGNO, P. C.; PASSOS, R. G. (org.). **Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Rio de Janeiro, 2020.

OLIVEIRA, R. M.; VALLA, V. V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Rev. Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, n. 17, supl., p. 77-88, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2001.v17suppl0/S77-S88>. Acesso em: 7 jul. 2020.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa em saúde. *Rev Saúde Pública*, [s. l.], v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WPXw77VZ5zdVzWbqKX9V6mm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Atenção primária à saúde**. 2020. Brasília, DF: OPAS, [2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 10 ago. 2020.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro. *In*: VICTORA, C. G. *et al.* **Saúde no Brasil: a série 'The Lancet'**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

PARREIRAS, C. Veena Das - apresentação biográfica e principais conceitos (Aula 01 - Curso de Difusão FFLCH-USP). [S. l.: s. n.], 2018. 1 vídeo (2h09min). Publicado pelo canal Numas Extensão. (Curso de Difusão “Entre margens, violência e sofrimento: introdução ao pensamento de Veena Das”). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=8-u3wz9xPXE&list=PLMbYexyVJjcJ_JgHch4TG0sSjLBVKCb_E&index=14&t=0s. Acesso em: 7 maio 2020.

PEREIRA, P. P. G. Violência, gênero e cotidiano: o trabalho de Veena Das. **Cadernos Pagu**, [s. l.], n. 35, p. 357-369, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/ZLcQCY8Dj4vsDvtxLwFxyDD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 ago. 2020.

PERES, J. L. P. **Comorbidades sociais e Covid-19: a desigualdade como desafio da gestão pública em tempos de crises**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública, 2021. (Série Cadernos Enap, n. 86; Coleção Covid-19 *Fast Track*).

POLI NETO, P. **Encontros no centro de saúde: A medicina de família e comunidade (MFC) e o sofrimento social**. 2011. 227 p. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

PORTA, S. K. Em torno de la experiencia: L. Wittgenstein y C. I. Lewis. **Areté: Revista de Filosofía**, Maracaibo, v. 14, n. 2, p. 211-247, 2002. Disponível em: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/arete/article/view/1694>. Acesso em: 23 jul. 2020.

PRAUN, L. A solidão dos trabalhadores: sociabilidade contemporânea e degradação do trabalho. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 147-160, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/140593>. Acesso em: 21 set. 2020.

PUSSETTI, C.; BRAZZABENI, M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas de assistencialismo. **Etnográfica [Online]**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 467-478, 2011. Disponível em: <https://journals.openedition.org/etnografica/1036>. Acesso em: 5 mar. 2021.

QUEIROZ, T. A. N. Espaço geográfico, território usado e lugar: ensaio sobre o pensamento de Milton Santos. **Para Onde!?**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 154-161, dez. 2014. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/paraonde/article/view/61589>. Acesso em: 23 jul. 2021.

REICH, E. E. O sofrimento social no Brasil nos limites dos direitos humanos. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 11, n. 27, p. 475-493, maio/ago. 2019. Ensaio. Disponível em: <https://revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180311272019475>. Acesso em: 7 nov. 2020.

REIS, S.; MENESES, S. Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o NASF-AB. **CEBES**, Rio de Janeiro, 12 fev. 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>. Acesso em: 8 jun. 2020.

RENAULT, E. **Social suffering: sociology, psychology, politics**. London: Rowman & Littlefield, 2017.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – PMS 2014 – 2017**. Rio de Janeiro: SMS, 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses. Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: SMS/SUBVISA/CST, 2017. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a>. Acesso em: 10 set. 2020.

RODRIGUES, C. A performatividade de gênero e do político. **Revista Cult, UOL**, [s. l.], 14 set. 2015. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/performatividade-de-genero-e-do-politico/>. Acesso em: 8 jul. 2021.

ROLIM, L. **Segurança Pública em Números 2020**: evolução dos principais indicadores de criminalidade e atividade policial no estado do Rio de Janeiro de 2003 a 2020. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Uploads/SegurancaemNumeros2020.pdf. Acesso em: 24 maio 2021.

SÁ, M. C.; DINIZ, D. S. **Seminário “A abordagem de narrativas e o dispositivo grupal na formação, produção do cuidado e intervenções em saúde”**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2019.

SAFATLE, V. Dos problemas de gênero a uma teoria da despossessão necessária: ética, política e reconhecimento em Judith Butler. In: BUTLER, J. **Relatar a si mesmo**: crítica da violência ética. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

SANTOS, B. S. **Covid-19**: desigualdades, vulnerabilidades, silenciamentos e ignorâncias. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (2h 38 min). Publicado pelo canal TV Abrasco. Pannel Ágora Abrasco. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eKt8xqXJ-1Q>. Acesso em: 30 abr. 2020.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez Editora, 2010. Edição do Kindle.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, e2020166, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2020.

SATRIANO, N. Rio tem 3,7 milhões de habitantes em áreas dominadas pelo crime organizado; milícia controla 57% da área da cidade, diz estudo. **G1**, Rio de Janeiro, 19 out. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/10/19/rio-tem-37-milhoes-de-habitantes-em-areas-dominadas-pelo-crime-organizado-milicia-controla-57percent-da-area-da-cidade-diz-estudo.ghtml>. Acesso em: 25 maio 2021.

SEABRA, O. C. L. Territórios do uso: cotidiano e modo de vida. **Cidades**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 181-206, 2004. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/revistacidades/article/view/476>. Acesso em: 10 ago. 2020.

SEVALHO, G.; DIAS, J. V. S. Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a Saúde Coletiva brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, dez. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/frantz-fanon-descolonizacao-e-o-saber-em-saude-mental-contribuicoes-para-a-saude-coletiva-brasileira/17869?id=17869>. Acesso em: 20 maio 2021.

SIMÕES, M. R. **Desigualdades sociais e violência na metrópole carioca 2010-2020**. Nova Iguaçu: Editora Entorno, 2021.

SOARES, C. S. A.; FONSECA, C. L. R. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **J Manag Prim Health Care**, [s. l.], v. 12, p. 1-11, jul. 2020. Dossiê especial. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/998>. Acesso em: 10 jul. 2021.

THIOLLENT, M. Souffrances sociales: philosophie, psychologie et politique. **RECIIS (Online)**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 97-99, jul./dez. 2008. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/853>. Acesso em: 24 maio 2020.

VAN DIJK, T. A. O giro discursivo. In: IÑIGUEZ, L. (org.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

VIANNA, A. Vida, palavras e alguns outros traçados: lendo Veena Das. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, e263206, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/qnhj7R44MGVbjt48RKDwNVL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2021.

VIANA, A. L. D.; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L.; IBÁÑEZ, N. (org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15-57.

VICTORA, C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da antropologia. **RECIIS (Online)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 3-13, dez. 2011. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/764>. Acesso em: 19 ago. 2020.

WAGNER, A.; ACEVEDO, R.; ALEIXO, E. (org.). **Pandemia e território**. São Luis: UEMA Edições/PNCSA, 2020.

WERLANG, R.; MENDES, J. M. R. Sofrimento social. **Serv. soc. soc.**, São Paulo, n. 116, p.743-768, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZgB7nvx4ps8DmGFnvNVBYmd/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 22 jun. 2020.

WILKERSON, I. **Casta**: as origens do nosso mal-estar. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 2 set. 2021.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

A) Identificação:

- 1 Nome (sigilo para divulgação)
- 2 Idade:
- 3 Cor autodeclarada:
- 4 Sexo:
 - 5 Local de trabalho (mais de um?) – (dado em sigilo para divulgação)
 - 6 Função (mais de uma?)
 - 7 Tempo de trabalho como ACS:

B) Como é o seu dia a dia?

C) Como é trabalhar e morar na mesma região?

D) Como acontece o trabalho com os outros profissionais?

E) O que você conta sobre sua experiência como ACS nos últimos 3 anos-2017/18/19, até a pandemia?

rotina, ganhos, perdas, facilidades e dificuldades, impactos que destaca, visão como trabalhador e pessoal, efeitos na saúde.

F) O que você conta sobre sua experiência como ACS durante a pandemia?

rotina, ganhos, perdas, facilidades e dificuldades, impactos q destaca, visão como trabalhador e pessoal, efeitos na saúde.

Principais transformações, aprendizados.

G) O que gostaria que continuasse dessas experiências e processos de trabalho?

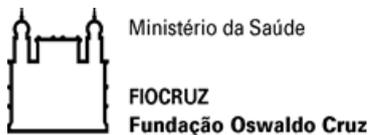
H) O que transformaria, acrescentaria, criaria?

I) O que deixaria de fazer?

J) Como vê seu futuro?

K) O que mais gostaria de falar/contar nesse momento?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisadora: Cristina Campos Villaça

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Prezada/o,

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa “Sofrimento social e as experiências dos Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro em tempos da Pandemia por Covid-19”, que está sendo desenvolvida pela discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Cristina Campos Villaça, sob orientação da professora Marize Bastos da Cunha.

Essa pesquisa busca conhecer as experiências cotidianas de trabalho e de vida dos Agentes Comunitários de Saúde antes e durante a pandemia por Covid-19, e as diferenças entre esses períodos.

Você está sendo convidado a participar por ser ACS no Município do Rio de Janeiro, podendo contribuir de forma importante para essa pesquisa e para visibilizar as realidades dessa categoria de trabalhadores, suas condições de trabalho e impactos em sua vida pessoal e comunitária.

Caso aceite participar, de forma voluntária e não remunerada, será realizada uma entrevista com duração de 1:30/2h, de forma confidencial, com compromisso de sigilo. Importante que você possa estar, se possível, em ambiente de privacidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento.

Todas as informações dadas serão protegidas de identificação pessoal ou do local trabalho em qualquer forma de divulgação da pesquisa.

Esperamos contribuir para visibilidade e reconhecimento de seu trabalho e com a possibilidade de ações para melhorar a qualidade do ambiente de trabalho dos ACS.

O resultado dessa pesquisa será enviado por email para todos que participarem como forma de registro e reconhecimento pela contribuição.

Esse documento deverá ser assinado e rubricado por você e pela pesquisadora em 2 vias, ficando você com uma via. Caso sinta-se prejudicado de alguma forma, poderá resolver a questão por meio de contato com a pesquisadora, ou com o Comitê de Ética da Ensp/Fiocruz, ou por meios legais.

Cristina Campos Villaça (pesquisadora responsável)

Celular/whatsapp: (21) 99714-8741 E-mail: villacacristina@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições da minha participação na pesquisa e concordo em participar

Data: ___/___/___

Assinatura do participante da pesquisa

CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo.

Tel: 2598-2863, Email: cep@ensp.fiocruz.br

Em relação a cessão de imagem, assinale a sua concordância:

8	IMAGEM	9	SIM	10	NAO
11	Gravação	12		13	
14	Filmagem	15		16	
17	Fotografia	18		19	