

**Universidade Estadual de Campinas  
Faculdade de Educação**

**Tese de Doutorado**

**Sufrimento psíquico e privacidade do Agente Comunitário de Saúde**

**Sandra Fogaça Rosa Ribeiro**

**Orientador: José Roberto Montes Heloani**

Tese de Doutorado apresentada à Comissão de Pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Educação, na área de concentração “Políticas, Administração e Sistemas Educacionais”

Campinas – SP

-2011-

*Sandra Fogaça Rosa Ribeiro*

**Sufrimento psíquico e privacidade do Agente Comunitário de Saúde**

Campinas – SP

-2011-

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

**Sufrimento psíquico e privacidade do Agente Comunitário de Saúde**

Autor: Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Heloani

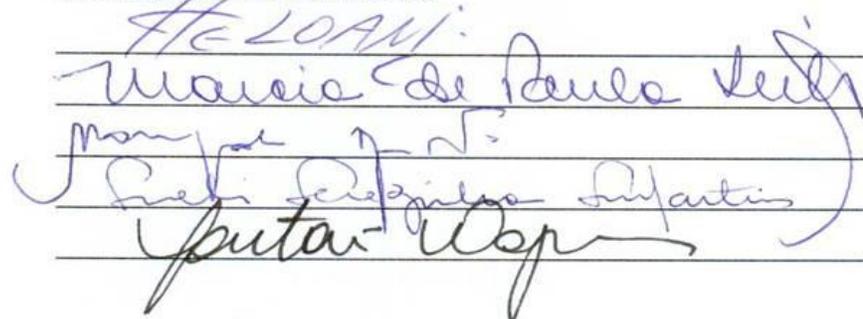
Este exemplar corresponde à redação final da Tese  
defendida por Sandra Fogaça Rosa Ribeiro e aprovada pela  
Comissão Julgadora.

Data: 13 / 10 / 2011

Assinatura do Orientador



COMISSÃO JULGADORA:



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA  
DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP  
ROSEMARY PASSOS – CRB-8ª/5751

R354s	Ribeiro, Sandra Fogaça Rosa. Sofrimento psíquico e privacidade do Agente Comunitário de Saúde / Sandra Fogaça Rosa Ribeiro. – Campinas, SP: [s.n.], 2011.  Orientador: José Roberto Montes Heloani. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.  1. Sofrimento. 2. Trabalho. 3. Programas de Saúde da Família. 4. Comunidades. 3. Instituições. 5. Relações sociais. 6. Saúde Comunitária - Auxiliares. I. Heloani, José Roberto Montes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.
	11-165/BFE

Informações para a Biblioteca Digital

**Título em inglês** Psychic suffering and privacy of Community Health Agent

**Palavras-chave em inglês:**

Suffering

Work

Health Programs Family

Communities

Institutions

Social relations

Community Health – Auxiliary

**Área de concentração:** Políticas, Administração e Sistemas Educacionais

**Titulação:** Doutor em Educação

**Banca examinadora:**

José Roberto Montes Heloani (Orientador)

Margarida Barreto

Sueli Terezinha Ferreira Martins

Gastão Wagner de Sousa Campos

Márcia de Paula Leite

**Data da defesa:** 13-10-2011

**Programa de pós-graduação:** Educação

**e-mail:** [sandrafogacarr@gmail.com](mailto:sandrafogacarr@gmail.com)

# *Dedicatória*

*Ao Jamil,  
parte de mim,  
na loucura de viver a vida de forma itinerante,  
na confiança inquestionável no Deus provedor,  
na coragem de começar tudo de novo, mesmo com medo, mas certos de que  
valeu a pena,  
no grande amor pelos filhos,  
nas conquistas mais preciosas das nossas vidas: os amigos (as)  
no fazer junto esta tese,  
chegamos juntos!  
É bem melhor sermos dois do que um!*

### *Agradecimentos Especiais*

*Ao Heloani, pela liberdade na escolha dos caminhos da pesquisa, conjugado a um cuidado terno e cuidadoso. Obrigada por ter aceitado fazer parte da banca do mestrado, por ter me apoiado incondicionalmente no doutorado, pelo cuidado em me receber em sua casa, nos momentos finais de elaboração do texto.*

*À Rosana, manifestação clara da providência de Deus, permanecendo no meu apartamento em Presidente Prudente, nos dias em que terminava esta tese. Você sabe bem, que eu não teria conseguido terminar esse trabalho, sem sua ajuda, lucidez, amizade e principalmente, conhecimento na área de saúde coletiva.*

*Ao Jamil Thiago e ao Vinícius, filhos especiais, por acreditarem em mim, valorizando meu trabalho, incondicionalmente. Obrigada pelas reflexões que concordaram em fazer comigo, sobre um tema difícil e sofrido.*

*Aos filhos “adotivos” mais antigos: Dunga (primogênita), Mariana, Roberta, Vitinho, Jônatas, Carol; e os mais recentes: Giovanne e Glaucia, pela alegria de tê-los na minha casa em Botucatu, prá sempre serão meu filhos e filhas.*

*À querida Sarinha, pelas suas perguntas pertinentes e bem colocadas sobre a tese, pela paciência em ouvir respostas longas, atentamente, me ajudando na construção de vários trechos do texto.*

*Aos amigos Éderson, Madalena e Guilherme, pelas cuidadosas observações nos grupos focais. Todos, com formação em saúde, me ajudaram muito com suas impressões, colocadas pontualmente durante o processo.*

*Agradecimentos:*

*Aos meus pais por terem me ensinado com suas próprias vidas que vale a pena correr riscos, recomeçar, sempre confiando em Deus. Mamãe, obrigada pela sua persistência na vida. Você conseguiu me ensinar a ser forte e corajosa. E ao meu pai Daniel (in memoriam) pelo seu exemplo de leitor incansável da Bíblia, filosofia, teologia, psicologia... Você me tornou uma fiel seguidora de seus passos. Esse mundo fascinante e mutante que me apresentaram, foi a melhor herança que me deixaram!*

*Às minhas irmãs, Sonia e Vanda por partilharem comigo o gosto pela leitura, lendo pra mim as histórias do Monteiro Lobato antes de dormirmos; e pela Aninha, pela doçura e afeto transmitidos sem necessitar de uma única palavra.*

*Ao pessoal da secretaria do Departamento de Educação da Unicamp, em especial à Nadir e Cleo, pelo acolhimento em dias difíceis de cansaço, depois de longas horas de estrada para chegar em Campinas.*

*À CAPES pela bolsa de estudo, possibilitando o prosseguir do trabalho.*

*Aos amigos-trabalhadores da Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental-Sul (UAIM-Sul) em São José dos Campos, primeira fonte de inspiração para o estudo sobre o sofrimento do trabalhador de saúde. Em especial à Niuza, Marcus, Terezinha, Valéria, Ana e Roseli com os quais aprendi sobre a loucura, vivenciada dolorosamente, algumas vezes, na minha experiência pessoal no trabalho. Obrigada pelo apoio, carinho e incentivo para trilhar o caminho acadêmico.*

*À querida Sueli, orientadora do mestrado, que gentilmente aceitou estar comigo mais uma vez, compondo a banca examinadora deste trabalho, por ter me incentivado a continuar a etapa do doutorado. Valeu!*

*À Therezinha, querida amiga que conheci no dia da entrevista do processo seletivo para o doutorado, com quem dividi temores e alegrias, viagens para congressos, cafés, almoços e estadias nas pousadas de Barão Geraldo. Sem a sua amizade eu não teria conseguido superar as dificuldades deste processo.*

*Aos queridos alunos e queridas alunas da Unesp de Assis, por terem confiado na minha orientação nos estágios em espaços ainda não explorados, na disciplina Psicologia do Trabalho, em Unidades Saúde da Família e numa Escola.*

*Aos Agentes Comunitários de Saúde e às Agentes Comunitárias de Saúde pela disposição em falarem de suas vidas e seus sofrimentos no trabalho com confiança e credibilidade no meu trabalho de pesquisa, gostaria de citá-los nominalmente, mas o compromisso de sigilo não me permite.*

*Ai dos que decretam leis injustas, dos que escrevem leis de opressão, para  
arrebatarem o direito aos aflitos do meu povo.*

*Isaias, Bíblia revista e atualizada*

## **Resumo**

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família é de ordem técnica, no cuidado e na assistência a população e político, na organização da manifestação popular, compreendido como o elo entre a população e a equipe. A especificidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde é permeado por dificuldades no processo de identidade e sofrimento psíquico, identificados em pesquisas anteriores. O referencial teórico foi a Psicologia Social, Psicodinâmica do Trabalho e Saúde Coletiva. O objetivo deste estudo foi investigar a influência da atividade do Agente Comunitário de Saúde na sua privacidade por morar próximo ao local de trabalho. A metodologia foi de natureza qualitativa, utilizando uma combinação de recursos na coleta de dados: grupo focal e observação participante. De maneira geral, os resultados apontaram alguns pontos de intensificação do desgaste do agente comunitário de saúde, uns diretamente relacionados a perda da privacidade, por morar no território que trabalha, dificilmente contornáveis, pois lidar com o processo saúde-doença de pessoas que fazem parte da convivência diária, às vezes amigos e parentes é uma situação que dificilmente algum manejo técnico dê conta de resolver. Outros, como a falta de espaço para discutir os casos atendidos, desvalorização, poderiam ser minimizados por meio de mudanças na gestão e formação permanente.

Palavras Chave: Sofrimento, Trabalho, Programa Saúde da Família, Relações Comunidade-Instituição, Agente Comunitário de Saúde

## **Abstract**

The Community Health Agent's work in the Family Health Strategy is technical, in the care and assistance to population and political organization in the popular demonstration, understood as the relationship between the community and staff. The specificity of the Agent's work is permeated by difficulties in the process of identity and psychic suffering, identified in previous researches. The theoretical framework was the Social Psychology, Work's Psychotherapy and Collective Health. The aim of this study was to investigate the influence of the activity of the Community Health Agent in your privacy by living around workplace. The methodology was qualitative, using a combination of resources in data collection: focus groups and participant observation. Overall, the results indicated some points of increased wear of the Community Health Agent, some directly related to loss of privacy, living in the territory that works, hardly manageable because dealing with the health-disease process of people who living daily, sometimes friends and relatives, is a situation that hardly any technical account management get resolve. Others, such as lack of space to discuss the cases treated, devaluation, could be minimized through changes in management and continuing education.

**Keywords:** Suffering, Work, Family Health Program, Community-Institutional Relations, Community Health Agent

## LISTA DE QUADROS

---

<b>Quadro 1</b> – Composição Regional da Saúde no Estado de São Paulo .....	25
<b>Quadro 2</b> – Atividades desenvolvidas pela equipe da unidade escolhida para observação participante .....	29
<b>Quadro 3</b> – Caracterização dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa.....	74

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

---

ACS -----	Agente Comunitário de Saúde
CEREST -----	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGR -----	Colegiado de Gestão Regional
CIES -----	Comissões de Integração Ensino-serviço
DRS -----	Departamento Regional de Saúde
EPS -----	Educação Permanente em Saúde
ESF -----	Estratégia de Saúde da Família
NEP -----	Núcleo de Educação Permanente
PACS -----	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAREPS -----	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
RENAST -----	Rede Nacional de Apoio a Saúde do Trabalhador
SES -----	Secretaria Estadual de Saúde
SF -----	Saúde da Família
SIAB -----	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS -----	Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

---

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	2
<b>CAPÍTULO I – O CENÁRIO</b> .....	5
A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA .....	7
A SAÚDE DA FAMÍLIA: BREVE HISTÓRICO .....	16
O CENÁRIO NACIONAL .....	18
O CENÁRIO ESTADUAL.....	24
O CENÁRIO MUNICIPAL.....	27
<b>CAPÍTULO II – O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</b> .....	31
A QUESTÃO DO GÊNERO .....	31
CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA FIGURA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	35
<b>CAPÍTULO III – A SAÚDE DO TRABALHADOR NA PERSPECTIVAS DE ALGUMAS LENTES.....</b>	41
ARTICULAÇÃO DE CONCEITOS: PRIVACIDADE, SOFRIMENTO, VÍNCULO E FORMAÇÃO .....	50
<b>CAPÍTULO IV – A GESTÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....</b>	58
<b>CAPÍTULO V – METODOLOGIA</b> .....	69
POPULAÇÃO .....	70
COLETA DE DADOS .....	70
QUESTÕES ÉTICAS.....	72
FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	73
<b>CAPÍTULO VI – RESULTADOS</b> .....	76
1. DESVALORIZAÇÃO, DESCONSIDERAÇÃO .....	78
A. DESVANTAGENS NO CONTROLE DE HORAS .....	78
B. TAREFAS IMPEDIDAS OU MÚLTIPLAS.....	79

C. ERROS SEMPRE ATRIBUÍDOS A ELES .....	80
D. EXCLUSÃO DAS FESTAS.....	82
2. VULNERABILIDADE FRENTE À VIOLÊNCIA DO TERRITÓRIO.....	82
A. TRÁFICO DE DROGAS .....	83
B. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	86
3. CONTRADIÇÃO VÍNCULO/PRIVACIDADE .....	86
4. CONSTRANGIMENTOS NA RELAÇÃO COM A COMUNIDADE .....	96
5. DIFICULDADES DE TRABALHO EM EQUIPE.....	98
6. FALTA DE TRABALHO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	109
7. RELAÇÃO COM A GESTÃO .....	111
8. FORMAÇÃO.....	116
9. MORTE/SUICÍDIO DO USUÁRIO.....	118
10. SAÍDAS PARA O SOFRIMENTO .....	125
<b>CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>131</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>149</b>

Maria, Maria  
É um dom, uma certa magia  
Uma força que nos alerta  
Uma mulher que merece  
Viver e amar  
Como outra qualquer  
Do planeta

# INTRODUÇÃO

## Introdução

**A** minha atuação em saúde pública foi fundamental para a realização de pesquisas na área de saúde mental do trabalhador de saúde. Iniciei em 1994 minha carreira nas políticas públicas, opção de toda minha trajetória profissional. Trabalhei como psicóloga numa Unidade de Saúde Mental na cidade de São José dos Campos – São Paulo, participando de mudanças preconizadas pela reforma psiquiátrica. Apesar do entusiasmo e convicção da equipe, forças contrárias desgastavam os trabalhadores.

Precisei mudar-me para Lençóis Paulista em 1996 e desenvolvi um projeto em escolas estaduais, observando também um desgaste do trabalhador. Iniciei um esboço de projeto de mestrado na área de saúde do trabalhador. Em 2000, retomei o cargo de Psicóloga em saúde mental da Prefeitura de São José dos Campos, por um novo concurso. Com certeza motivos pessoais motivaram minha volta para cidade, entretanto o desejo de retomar o trabalho interrompido foi um fator de grande relevância, senão o mais forte. Com mais experiência, aprofundei as reflexões sobre o sofrimento do trabalhador, que estava cada vez mais intenso. Dei continuidade ao esboço do projeto de pesquisa.

Encontrei na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP a oportunidade de desenvolver o projeto de mestrado num programa de Pós Graduação no departamento de Saúde Pública, sobre o sofrimento psíquico do trabalhador de uma equipe da estratégia Saúde da Família (SF) (RIBEIRO, 2006). Dentre as diversas categorias de profissionais, o Agente Comunitário de Saúde apresentou-se com especificidades que justificaram a elaboração de um projeto de doutorado, desenvolvido na Faculdade de Educação da UNICAMP. Estes últimos quatro anos de doutorado, coincidiram com o a implementação do Plano Estadual de Saúde do quadriênio 2008-2011, com o qual estive envolvida por conta de um trabalho que me permitiu uma inserção nos cenários de saúde pública no estado de São Paulo, o Projeto de Apoio Institucional Permanente da Unesp de Botucatu, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde/SP. Neste período, também supervisionei estágios da grade curricular do curso de Psicologia, nas disciplinas Psicologia e Saúde do Trabalhador. Essas atividades possibilitaram ir estabelecendo um diálogo constante com a prática, o que certamente marcou a elaboração deste texto.

O objetivo foi investigar a influência da atividade do Agente Comunitário de Saúde na sua privacidade, por morar próximo ao local de trabalho.

Os capítulos deste texto estão dispostos numa ordem que procura oferecer o panorama geral da pesquisa para em seguida afunilar-se na problemática, mas vez por outra alguns conteúdos foram repetidos para elucidar a discussão, o encadeamento de idéias e compreensão do leitor.

Como esta tese é sobre um trabalho exercido predominantemente por mulheres, os versos de uma música popular brasileira, que retrata a vida de uma mulher, designada genericamente de Maria, foram utilizados como epígrafe. Esses versos foram dispostos antes do início de cada capítulo, sugerindo que o leitor possa lê-los, aproveitando da linguagem poética para se inspirar na reflexão a respeito da contradição entre sofrimento e alegria no trabalho da mulher, *que trás no corpo a marca, Maria, Maria, mistura a dor e a alegria...* (Fernando Brant & Milton Nascimento, 1978).

O **capítulo I** apresenta o cenário da pesquisa, fazendo uma retrospectiva da reestruturação produtiva, como palco para os demais cenários: Saúde da Família em nível nacional, estadual e municipal.

O **Capítulo II** apresenta o Agente Comunitário de Saúde em dois aspectos: gênero e construção histórica do trabalhador no percurso de criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde.

No **Capítulo III** são apresentados os fundamentos teóricos, articulando conceitos que embasaram as reflexões e balizaram a análise dos resultados obtidos na coleta de dados.

No **Capítulo IV** apresenta-se uma discussão teórica complementar sobre a gestão no processo de trabalho.

O **capítulo V** traz o percurso metodológico empreendido no decorrer do trabalho, explicitando os caminhos escolhidos para alcançar a meta estabelecida.

O **capítulo VI** apresenta os resultados, a partir das observações e depoimentos dos grupos focais.

O **capítulo VII** apresenta a conclusão e as considerações finais.

*Maria, Maria*

*É o som, é a cor, é o mar*

*É a dose mais forte e lenta*

*De uma gente que ri*

*Quando deve chorar*

*E não vive, apenas aguenta*

**O CENÁRIO**

## Capítulo I

### O cenário

**A** explanação do cenário onde se desenrolou esta pesquisa sobre o trabalhador de saúde requer algumas considerações sobre o que vem a ser saúde. Para a Organização Mundial de Saúde, a saúde não é apenas a ausência de doença, mas a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (OPAS, 1996). O que seria essa perfeita saúde ou qualidade de saúde perfeita? Para além dos indicadores epidemiológicos de saúde, há uma diferença na realidade das pessoas e do que cada um quer para o seu próprio bem estar. A forma como cada pessoa interage com sua vida está imbricada com o que espera de uma saúde perfeita. Segre e Ferraz (1997, p. 542) esclarecem que a saúde está baseada na integralidade do ser, indistintamente e “poderia ser um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade”. Corroborando com essas idéias a definição de Gonçalves (1981) esclarece que a saúde é a luta para superar as adversidades psíquicas, físicas e sociais, mesmo que não totalmente vencidas.

Diante dessas considerações sobre a complexa tarefa de produzir saúde e das condições de trabalho adversas, é inevitável aos trabalhadores um estado de sofrimento e desgaste da sua própria saúde, pela instabilidade e precarização a que estão expostos. É uma contradição o fato de que àqueles que estão trabalhando para a produção da saúde da população estejam em condições contrárias a sua própria saúde.

Esta contradição é mais evidente no que se refere às políticas públicas, pois é exatamente na Atenção Básica, na qual se insere a Saúde da Família, que se localiza a atenção à Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2006a), tanto no que concerne à assistência de usuários já com a saúde comprometida, realizando onexo causal com o trabalho; como na prevenção, buscando modificar os ambientes adoecedores.

Diferentemente de áreas como a saúde do idoso, da criança e outras, a incumbência do trabalhador de saúde no que se refere a saúde do trabalhador em geral foi instituída pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), garantindo que “ao Sistema Único de Saúde (SUS)

competete... executar as ações de Saúde do Trabalhador (...), colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”. A saúde do trabalhador inclui-se, assim, no âmbito do direito à saúde, que deve ser garantido pelo Estado por meio do SUS.

Segundo documentos norteadores dessas ações do SUS na saúde do trabalhador, é importante o estabelecimento do nexo causal entre adoecimento/sofrimento psíquico e trabalho na assistência aos trabalhadores que, de alguma forma, já tiveram sua saúde afetada pelo trabalho, não deixando de lado as ações de prevenção. Todas essas ações devem ser fortalecidas pela Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST) e pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs). O RENASt deve “integrar a rede de serviços do SUS, voltados para a assistência e a vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador” (BRASIL, 2002a, BRASIL, 2005a). Essa estratégia deu-se, principalmente, por meio de incentivo financeiro aos municípios e estados para a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), que devem desempenhar a função de suporte técnico, de coordenação de projetos e de educação em saúde para a rede do SUS na sua área de abrangência.

Retomando, são os trabalhadores da Saúde da Família, sujeitos desta pesquisa, que estão com a incumbência de cuidar da saúde do trabalhador/usuário do SUS. Diante disso, deve se levar em consideração que o ganho no cuidado a saúde destes trabalhadores do SUS terá como repercussão a melhoria do atendimento aos trabalhadores em geral. Tais considerações ressaltam a importância, complexidade e amplitude de tal pesquisa.

Diante de tais entrelaçamentos cabe circunscrever claramente o cenário no qual se inserem os trabalhadores de saúde, especialmente o Agente Comunitário de Saúde. É amplo e compreende o contexto sócio econômico político nacional e também as peculiaridades da cidade na qual a pesquisa foi desenvolvida. Como uma espiral, estes cenários estão intimamente ligados e se influenciam mutuamente. Segundo Seligmann- Silva (1994, p. 69)

para a análise destas determinações que se tecem a partir de governos e sociedades nacionais, é fundamental identificar a lógica das estratégias adotadas e os seus reais propósitos e prioridades. Os graus de desenvolvimento político e social de cada contexto, delineados a partir de suas trajetórias históricas, estarão, obviamente, atuando vigorosamente em determinações fundamentais para a organização dos assalariados.

Por uma necessidade de sistematização deste texto, iniciaremos demonstrando como o cenário da reestruturação produtiva influenciou a administração pública em saúde e as suas estratégias. Em seguida apresentar-se-á um breve histórico da Saúde da Família, e finalmente o relato do cenário estadual e municipal no qual se constitui a pesquisa.

### **A reestruturação produtiva**

A precarização do trabalho é uma preocupação recorrente, pois tem sido um fenômeno presente em diversos setores do processo de produção. A área da saúde também tem sido atingida, com efeitos deletérios aos trabalhadores. Para compreender a situação desta área específica, será necessário fazer um retrospecto histórico dos modos de produção até os dias atuais.

A centralidade do trabalho, eixo norteador da discussão, possibilita a compreensão do mundo do trabalho permeado pelas grandes mudanças provocadas pelo capitalismo globalizado, a partir de uma visão crítica que busca identificar quais atores estão envolvidos nesse processo, descartando a visão do fenômeno como inexorável, inevitável e irreversível (SANTOS, 2005).

Segundo Heloani e Lancman (2004, p. 78) “o mundo do trabalho provoca um impacto na vida de indivíduos que são obrigados a conviver com lógicas de mercado extremamente mutantes, criando uma situação de constante instabilidade e de ameaça que é vivenciada como um mal inevitável dos tempos modernos...” Dessa forma, o trabalho está longe de ser um espaço neutro, para o bem ou para o mal. Será gerador de sofrimento ou prazer, desgaste ou crescimento, dependendo das relações entre o trabalhador e os desafios externos do meio social.

A revolução industrial e a posterior apropriação capitalista da produção do trabalho modificaram significativamente a organização do trabalho, tendo como foco a acumulação do capital. Isso deu origem a sociedade salarial, que tem como palco a empresa regida pelos princípios taylorista/fordista. Vários atores fizeram parte desse processo, configurando algumas formas de regulação social das forças econômicas, envolvendo o mercado, o poder do estado e o desenvolvimento da tecnologia (Castel, 1998).

A regulação dessas forças não aconteceu de forma aleatória, mas proposital, não era a única saída possível para a sociedade, mas convinha para agentes econômicos potentes. Nesse sentido Franchini e Castro (2004) afirmam que o modo de regulação fez

mediação entre a macroestrutura do regime de acumulação e os comportamentos dos indivíduos. (...) afirmar que o modo de regulação surge de forma natural, como um ‘achado histórico’ parece uma idéia questionável. Faz-se necessário explicar como e por que surgiu um modo de regulação e não outro. Dito de outra forma, deve-se explicar como os agentes econômicos e suas práticas sociais moldam um modo de regulação (p. 21).

É exatamente a explicação da evolução dos modos de regulação que se buscará nos parágrafos seguintes, porque surgiram esses e não outros. Num primeiro momento, a tecnologia atrelada ao nascente capital industrial era a máquina a vapor, representando o aparecimento de pequenas e médias empresas, que detinham cada uma o seu capital. A regulação estava concentrada no próprio mercado, sem interferência do Estado, o liberalismo. A organização do trabalho ainda estava centrada no trabalhador, na qualificação do trabalhador de ofício (Castel, 1998; Harvey, 1999).

Num segundo momento, na passagem do século XIX para XX, a máquina a vapor foi substituída por uma tecnologia mais sofisticada, a eletroeletrônica. Surgiu o capital industrial monopolista, como uma nova de forma de acumulação, dentro dos modos de produção capitalista. O investimento na qualificação do trabalhador foi bem menor, porque com o avanço da tecnologia o trabalhador foi colocado a “serviço da máquina”. Cabia ao trabalhador somente o papel de executor, sem nenhuma reflexão sobre a tarefa, tônica da denominada Organização Científica do Trabalho. O taylorismo e o fordismo confirmaram o que Marx (1867/1975) já havia encontrado anteriormente, no que se denominou de primeira revolução industrial, o trabalho vivo (trabalhador) sugado pelo trabalho morto da máquina. A máquina tornou-se amo do trabalho vivo que era o trabalhador. “Na manufatura e no artesanato, o trabalhador se serve da ferramenta, na fábrica, serve à máquina” (Marx, 1867/1975, p.483).

Para que tal processo se otimizasse cada vez mais, chegou-se à compartimentalização do trabalho, cada vez mais exercido em etapas, claramente delimitadas, sem que o trabalhador pudesse ter idéia do todo (HELOANI, 2003).

O liberalismo conseguiu manter-se por algum tempo, mas as repercussões econômicas desencadeadas pela Primeira Guerra Mundial culminaram numa grande crise. Foi a Grande Depressão de 1929, que demandou a intervenção do Estado, configurando o que se chamou de Estado do Bem Estar Social. Segundo Harvey (1999, p. 122), “foi necessário o *New Deal de Roosevelt* para salvar o capitalismo – fazendo, através da intervenção do Estado, o que Ford tentara fazer sozinho”. A classe trabalhadora vinha lutando por direitos trabalhistas, mas sem resultados. Nesse momento teve o apoio do Estado, não pelo crédito às suas reivindicações, há tempo colocadas, mas porque era conveniente a parceria entre o Estado e o modelo fordista, denominado pacto fordista. O trabalhador com direitos garantidos e salários melhores passou a ser um consumidor. O aposentado e a família do trabalhador também puderam consumir, gerando um mercado aquecido e favorável para o capitalismo.

Esse processo foi muito forte nos EUA, pois não foi destruído pela guerra e por outro lado fortaleceu-se com ela, ao produzir e financiar o recomeço dos países destruídos. Essa fase ficou conhecida como “os trinta anos gloriosos dos EUA”. Esse segundo momento caracterizado pelo Estado do Bem Estar Social se expandiu posteriormente para todo o resto do mundo, sob o poder hegemônico dos EUA (Harvey, 1999). Embora, este Estado do Bem Estar Social não tenha se caracterizado com tal no Brasil, o ano de 1970 “significou para o país um período de grande expansão industrial” principalmente da indústria automobilística (Leite, 2003, p. 68). O desenvolvimento envolveu vários setores das políticas públicas, como a educação e a saúde pública.

Entretanto o terceiro momento foi marcado por um enfraquecimento do Estado, conhecido como neoliberalismo. O mercado regido pelo capitalismo assumiu novamente as forças econômicas, marcando o desmantelamento das políticas públicas de apoio, implementadas anteriormente. A tecnologia microeletrônica foi muito mais potente que a anterior. Não era interesse para o capitalismo que as empresas continuassem crescendo num único espaço físico, mas pulverizadas em diversos lugares, unidas pela comunicação virtual que colocava todas as

pessoas próximas, mesmo que distantes geograficamente. A terceirização do trabalho pelas empresas-líder para as empresas inferiores da cadeia produtiva foi realizada sem perdas para o acúmulo do capital financeiro (Leite, 2003; Druck, Franco, Merhy 2007). O aumento da produtividade ocorreu com um número bem menor de trabalhadores. Foi a vez da acumulação flexível. A chamada reestruturação produtiva foi em cadeia, heterogênea. Harvey (1992) analisa este momento, focalizando o processo de acumulação flexível, que se fortaleceu independente de barreiras geográficas e de tempo. Como as terras já estavam sob o domínio do capital era preciso crescer em setores ainda inexplorados como saúde, educação, bens públicos e naturais.

No Brasil, a reestruturação produtiva também repercutiu desfavoravelmente, embora com um desenvolvimento capitalista tardio em relação a outros países. Segundo Goulart e Guimarães (2002, p. 17) as empresas brasileiras entraram na onda de enxugamento baseadas em “estratégias que se sucedem como moda (reengenharia, *downsing*, entre outras), buscando cortar pessoal, elevar a jornada de trabalho e definir salários por mérito individual”. Reforçaram que, diversas áreas do conhecimento, apesar da diversidade nas abordagens, foram unânimes em apontar repercussões deletérias dessa nova fase para o país. Em suas palavras, analisaram o contexto brasileiro da seguinte forma:

Apesar da diversidade, o conjunto das abordagens parecem unânimes em apontar para um contexto em que é grande o desemprego e o crescimento de desigualdades socioeconômicas, especialmente em países como o Brasil, cuja estrutura social é historicamente excludente e desigual e onde aumenta a precarização do emprego, de novas formas de trabalho e da representação sindical. Tais fatos contribuem para instauração de um ambiente laboral em que a instabilidade e a insegurança são cada vez maiores” (Goulart, Guimarães, 2002, p. 17).

Outra questão a ser abordada, relacionada ao cenário da reestruturação produtiva é o problema da precarização do trabalho. Segundo Leite (2008) um trabalho denominado atípico, por tempo determinado, terceirizado, por tempo parcial, foi inserido no cerne do rearranjo social e da reestruturação produtiva. A partir disso se disseminou a terceirização e o trabalho flexibilizado, como novas tecnologias empresariais de acumulação capitalista. A reflexão da

autora é que essas “novas formas de trabalho atípico têm deixado de se restringir a grupos determinados do mercado de trabalho para se difundir por amplos setores de atividades, atingindo assim novas categorias de trabalhadores” (Leite, p. 5). Dessa forma, a designação “trabalho atípico” deixa de ter sentido, referindo-se na verdade, a uma parcela cada vez maior de trabalhadores.

É exatamente nesse cenário de terceirização e informalidade crescente que ocorre o processo de precarização. Segundo Leite (2008), trabalho precarizado é todo aquele que foge ao conceito estável da empresa fordista. Apesar da diversidade de autores que tratam do termo, a definição segundo o que o próprio termo indica é a

deteriorização das condições de trabalho. Nesse sentido, ele só poderia ser utilizado de forma relacional, ou seja, comparando-se uma situação a outra: há precarização quando um determinado tipo de trabalho se deteriora seja no que se refere aos rendimentos auferidos, seja no que se respeita aos direitos trabalhistas, seja ainda em relação a estabilidade, ou às características do vínculo empregatício” (Leite, p. 8).

Algumas características desse trabalho precarizado (Leite, 2008) são: instabilidade, controle sobre o trabalhador, falta de proteção por leis trabalhistas e rendimento associado ao trabalho (vulnerabilidade).

Para completar a compreensão do cenário da reestruturação produtiva é necessário compreender mais um ator presente nele: os movimentos sociais, os quais foram passando por transformações e coexistindo em suas mais variadas manifestações. Santos (2001) explicou que os novos movimentos sociais têm características específicas como: diversidade, heterogeneidade, dispersão, pulverização do poder, antes concentrado em lideranças fortalecidas pelo próprio movimento. Esses novos movimentos sociais estão relacionados à forma como as pessoas vivem, como trabalham e como descansam, assimetrias nas relações, desequilíbrio interno de toda a sociedade, não só de determinadas classes.

A diversidade de atores que configuraram os novos movimentos sociais tem provocado uma flutuação e uma pulverização de ações, antes centralizadas em algum elemento estruturante.

Essa pulverização e falta de um elemento estruturante acaba desmantelando os movimentos e a solidariedade desses movimentos (Piero, 2005).

A lógica dos movimentos sociais deveria se guiar pela lógica da solidariedade, totalmente oposta a lógica do mercado. Dessa forma, acabam por não conseguirem-se em forças contrárias as privatizações e terceirizações, que afetaram a área da saúde de forma avassaladora nos últimos anos.

A crise de Estado dos anos 90 desencadeou uma nova configuração da sociedade, pelo que se denominou de “estado mínimo”. Essa crise não ocorreu na mesma intensidade em toda a América Latina, mas as privatizações em setores estratégicos ocorreram em todos os seus países. Essa privatização foi em setores responsáveis por produtos concretos como o petróleo, mas também de produtos impalpáveis como a saúde e a educação (SILVA, FABBRO, HELOANI, 2009). Nesses últimos, a privatização pode não ter sido completa, mas sofreu impactos importantes, como no caso da Saúde da Família, retratada neste trabalho.

Autores analisam que o trabalho em saúde no Brasil (COHN, MARSIGLIA, 1993) está incluído no setor de serviços, assim como tantos outros como o comércio, a educação e a comunicação. São setores onde, a mercadoria não se expressa numa corporalidade concreta, mas imaterial. Apesar da constituição federal de 1988, conhecida como constituição cidadã, (BRASIL, 1988) ter garantido que a saúde é dever do Estado, a lógica neoliberal de produção, permeada muitas vezes por interesses de grupos empresariais, dificultou alguns avanços, levando inevitavelmente à precarização e interesses individualistas em lugar dos solidários.

Por sua vez, países europeus como Inglaterra, com princípios de saúde pública parecidos com os do Brasil – universalidade, integralidade e gratuidade – passaram e passam por períodos de reformulação, pois “mesmo sistemas de saúde mais consolidados e com estrutura organizacional estável necessitam de ajustes constantes para atender necessidades epidemiológicas e demandas políticas” (TANAKA, OLIVEIRA, 2007, p. 16).

Ainda, conforme Ribeiro, Pires e Blank (2004), alguns fatores importantes na análise do trabalho em saúde no Brasil, é a perda de autonomia do trabalhador, o excesso de normas e a definição hegemônica da missão dos serviços pelo Ministério da Saúde, desde a Reforma do Estado iniciada nos anos 90, em vigência até hoje.

Tal reforma fez com que o modelo produtivista globalizado se infiltrasse nas instituições públicas, com a justificativa da inevitabilidade do modelo neoliberal, ideologia da excelência nos serviços e polivalência. Direcionou a abertura do mercado externo, na tentativa de inserir o país nesse mercado. Entretanto, as condições para os produtores nacionais não foram propiciadas, tornando-se quase inviável tal empreendimento (SCHMIDT, 2003). É importante ressaltar que esse caminho não era o único a ser seguido, como algo inexorável, exemplo disso foram os avanços já alcançados pelos movimentos sanitários e sociais, mas com um enfraquecimento nos últimos anos.

A missão dos serviços de saúde foi definida hegemonicamente, na medida em que os financiamentos do Estado passaram a ser guiados por uma prática que se pôs a serviço de interesses minoritários e poderosos, considerados legítimos ideologicamente. Segundo Schmidt (2003, p. 63), a saúde se transformou numa arena de disputas, “onde o Estado entra como sócio dos ‘melhores’ negócios abandonando à obsolescência aqueles pouco lucrativos.” Nesse contexto, alguns serviços foram terceirizados pelo poder público. Clínicas particulares entravam com seu trabalho, vencendo a concorrência aquela que estipulasse o preço mais competitivo para a execução do trabalho na rede pública de atendimento em saúde.

Neste mesmo sentido Carvalho e Cunha (2006), estudiosos da Saúde Coletiva, explicam que os modelos de atenção à saúde, dentre eles a Saúde da Família, coexistem ao lado de modelos políticos e econômicos da macroeconomia e da macropolítica, gerando disputas entre as pessoas envolvidas. Em suas palavras os modelos de saúde

se constituem como arranjos que buscam fazer a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde, sendo um dos fatores que condicionam a viabilidade do Sistema Único de Saúde ao lado dos que fazem referência a macropolítica (Estado, Políticas Públicas) e à macroeconomia (financiamento, custos, orçamentos). Dessa forma, modelos se apresentam, por um lado, como uma tradução pragmática das regras legislativas que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticos, econômicos e sociais. De outro lado, decorrem da ação política de sujeitos individuais e coletivos que disputam a orientação do sistema de saúde (Carvalho & Cunha, 2006, p. 838).

As repercussões do neoliberalismo para o campo da saúde e a conseqüente terceirização vulnerabilizaram e precarizaram a saúde do trabalhador da Saúde, principalmente o da Saúde da Família. Embora os seus princípios representem um avanço nas ações de saúde para a população, dentro do SUS a forma de contratação dos trabalhadores da Saúde da Família ainda é precarizada. É feita por uma empresa, designada pelo poder público tanto para o processo seletivo quanto administração de vínculos e direitos trabalhistas, que são sempre por tempo determinado e sem estabilidade (Malta e Santos, 2006).

Embora, esta questão esteja sendo revista pelo poder público em legislação específica, somente o agente comunitário de saúde está amparado pela legislação, em relação às contratações temporárias (Brasil, 2006b). Por outro lado, esse processo de transição e mudanças nos vínculos tem gerado grande angústia e instabilidade na categoria, assunto que será tratado com mais detalhes no próximo capítulo.

Segundo Malta e Santos (2006, p. 257) “na implantação da Saúde da Família, adotou-se a institucionalização de uma nova modalidade de recursos humanos no SUS: a terceirização (...) em substituição aos funcionários concursados. Isso tem gerado descontinuidades das equipes.” A reflexão dos autores é que seria mais adequado que os profissionais concursados fossem inseridos no novo modelo, responsabilizando-os pelo programa, com garantia de um processo contínuo e sem precarização dos vínculos empregatícios.

Frente a essas considerações, observa-se que para a análise da situação do Agente Comunitário de Saúde precisa se considerar essas implicações econômicas e sociais, frente a sua atuação na comunidade como morador e trabalhador, requerendo para o exercício de sua função o resgate da solidariedade e participação comunitária. É um trabalhador, que na categoria denominada de “recursos humanos”, está sendo afetado pelo conflito entre a lógica neoliberal e sua atuação comunitária.

Pesquisa realizada por Ribeiro (2006) com esses trabalhadores expressa essa problemática, numa situação de entrevista na qual a trabalhadora da Saúde da Família relata seu medo de ser demitida, frente a instabilidade no trabalho. Ela diz: *“E com isso você resolve não dar opinião. Porque eu já trabalhei em vários lugares e eu sei que sempre a parte mais fraca a*

*corda rebenta (...) Eu e a H. [outra trabalhadora], nós começamos em seis. Mas os outros quatro saíram. E os outros quatro é que estão no lugar dos que saíram. Eu e a H. é que estamos desde o começo.*” (RIBEIRO, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, os agentes comunitários de saúde devem ser o elo cultural entre a população e os serviços de saúde, potencializando a participação da comunidade no processo de promoção, recuperação, prevenção e educação. As ações na comunidade ocorrem nas casas, nas ruas e lugares onde as pessoas circulam. Deve ser envolvido com os movimentos sociais da comunidade onde trabalha (BRASIL, 2002b). Dessa forma, sua atuação deve ser vista à luz dos estudos sobre os novos movimentos sociais, apresentados anteriormente, que de certa forma estão fragmentados, requerendo do agente comunitário de saúde um esforço maior para mobilizar ações coletivas em saúde.

Parece que, os efeitos deletérios das rupturas dos movimentos sociais têm atingido o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, com evidências de sofrimento frente às dificuldades de exercer a sua função de representante da comunidade nos serviços de saúde. Mas há um pacto de silêncio sobre o descontentamento, acumulando-se mais sofrimento. Na pesquisa de Ribeiro (2006) uma trabalhadora é questionada sobre o trabalhar sozinha, aparecendo o problema de não ser possível falar disso, tratar das discordâncias ou posições diversas claramente. *‘... tá sendo velado. Você acha que tem alguém que não fala? Ah. Tem. Todo mundo. Como eu, não falo. Tem bastante gente que não fala. Guarda pra si.*” (Ribeiro, 2006, p. 116)

“De certa maneira, o trabalhador está inserido contraditoriamente num processo de reestruturação da atenção à saúde, à Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas ao mesmo tempo, amarrado por uma lógica neoliberal” (RIBEIRO, 2006, p. 139). É a lógica do mercado neoliberal, guiada pelo livre mercado e pelo lucro. Contraopondo-se a essa situação, outras forças poderiam se manifestar, como as lutas de classes, capacidade de organização da população, forças dos movimentos sociais e da sociedade civil.

Na ausência de tais enfrentamentos, Merhy (2001) afirma que quanto mais a saúde gastar com tecnologias duras de atenção à saúde, densas como medicamentos, exames sofisticados e técnicas invasivas, maior o lucro da indústria produtora dessas tecnologias. As tecnologias leves, próprias da Saúde da Família, envolvem vínculo com a comunidade, acolhimento, diálogo e

investimento nas relações humanas. Não são lucrativas porque precisam de mais tempo para se efetivar e não dão lucro para o aparato industrial da saúde.

Como já explicado, a evolução do processo de trabalho, seguindo o desenvolvimento tecnológico neoliberal, enfatizou a separação entre planejamento do trabalho e sua execução, com pioras ao longo do tempo. O uso indiscriminado da tecnologia dura, acima mencionada foi aumentando numa escala crescente. Segundo Seligmann-Silva (1994, p. 92) isso não se deu

por culpa das tecnologias em si, mas, sim pela maneira como se foram acoplando formas de gerenciamento cada vez mais acuradas no estabelecimento desta separação. Assim, o trabalho passou a se tornar estranho aos desejos e aos interesses de uma imensa parte de pessoas que o executam.

A autora ainda completa as suas reflexões sobre essa questão, discorrendo sobre a fragmentação no processo de trabalho, que por sua vez favorece a intensificação do ritmo de trabalho e aumenta o controle exercido sobre os trabalhadores, não pela tecnologia em si, mas pela forma como ela é utilizada. Em suas palavras:

A organização do trabalho e a sua gestão (ou controle) mantêm, nos diferentes processos de trabalho, um profundo imbricamento, sendo que a dominação se exercerá a partir de ambos, por mais que o responsabilizado costume ser o processo tecnológico em si (Seligmann-Silva, 1994, p. 94).

### **A Saúde da Família: breve histórico**

As primeiras iniciativas que deram origem à estratégia Saúde da Família ocorreram no Ceará, em 1987, em virtude dos problemas conjunturais da seca no nordeste, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que propunha que os agentes trabalhassem no sentido de auxiliar a população a cuidar da sua própria saúde. Ao mesmo tempo, em Niterói, experiências

de Médico de Família foram implementadas, com assessoria técnica de médicos de Cuba (BRASIL, 2005b).

Nessa mesma época foi regulamentado o Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, com seus princípios – universalidade, integralidade, descentralização hierarquização, regionalização e controle social –, requerendo modificações na organização do trabalho em saúde. A universalidade, a integralidade e a equidade, enquanto princípios filosóficos, ampliariam o acesso à saúde, independente de etnia, sexo, escolaridade, situação trabalhista. E romperiam com o modelo biomédico, propondo a consideração de outras dimensões sócio-culturais, econômicas e psíquicas que fazem parte do processo saúde-doença. A descentralização e regionalização, enquanto princípios organizativos demandariam uma gestão compartilhada entre as esferas federal, estadual e municipal.

A regulamentação por meio da Lei 8080/90 foi um avanço e uma conquista do movimento da reforma sanitária. Entretanto, o modelo de assistência em saúde vigente não era suficiente para operacionalizar o novo projeto preconizado pelo SUS. Assim, a partir daquelas experiências acima, a Saúde da Família foi sendo reconhecida como uma medida para tornar realidade o SUS, desencadeando anos mais tarde, a sua implantação, com um documento oficial do Ministério da Saúde em 1994 sobre suas diretrizes (BRASIL, 1990, 1994; MEDEIROS, GUIMARÃES, 2002; FACÓ, VIANA, NUTO, 2005).

Mais tarde, a atenção à saúde passou pela fase da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001, deixando mais claros os princípios do SUS. Fortaleceu a regionalização e a descentralização, valorizando a atenção básica, com ganhos para a Saúde da Família, enquanto um dispositivo nesse nível (BRASIL, 2001). A partir de 2006, com o Pacto pela Saúde, o fortalecimento do SUS foi proporcionado por pactuações entre os gestores, com base nos princípios constitucionais e ênfase nas necessidades de saúde. Novas diretrizes foram preconizadas para o sistema de saúde com redefinição das regiões de saúde e constituição de Colegiados de Gestão Regional (CGR), dando aos municípios um espaço de acordos e troca de serviços que garantissem uma assistência integral e solidária. “Assim, ele (o Pacto) retoma a regionalização como eixo central, reatualiza os instrumentos de planejamento da Norma

Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e amplia a visão da regionalização para além da assistência à saúde” (Viana, 2010, p.2320).

Os estudos específicos sobre a Saúde da Família trazem resultados contraditórios sobre a evolução da estratégia, sendo que, algumas equipes, conseguiram resultados positivos de mudanças e outras encontraram muitas limitações, estagnando-se. As principais dificuldades relatadas foram: suposta capacidade de dar conta de tudo enquanto geradora de frustração, falta de contrapartida das unidades de referência e contra-referência, falta de articulação na equipe, distanciamento do sujeito/usuário frente a burocracia/normatização, indefinição da natureza da Saúde da Família (VIEIRA et.al., 2004; RIBEIRO,PIRES, BLANK, 2004; BICHUETTI et.al., 2005).

Pelas questões acima relatadas é evidente a relevância de trabalhos e pesquisas que busquem entender essas transformações na organização do trabalho no setor público, reconhecendo o possível desgaste do trabalhador da Saúde da Família, principalmente do agente comunitário de saúde, frente a essas transições.

### **O cenário nacional**

A Saúde da Família está se implementando no território nacional, como uma das formas preferenciais do governo federal de Atenção Básica, coordenadora do sistema de saúde, com território definido, responsabilidade sobre uma população cadastrada, onde o usuário encontre respostas para suas necessidades diárias de saúde. Inicialmente, a Saúde da Família era um programa, sem intenções de ser uma forma substitutiva de atendimento da Atenção Básica. Entretanto, suas diretrizes foram se encaminhando para isso, enfatizando a promoção, a proteção e recuperação da saúde. A atenção territorializada seguiria um levantamento das necessidades específicas da população adscrita, contemplada. A família deveria ser compreendida de forma ampla, dentro de uma visão de ser humano de relações sociais diversas, possibilitando intervenções baseadas nessas relações, bem como no estabelecimento de vínculos entre o trabalhador de saúde e a população atendida, desenvolvendo a cidadania, com a participação

efetiva da pessoa no seu próprio restabelecimento (ROSA, LABATE, 2003; PEDROSA, TELES, 2001; SILVA, JORGE, 2002; BRASIL, 2005b).

Assim, a Saúde da Família foi compreendida como estratégia do Ministério da Saúde, com objetivos mais abrangentes, numa reorientação do modelo e lógica de promoção da saúde. Os atendimentos de caráter apenas curativo, hospitalocêntricos e sem vínculo com a população deveriam ser organizados de outra forma. A reorientação do modelo, fincado na Atenção Básica, no primeiro nível de ações e serviços, reorganizaria a demanda. A Saúde da Família não se limitaria a ser a porta de entrada aos serviços de maior complexidade, mas teria que estar articulado com toda a rede, num esquema de referência e contra-referência, mantendo o vínculo com o usuário em todas essas intervenções (BRASIL, 2005b).

Atualmente a Saúde da Família, tem se desenvolvido com avanços e retrocessos no processo de trabalho. Baseia-se numa ação integralizada de uma equipe mínima composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde, um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário (ACD). Mas o ideário do governo federal de que a estratégia cubrisse todas as ações referentes à Atenção Básica não se concretizou, coexistindo modelos diversos de Atenção Básica em todo o território nacional. A portaria 648/GM de 28 de março de 2006 fez uma revisão das diretrizes e normas do programa. Dentre outras reformulações, dispôs que deve compor a equipe mais uma enfermeira que se responsabilizaria pelos Agentes Comunitários de Saúde. Outros profissionais como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e outros, têm procurado fazer inserções, demonstrando a importância no programa, com dificuldade de consenso sobre como isso seria sistematizado (BRASIL, 2006a; SILVA, 2004).

Atualmente, esses profissionais devem compor equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, conforme a portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, realizando um apoio matricial as equipes da Saúde da Família (BRASIL, 2008a).

Cabe dizer que apesar da Saúde da Família ainda não ser o modelo único de assistência dentro da Atenção Básica, uma pesquisa recente realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) identificou-a como a mais bem conceituada pela população. Dentre os serviços prestados pelo SUS que foram pesquisados,

o atendimento por membro da ESF foi aquele que obteve a maior proporção de opiniões positivas entre os entrevistados. No Brasil, 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da Equipe de Saúde da Família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom. Apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento é ruim ou muito ruim (IPEA, 2011, p. 5).

Segundo a portaria 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a), para a implantação de uma equipe de Saúde da Família é necessário:

“I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde; II - número de agente comunitário de saúde suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente comunitário de saúde e de 12 agentes comunitário de saúde por equipe de Saúde da Família; III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família” (Brasil, 2006a).

As atribuições de cada um das categorias que compõe a Saúde da Família são as seguintes:

#### **Agente Comunitário de Saúde**

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os agentes comunitário de saúde em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue.

Nota: É permitido ao agente comunitário de saúde desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

**Enfermeiro:**

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitário de saúde;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos agente comunitários de saúde e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

### **Médico**

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrareferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

### **Auxiliar de Enfermagem**

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF

### **Dentista**

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente

VIII - realizar supervisão técnica

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

### **Auxiliar de Consultório Dentário<sup>1</sup>**

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

---

<sup>1</sup> Terminologia de acordo com a portaria 648/2006. Atualmente a denominação utilizada é ASB – Auxiliar em Saúde Bucal (Lei nº 11.889/2008)

- II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- VI - organizar a agenda clínica;
- VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
- VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

É imprescindível ressaltar que, segundo o Ministério da Saúde, o Agente Comunitário de Saúde é a única categoria da qual se exige que more no território no qual se localiza a unidade da Saúde da Família. As atribuições preconizadas são fundamentalmente de duas ordens: uma técnica, direcionada a assistência, ao cuidado às pessoas com agravos específicos e outra mais política, intermediando os processos de organização popular da comunidade. Para isso é que se exige que ele resida no território que atuará, aproveitando o conhecimento que tem da população, por ser parte dela (BRASIL, 2002b).

Tem sido difícil que todas essas atribuições sejam operacionalizadas ao mesmo tempo. Resumindo, as atribuições do Agente Comunitário de Saúde são: análise da comunidade, educação em saúde, promoção de saúde e prevenção de doenças, saneamento básico e melhoria do ambiente, participação de reuniões da equipe de saúde e outros eventos de saúde com a comunidade (SILVA, DALMASO, 2002).

### **O cenário estadual**

No estado de São Paulo a cobertura da Saúde da Família é precária. A maioria das famílias paulistas está fora da área coberta pela estratégia. O último consolidado Histórico de Cobertura da Saúde da Família de 2008 apontou que apenas 25,6% da população do estado eram

cobertas pela Saúde da Família o que significa um dos piores índices de alcance da estratégia no Brasil (BRASIL, 2008b).

No Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2008-2011 (SES/SP, 2008a) foram colocados os principais problemas de saúde do estado, com variações epidemiológicas de cada região. A composição regional do estado está dividida em cinco Macro-Regiões, dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e 64 Colegiados de Gestão Regional (CGR), conforme quadro abaixo.

**QUADRO 1 - COMPOSIÇÃO REGIONAL DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO**

MACRORREGIÃO	DEPARTAMENTO REGIONAL	N. MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Nordeste – NO	Araçatuba	160	2.572.050
	Barretos		
	São José do Rio Preto		
Centro Oeste – CO	Bauru	175	3.427.599
	Marília		
	Presidente Prudente		
Centro Leste – CL	Campinas	68	5.291.461
	Piracicaba		
Nordeste – NE	Araraquara	92	3.631.949
	Franca		
	Ribeirão Preto		
	São João da Boa Vista		
Sul – SS	Baixada Santista	150	10.789.058
	Registro		
	Taubaté		
	Grande São Paulo		

Fonte: SES/SP (2008)

O município no qual se realizou a pesquisa, de médio porte, está inserido na Macro Região Centro Oeste, a que tem 175 municípios, constituindo-se numericamente a maior concentração de municípios pequenos do estado, acarretando, provavelmente dificuldades logísticas, administrativas e políticas maiores que as demais regiões. Provavelmente, essas dificuldades acarretam também obstáculos de organização da Atenção Básica no próprio

município e conseqüentemente, a articulação com a rede de média e alta complexidade por meio de uma rede serviços intermunicipal.

É importante salientar que a Atenção Básica, na qual a Saúde da Família é estratégia prioritária, assume o papel de coordenadora do sistema de saúde, mesmo que para além dos limites municipais, regulando a oferta e necessidades de serviços na região de saúde que se insere. Para tanto a Secretaria Estadual de Saúde propõe que a Atenção Básica é responsável “não só pelo processo de trabalho realizado na Unidade Básica de Saúde”, mas de ações contínuas que garantam a extensão e integridade do cuidado e acesso integral a saúde da população”(São Paulo/SES, 2008b).

Oficinas da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP), realizadas no período de junho a julho de 2008 com técnicos/ facilitadores e gestores municipais e estaduais elaboraram um diagnóstico da Atenção Básica no estado, incluindo a Saúde da Família. A seguir apresentam-se configurações diversas de Unidades de Saúde da Família identificadas, nem todas conforme as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, já apontadas anteriormente. “1) Programa de Saúde da Família (PSF) só com Pronto Atendimento; 2) PSF com pediatra e ginecologista compondo a equipe; 3) PSF rural e urbano” (São Paulo, SESSP, 2008b).

#### Quanto ao processo de trabalho

reconhece-se a dificuldade dos profissionais de saúde em conceber uma equipe multiprofissional capaz de estruturar outras respostas para além da clínica, que se colocam como problemas de saúde. Também existe um discurso de humanização sem que se saiba exatamente em que isso se traduz. (São Paulo/SESSP, 2008b).

Dentre os apontamentos que foram feitos nesse diagnóstico destaca-se: falta de entrosamento dos médicos com as equipes, dimensionamento inadequado da área de abrangência das equipes, não adesão da população aos grupos educativos, descontinuidade dos projetos e programas e dificuldade de atender a demanda espontânea, verticalização de decisões e fragmentação dos serviços, falta de atendimento humanizado. Especialmente no que se refere a gestão, destaca-se dificuldade de autonomia do gestor, dificuldade de planejar, instabilidade, dificuldade na construção de redes, descontinuidade na gestão. (São Paulo, SES, 2008b).

Especialmente quanto à estrutura física, as Unidades de Saúde da Família foram apontadas como precárias para o funcionamento, mas parecem ser reconhecidas como suficientes para dar conta das demandas colocadas, pois apesar de não se ter instalações físicas adequadas, recorre-se a uma readequação de espaços físicos.

### **O cenário municipal**

A cidade onde se realizou a pesquisa é de médio porte. O planejamento da implantação da Saúde da Família neste município teve início em dezembro de 2001, envolvendo discussões com profissionais de saúde e lideranças comunitárias, estabelecimento de áreas prioritárias, encontros e divulgação da Saúde da Família junto a população, definição das características e critérios de seleção dos agentes comunitário de saúde. A partir dessas providências, abriram-se editais para seleção e posterior contratação das equipes de profissionais, culminando no início da Saúde da Família no município em 2003, como uma prioridade na agenda de saúde (SPAGNUOLO, 2006).

Efetivamente, a Saúde da Família (SF) foi iniciada em outubro de 2003, contando hoje com 13 equipes, sendo que três delas atuam na zona rural e as demais na zona urbana. No ano de 2009, período no qual se realizou as atividades de campo da pesquisa, duas equipes estavam em processo de preparação para iniciar o funcionamento, contando no total com aproximadamente 90 Agentes Comunitários de Saúde. Em geral cada equipe de Saúde da Família fica num espaço físico próprio, com exceção de duas que dividem o mesmo espaço, sendo que uma atende a zona rural e a outra, a zona urbana. A localização das unidades é na periferia da cidade. Além de equipes de Saúde da Família, há uma Unidade Básica de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e uma Unidade Básica de Saúde sem Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Para assessorar as equipes fixas de cada unidade, a estratégia contava com uma equipe de saúde mental formada por dois psicólogos e duas assistentes sociais, que atendiam as unidades em forma de rodízio, indo às unidades sistematicamente, na tentativa de fazer um apoio matricial, mas ainda em fase de implantação.

A cidade tem uma população de 129.298 habitantes, densidade demográfica 87,19, grau de urbanização de 96,35%. O último dado publicado do IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social), de 2008, classificou o município no Grupo 1 - Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais. Entretanto, esteve numa classificação pior em anos recentes. Em 2006 foi classificado no Grupo 2 - Municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais. Em relação à educação, a taxa de analfabetismo é de 5,61, menor que a média do Estado, 6,64. As atividades de trabalho são mais voltadas em primeiro lugar para indústria e depois para o comércio e por último para agropecuária. O valor da PIB per capita em reais é de \$16.691,65 (SEADE, 2011).

Além desses dados, é pertinente mencionar que a cidade teve um aumento dos casos de suicídio exatamente em 2009, levando a implantação do Centro de Valorização da Vida (CVV) logo no início de 2010. Um artigo da redação do Boletim do CVV intitulado “Suicídio: causas remotas e precipitantes” revelou a gravidade da situação e a quantidade de casos. Pesquisadores e autoridades sanitárias da cidade analisaram que em anos anteriores o número não passava de 4 casos, mas “somente em 2009 aconteceram 22 casos” (CVV, 2010).

Embora a pesquisa tenha sido, representativamente por meio de grupos, com os agentes comunitários de saúde de todo o município, é relevante destacar as atividades da unidade na qual se realizou a observação participante, pois oferece um panorama geral da organização do processo de trabalho na Saúde da Família no contexto municipal. Essa unidade era composta de duas equipes, uma rural com cinco agentes comunitários de saúde e outra urbana, com sete agentes comunitários de saúde. A equipe rural estava com falta de um componente, pois havia sido desligado e não era possível nova contratação naquele momento, pois estavam passando por um processo de reestruturação dos vínculos empregatícios. Conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), os agentes comunitários de saúde deveriam ser contratados pelo município e não mais por uma empresa terceirizada, providência em andamento exatamente nesse período da pesquisa.

**QUADRO 2 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE DA UNIDADE ESCOLHIDA PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE  
(CONSTRUÍDO NO DECORRER DAS OBSERVAÇÕES)**

	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
<b>MANHÃ</b>		Triagem em Saúde Mental	Não há atendimento Odontológico	Toda 1ª quinta-feira do mês – agendamento*	1º Ano IUSC
	Atendimento Médico		9h – Visita Domiciliar Médica	Grupo de trabalhadores de saúde da unidade com residentes	
		9h – Visita Domiciliar Médica		Reunião com residentes + médico + enfermeiro + outro profissional da equipe	Atendimento Médico
	Bazar		Bazar		
Pesagem dos bebês e Projeto “Viva Leite” todos os dias das 11 às 13h e das 15 às 16h					
<b>TARDE</b>	Atendimento Médico*	Atendimento Médico	Grupos de Beleza* e atividade física	3º Ano IUSC (somente atendimento deles)	Reunião quinzenal@
	Bazar		Atendimento Médico Bazar		Atendimento Médico

\*Suscetível a mudanças

#IUSC – Integração Universidade/ Serviço/ Comunidade – Atendimento realizado por graduandos de faculdade local

@ reiniciada recentemente, no final do período da tarde, pois havia sido suspensa com a alegação de falta de tempo por causa da epidemia de “gripe H1N1”

Casos encaminhados pelo médico/ enfermeiro são agendados todos os dias

Mas é preciso ter força  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
Maria, Maria  
Mistura a dor e a alegria

# O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

## Capítulo II

### O Agente Comunitário de Saúde

**Em** conformidade com a maioria das categorias de profissionais da saúde, as mulheres predominam no exercício da função de Agente Comunitário de Saúde, por isso seria mais coerente a designação no gênero feminino, Agente Comunitária de Saúde. Iniciando o capítulo, apresentar-se-ão alguns estudos, apontando as peculiaridades da mulher no âmbito do trabalho. Depois será exposta a construção histórica da figura do Agente Comunitário de Saúde, bem como as principais legislações do Ministério da Saúde, que regulamentam a profissão. Finalmente se apresentarão o que já se constatou em pesquisas empíricas sobre o sofrimento da categoria.

#### A questão do gênero

Alguns estudos (Bruschini, 2007; Leite, 2008; Georges, 2009) sobre a questão do trabalho feminino apontam que o aumento de mulheres no mercado de trabalho tem diversos sentidos no contexto da reestruturação produtiva, com agravos em relação à precarização e desigualdade. Apesar de alguns avanços, predomina uma combinação desastrosa entre o trabalho feminino, o trabalho sofrido e o trabalho precário.

Segundo Bruschini (2007) o panorama da entrada na mulher no mercado de trabalho desde a última década do século XX é marcado por progressos e atrasos. Os atrasos caracterizam-se por: má qualidade do trabalho ofertado, atividades precárias e informais, sobrecarga de mães/donas de casa/trabalhadoras, instabilidade. Os progressos revelam-se pela intensidade e pela constância do trabalho feminino no mercado de trabalho, acesso às carreiras de prestígio e cargos de gerência.

Entretanto, segundo a autora apesar dessas mudanças

muita coisa continua igual: as mulheres seguem sendo as principais responsáveis pelas atividades domésticas e cuidados com os filhos e demais familiares, o que representa uma sobrecarga para aquelas que também realizam atividades econômicas (BRUSCHINI, 2007, p. 5)

Araújo contextualiza a situação do trabalho feminino frente a reestruturação produtiva, apontando as

conseqüências perversas do processo de reestruturação produtiva para o conjunto dos trabalhadores. A degradação das condições e relações de trabalho conforma novas modalidades de exclusão social. Essas condições incidem de forma especial e mais aguda sobre as mulheres trabalhadoras, pois, no seu caso, as novas formas de exclusão se sobrepõem aos antigos mecanismos de exclusão de gênero, potencializando-os. (ARAÚJO, 2001/02, p. 135)

Bruschini (2007, p. 11) aponta alguns “guetos” ocupacionais femininos, como a educação, a saúde, o bem estar social, humanidades e artes. Segundo a autora, há algumas áreas tradicionalmente femininas “como educação (81% de mulheres), saúde e bem estar social (74%), humanidades e artes (65%)”. Hirata (2002), pesquisadora nessa área há muitos anos, enfatiza também a predominância de mulheres no campo da saúde, (2002, p. 356), “na área da saúde, mais de 70% dos empregos do setor formal eram ocupados por mulheres em 1998”.

Diante do exposto, pergunta-se com Hirata (2002, p. 198) “de que maneira a tecnologia afeta a organização do trabalho, os postos e a qualificação do trabalho e dos trabalhadores se a mão de obra for masculina ou feminina?” A resposta é complexa, mas neste espaço é possível analisar por meio da resposta da própria autora que apesar da entrada da mulher no mercado ter aumentado, infelizmente, na organização do trabalho ela continua limitada aos guetos acima colocados. Com remuneração e condições de trabalho diferentes para homens e mulheres, percebe-se a mulher ocupando postos que exigem habilidade manual, disciplina e rapidez, pois ideologicamente se concebem como características essencialmente femininas.

Nas palavras de Hirata (2002, p. 218),

a divisão sexual do trabalho parece, assim, não evoluir no mesmo diapasão que a história da tecnologia, mas ser submetida a um peso histórico que torna possível, apenas o deslocamento das fronteiras do feminino e do masculino, jamais a supressão da própria divisão sexual.

Ainda por meio das reflexões de Hirata (2002) é importante destacar alguns pontos: consolidação do acesso das mulheres ao mercado de trabalho desde 1990; segmentação de gênero acompanhado de raça/cor; persistência de mulheres mais velhas, casadas e com filhos no mercado; volta ao cenário das mais jovens com o fortalecimento da indústria; queda da fecundidade e redução do tamanho das famílias; envelhecimento da população; aumento das famílias chefiadas por mulheres; escolaridade feminina maior que a masculina, mas em áreas específicas como artes, humanas e biológicas; diminuição da remuneração e do prestígio em ocupações com aumento do contingente feminino.

Seligmann-Silva (2011, p 227) corrobora com essas reflexões analisando o que vem sendo denominado de “crises nervosas” em mulheres em ambientes de trabalho, sem identificação das causas laborais dessas crises. Em suas palavras:

um quadro habitual, que surge em serviços de atendimento médico, é o das ‘crises nervosas’ cujas razões laborais raramente são identificadas. Essas crises são frequentemente encaradas como ‘inferioridade nervosa’ própria do sexo feminino.

Observou-se essa crise nervosa nas trabalhadoras da Unidade Saúde da Família estudada na dissertação de mestrado de Ribeiro (2006), mesma autora desta tese. Essa questão constitui-se numa temática “Um dia de Explosão”. Caracterizou-se por um dia específico de sofrimento maior, culminando em crises de choro e preocupação excessiva. Um caso que se apresentou foi de troca de medicação, em meio à correria do trabalho.

A trabalhadora relatou:

*Eu fiz uma troca de medicação. É um trabalho que exige, tem horário pra entregar... o senso de responsabilidade da gente é muito grande. Eu me repreendi. Não precisou dela (outra trabalhadora) me repreender. Eu mesma me repreendi. Isso me fez muito mal. Fiquei uns par de dias mal. Entrei em crise nervosa”* (Ribeiro, 2006, p. 70).

Segundo estudos de Seligmann-Silva (2011, p. 473) “a autorrepressão constante origina irritabilidade intensa, que por sua vez exige novo aumento do esforço de controle”. Foi o que aconteceu com a trabalhadora, que afirmou ser ela mesma que se repreendeu, uma autorrepressão que a levou exatamente para o que tanto queria evitar, o erro de medicação. É evidente que a crise estava relacionada a correria, pois ela mesma afirma que “o trabalho exige, tem horário pra entregar”, mas o que ela mesma fez foi culpabilizar-se. Além disso, é provável que a situação da trabalhadora que ficou ‘uns par de dias mal’ teve repercussões deletérias nos atendimentos aos seus usuários, bem como para sua família. Essas conseqüências encadeadas do sofrimento do trabalhador têm sido discutidas por Seligmann-Silva (2011) como multiplicação social dos danos para a vida cotidiana. Cabe retomar a pergunta feita inicialmente: como uma trabalhadora de saúde em situações de desgaste ou sofrimento pode cuidar da saúde do outro? As repercussões acabam sendo prejudiciais tanto para o trabalhador como para o paciente atendido.

Diante de tantos desafios enfrentados pelas mulheres, os movimentos de lutas e denúncias pela exploração persistem. Hoje “muitas mulheres de países africanos, asiáticos e latino-americanos escreveram livros, às vezes autobiográficos, às vezes assumindo o feitio de grandes reportagens ou dossiês reveladores da exploração e dos abusos relatados por outras mulheres” (Seligmann-Silva, 2011, p. 326). Apesar dessas dificuldades que a mulher tem enfrentado no mercado de trabalho, observam-se alianças de solidariedade entre as trabalhadoras, denunciando internacionalmente preconceitos, violências em diferentes países, em casa, na sociedade e especialmente em locais de trabalho.

## Construção histórica da figura do Agente Comunitário de Saúde

A figura de um trabalhador de saúde que faz a ponte entre equipe de saúde e a população é anterior às experiências da Saúde da Família. Auxiliados por Silva e Dalmaso (2002) será apresentado uma breve revisão histórica, valorizando a inserção do Agente Comunitário de Saúde na reorientação do modelo da assistência à saúde no país por meio dos movimentos sociais e sanitários, que compreendem a prevenção, a promoção e a assistência como atos contínuos e que passam necessariamente por um processo social que envolve não só o adoecer, mas também a maneira de viver das pessoas em comunidade.

Programas como o Serviço Especial de Saúde Pública, desenvolvido entre 1942 e 1960 já instituía um trabalhador conhecido como “visitador sanitário” que desempenhava ações de ligação entre os serviços e a comunidade, hoje fortemente associada à figura do agente comunitário de saúde. Em 1987, um treinamento de duas semanas preparou uma frente de trabalho, especialmente com a participação de mulheres, por volta de 6.113 trabalhadoras, para atender emergências relacionadas à seca do nordeste, em 118 municípios do Ceará, durante aproximadamente um ano. Num segundo momento, procurou-se dar continuidade ao programa, tanto para atender as necessidades de saúde da população como empregar mulheres das regiões mais pobres do estado, “buscando melhorar a condição social desse grupo” (MOROSINI, CORBO E GUIMARÃES, 2007, p. 191). A comunidade é que elegia essas mulheres, pois deveriam residir na área e ter participação popular, pois se compreendia que eram condições que facilitariam o trabalho de promoção à saúde.

Mais tarde, o trabalho estendeu-se, dando origem em 1991 ao Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, pelo Ministério da Saúde, com ações em regiões isoladas do país, tornando-se, no ano de 1992, em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ampliado para todo território nacional, com ênfase na saúde materno infantil nos primeiros anos e depois para outras áreas de atenção à saúde, pois indicadores clássicos de situação de saúde sobre a mortalidade infantil, aleitamento materno e vacinação foram alterados favoravelmente.

A regulamentação da prática do agente comunitário de saúde tem se configurado como um campo controvertido, com opiniões a favor e contra a profissionalização da categoria; alguns

alegam que a formação específica em saúde poderia destituí-lo da sua originária posição de representante de comunidade, tornando-se um profissional como os demais da equipe (SILVA, DALMASO, 2002). A não escolarização do agente comunitário de saúde era equivocadamente justificada pela necessidade do trabalhador ser representativo da comunidade, e demonstra conceitualmente a desvalorização cultural tanto do agente comunitário de saúde como da população, reforçando e considerando a deficiência educacional como algo dado e acabado. Outro desvio, desvalorizante da profissão é o excesso de atividades burocráticas e de baixa complexidade atribuídas ao agente comunitário de saúde (Morosini, Corbo e Guimarães, 2007).

Quanto a regularização da profissão em forma de lei, o caminho foi longo. O primeiro projeto de lei n. 5.287 em 1993 até a lei 11.350 de 2006 foi um período no qual algumas outras leis foram promulgadas, dentre as quais a 10.507 de 2002, que criou a profissão do agente comunitário de saúde, sendo revogada e atualizada posteriormente pela lei 11.350 de 2006 (BRASIL, 2002b, 2006b), a qual manteve o reconhecimento da profissão do agente comunitário de saúde, necessidade de morar no território de atuação e exigência do ensino fundamental, como escolaridade mínima. Acrescentou a obrigatoriedade da contratação direta pelos municípios, proibindo a terceirização, como uma tentativa de desprecarizar o trabalho.

Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p. 190) explicam o percurso legal a respeito dessa tentativa, enfatizando que o agente comunitário de saúde poderá ser demitido, caso não cumpra o requisito de morar na área em que atuar:

O artigo 8º da lei no 11.350 estabelece que os agentes comunitário de saúde e agentes de endemias deverão ser contratados por vínculo CLT, exceto nos casos em que alguma lei local determinar outro regime jurídico. Trata-se de vínculo direto com os municípios – sem intermediação de organizações sociais, como vinha acontecendo em muitas regiões – mas sem direito à estabilidade e outros benefícios garantidos pelo regime estatutário. O mesmo argumento utilizado anteriormente, contra a realização de concurso público, de que era preciso garantir modos de exigir que os agentes comunitário de saúde morassem nas comunidades em que atuam, prevaleceu na definição do vínculo CLT. O parágrafo único do artigo 10 da lei determina que um agente comunitário de saúde poderá ser demitido caso não cumpra o requisito de “residir na área da comunidade em que atuar,

desde a data da publicação do edital do processo seletivo público” ou apresentar declaração falsa de residência.

Quanto a formação, contrapõe-se diversas concepções de trabalho, educação e saúde. Segundo Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p.189)

esses embates se traduzem principalmente pela tentativa dos diversos sujeitos envolvidos – trabalhadores, gestores do SUS, centros formadores, representantes dos poderes legislativo e judiciário – de ‘inflexionar’ as políticas relativas à gestão do trabalho e da educação dos agentes comunitário de saúde, conforme os interesses que representam. Da correlação de forças entre esses sujeitos políticos, resultará a conformação da situação desse trabalhador, que se encontra hoje em pleno processo instituinte.

A proposta curricular do curso de formação técnica para o agente comunitário de saúde é de 400 horas, sendo 200 horas teóricas e 200 horas de dispersão para atividades práticas (REIS et al., 2004). A legislação que regulamentou esses cursos (BRASIL, 2004b) dispõe o seguinte:

O perfil profissional de conclusão previsto para ser desenvolvido nesses três módulos ou etapas do itinerário formativo do técnico Agente Comunitário de Saúde retrata, em cada uma das etapas formativas, uma dimensão do trabalho do Agente Comunitário de Saúde:

- No 1º módulo, competências “no âmbito da mobilização social, da integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações”.
- No 2º módulo, competências “no âmbito da promoção da saúde e prevenção das doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes”.
- No 3º módulo, competências “no âmbito da promoção e do monitoramento das situações de riscos ambiental e sanitário”.

A estrutura curricular do curso contempla esses três módulos formativos, nos quais a formação deve valorizar a singularidade profissional desse trabalhador, tendo as características do seu perfil social, a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo.

Quanto à certificação profissional, o referencial curricular proposto pelo Ministério da Saúde para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde prevê, apenas, o “diploma de técnico Agente Comunitário de Saúde aos alunos que concluírem todos os módulos do curso, tendo desenvolvido as competências requeridas e já possuírem o certificado do Ensino Médio”.

O último parágrafo da legislação acima revela uma contradição entre o perfil exigido pela lei 11.350 (BRASIL, 2006b) e a certificação profissional do agente comunitário de saúde, pois a exigência para contratação é apenas o ensino fundamental, impossibilitando que muitos trabalhadores em atuação concluam legalmente o curso. Embora a lei 11.350 tenha sido promulgada em 2006, dois anos depois da proposta curricular de 2004, não foi atualizada, conservando os requisitos exigidos pela lei 10.507, ou seja, somente ensino fundamental para o exercício da profissão de agente comunitário de saúde. A consequência de tal contradição foi que, a maioria dos municípios, optou por uma formação inicial, o curso introdutório, por causa da falta de formação de ensino médio dos seus agentes.

Em 1997, a portaria 1.886 (BRASIL, 1997) aprovou as normas e diretrizes integrando PACS, agentes comunitário de saúde e PSF, posteriormente atualizadas na portaria nº 648 de 2006 (BRASIL, 2006a), já citada anteriormente, são preservadas a centralidade das atividades de prevenção e promoção da saúde, permitindo-se a ação do agente comunitário de saúde em Unidades Básicas de Saúde, fato identificado na cidade onde se realizou esta pesquisa.

Nesta breve revisão histórica, procurou-se citar as principais legislações que tramitaram no Congresso Nacional regulamentando a atividade do agente comunitário de saúde, mas não pretendeu ser exaustiva. Dentre todas as alterações, a situação do agente comunitário de saúde continua sendo singular, principalmente pela exigência que more no bairro no qual se localiza a unidade da Saúde da Família.

A seguir, apresentam-se as últimas pesquisas realizadas na área sobre a atuação do agente comunitário de saúde, apesar de já ter sido verificado por Maia, Silva e Mendes (2011) uma carência de pesquisas empíricas sobre a categoria.

De forma isolada, uma das pesquisas sobre o assunto (LOTTA, 2006, p.157), enfatizou que as agentes comunitárias de saúde são valorizadas no seu trabalho pela equipe, contribuindo

com os profissionais no desenvolvimento do trabalho em equipe, com resultados favoráveis na interação com médicos, enfermeiros e demais categorias.

Afirmam que:

as observações permitem inferir que os Agentes têm conseguido levar para os outros profissionais de saúde aprendizados sobre os saberes locais que, aos poucos, vão sendo incorporados e respeitados. Desta forma, por exemplo, é que se comprova a grande aceitação e valorização que os demais profissionais têm do trabalho dos agentes comunitários de saúde e, inclusive, a responsabilidade que lhes colocam nas práticas e nos discursos.

Entretanto, outras pesquisas sobre a atuação do agente comunitário de saúde têm apontado aspectos controvertidos sobre isso. Contrariamente, afirmam que a atuação tem se apresentado com dificuldades de trabalho entre o agente comunitário de saúde e a equipe (MENEGOLLA, POLLETO, KRAHL, 2003; GONÇALVES, 2009). Wai (2007) aponta desconforto relatado pelos agentes comunitários de saúde em relação às expectativas que os outros profissionais cultivam sobre a realização de seu trabalho no consonante a uma total disponibilidade para o cumprimento das visitas domiciliares, não importando para isso o trabalho aos fins de semana ou à noite, destoantes dos horários legais. Alguns autores detalham a atuação da categoria, apontando: relação tensa com a equipe gerando cansaço e desgaste (MARTINES, CHAVES, 2006; SIMÕES, 2009); há também o relato da utilização da mão-de-obra do agente comunitário de saúde como uma espécie de “quebra-galhos”, atuando em desvio de função, negligenciando atividades inerentes a sua profissão e contribuindo, desta forma, com a sobrecarga de seu processo de trabalho (SIMÕES, 2009). Além disso, se apresentam: oscilações entre uma postura técnica de assistência e outra social-político-solidária, excesso de trabalho burocrático, exposições a contradições sociais diversas, dificuldades frente à diversidade de fenômenos, sujeição a perigos e vulnerabilidade de sua privacidade frente à proximidade da população e por morar no território, (TEIXEIRA, MISHIMA, PEREIRA, 2000; SILVA, DALMASO, 2002; FORTES, SPINETTI, 2004; FERRAZ, AERTS, 2005)

Outros aspectos identificados na literatura foram desgaste vinculado a função de elo entre serviço e comunidade exercida por este profissional, desgaste frente a proximidade emocional com a população e o contato direto com os problemas socioeconômicos do território; pouca participação dos agentes comunitário de saúde na equipe, lugar de “tapa-buracos” frente a carência de profissionais, formação insuficiente no que tange aos conhecimentos humano-sociais (MAIA, SILVA E MENDES, 2011; KLUTHCOVSKY E TAKAYANAGUI, 2006; VIEIRA & CORDEIRO, 2005, FERRAZ E AERTS, 2005).

Gonçalves (2009) reforça a importância do agente comunitário de saúde na consideração do processo saúde-doença a partir do cotidiano, enfatizando as conquistas do agente comunitário de saúde na equipe de saúde, entretanto aponta algumas questões que geram sofrimento, como: falta de formação, principalmente para os contratados mais recentes, formação na unidade desalinhada da Secretaria Municipal de Saúde, processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) em fase inicial, cobrança maior da equipe em relação ao agente comunitário de saúde, falta de suporte da equipe.

Refletindo sobre essas pesquisas, torna-se evidente que a figura do agente comunitário de saúde tem se desenvolvido numa construção histórica de vários anos, fruto de conquistas sociais e comunitárias na área da saúde. Entretanto, o sofrimento a que está submetido ameaça sua saúde e pode comprometer sua atuação e até mesmo sua fundamental permanência na equipe de saúde, requerendo esforços e estudos que indiquem possibilidades salutareas para a categoria.

Algumas reflexões teóricas sobre esse sofrimento, problematizando questões como privacidade e a formação serão posteriormente abordadas, em outro capítulo.

Mas é preciso ter força  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
Maria, Maria  
Mistura a dor e a alegria

# A SAÚDE DO TRABALHADOR NA PERSPECTIVA DE ALGUMAS LENTES

## **Capítulo III**

### **A saúde do trabalhador na perspectiva de algumas lentes**



Muitas áreas e teorias do conhecimento têm voltado suas pesquisas para o sofrimento do trabalhador, estudando quais seriam as questões envolvidas no que se tem denominado de Saúde do Trabalhador. Dentre elas, a teoria do estresse, a epidemiologia, a ergonomia, a psicologia, psicodinâmica do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2003; GLINA & ROCHA, 2010). Considerando a complexidade do assunto, optou-se por aquelas que possibilitam a compreensão do sofrimento psíquico do trabalhador a partir da organização do trabalho em saúde e as possibilidades de transformações. Várias lentes serão utilizadas para dar melhor visibilidade ao problema e ampliar as discussões, envolvendo conhecimentos da psicodinâmica do trabalho, da psicologia social, da saúde coletiva, dentre outros.

A teoria do estresse, embora valiosa, detêm-se nos processos de trabalho ao nível intrapsíquico, com poucas possibilidades de relacionar o sofrimento psíquico com as interações de trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2003, SILVA, 2004).

Por outro lado, os estudos epidemiológicos preocupam-se com aproximações sociológicas do problema, deixando quase que imperceptível a dinâmica individual. Ocupam-se de interações de trabalho do cotidiano, mas, em geral, sem as inserir no modo de produção capitalista (CODO, SAMPAIO, HITOMI, 1993; FACCHINI, 1993).

A ergonomia tem como objetivo saber a diferença entre trabalho real e trabalho prescrito, considerando de maior interesse o primeiro, que é o trabalho executado, e não aquele definido pelos dirigentes da empresa (FERREIRA, MACIEL, PARAGUAY, 1993; DEJOURS, 1992). Embora em franco progresso nos últimos anos, em parceria com a psicologia cognitiva, não possibilita a compreensão da subjetividade, do sentir, da identidade e do que é mais significativo a cada ser humano no seu trabalho (HELOANI, LANCMAN, 2004).

Diante de tantas abordagens, Seligmann-Silva reflete que pesquisar sobre a saúde mental do trabalhador é um desafio: (1994, p. 71)

um desafio para os pesquisadores do novo campo é, portanto o de integrar, de forma compreensiva, as contribuições dos autores que têm se preocupado em analisar as instâncias ‘macro’ às daqueles que têm estudado fenômenos microssociais, nas equipes e nos/dos locais de trabalho e ainda às dos que detectam a complexidade dinâmica intrapsíquica decorrente da vida laboral(...) (...) A dimensão coletiva e individual dos fenômenos de ordem psicológica conectados ao trabalho não podem ser compreendidas se isolarmos entre si, uma vez que mantêm estreitas reciprocidades.

Utilizar teorias que partam da análise da organização do trabalho requer olhar para essas complexidades citadas por Seligmann-Silva (2011). Para tanto, o estudo de Paparelli, Sato e Oliveira (2011), expõe a complexidade desse olhar, mas também os benefícios. Em suas palavras:

a complexidade na compreensão dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho, (...) permite superar os limites e os contornos dos diferentes objetos estudados a partir de diferentes leituras teórico-metodológicas. Além disso, é coerente com a perspectiva da Saúde do Trabalhador, trazendo uma visão ampliada do processo saúde- doença e a categoria “organização do trabalho” como norteadora da análise.

Essa visão ampliada do processo saúde-doença requer retomar a concepção de saúde/doença, já colocada anteriormente, principalmente porque esta pesquisa está tratando de profissionais da saúde que cuidam da saúde das outras pessoas. Para a Organização Mundial de Saúde a saúde não é apenas a ausência de doença, mas a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (OPAS, 1996). Essa definição tem sido bem aceita, entretanto a questão do “perfeito bem-estar físico, mental e social” sugere que exista um patamar de saúde perfeita pré-estabelecido, passível de ser alcançado.

Problematizando a concepção acima, propõe-se uma compreensão psicodinâmica do assunto, por meio de Dejours (1992), que discorre sobre a saúde, remetendo-se a luta constante

do ser humano na busca de equilíbrio, citando uma zona cinzenta de maior ou menor sofrimento. Dentro dessa perspectiva, o que seria essa perfeita saúde ou qualidade de saúde perfeita? Possivelmente algo em constante mudança, que não se estabelece a priori, mas que se aproxima ou se afasta de um estado de equilíbrio em diversos graus, como num gradiente de cores mais claras ou mais escuras. Esta formulação conceitual procura ir além dos indicadores epidemiológicos de saúde, considerando que há uma diferença na realidade das pessoas e do que cada um quer para o seu próprio bem estar. A forma como cada pessoa interage com sua vida está imbricada com o que espera de uma saúde perfeita.

Uma definição dada por pesquisadores da Saúde Coletiva pode contribuir nessa discussão. Os sanitaristas, Carvalho e Cunha, discorrem sobre a saúde enfatizando exatamente a forma como as pessoas a vivem (2006, p. 842):

indivíduo saudável é como um sujeito que possui um sentimento de segurança para viver a vida, para criar valores e instaurar normas vitais a partir de seus desejos, interesses, necessidades individuais e do entorno social. No lugar da centralidade da doença, da resignação e da conformidade de que o adjetivo *paciente* insinua, julgamos ser fundamental afirmar o usuário na saúde como ativo portador e criador de direitos, um sujeito capaz de viver a vida com liberdade e criatividade.

Em consonância com essa definição de saúde, voltada para a realidade da população e em conformidade com a busca de descobrir o que cada um espera da sua, a estratégia Saúde da Família vem ocupar lugar de destaque nas políticas do setor. Consiste em “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (Brasil, 2006a). Para implementar tal proposta é imprescindível o reconhecimento do território, entrando em cena o trabalho do agentes comunitários de saúde, elo entre a população e a unidade de saúde.

Também é necessário conceituar o que se entende por sofrimento, mais especificamente o sofrimento psíquico, que segundo Seligmann-Silva (1994, p. 83) está vinculado ao termo desgaste mental, pois conforme

o que precisa ainda ser enfatizado, é que nem os conceitos e nem as experiências de desgaste e sofrimento não se excluem reciprocamente. Muito pelo contrário. Deste modo, na medida em que a idéia de desgaste se torna capaz de incorporar as contribuições da Psicanálise e da nova Psicopatologia do Trabalho, ocorre a integração de duas importantes perspectivas teóricas.

Considerada essas explicações do termo desgaste mental, salienta-se que o emprego do termo sofrimento psíquico está filiado a esta abordagem.

Antes de passar adiante, é necessário fazer uma breve retrospectiva dos estudos do sofrimento psíquico, que revelam modificações no conceito por meio das diferentes formas de abordagem da doença mental. Desde a Grécia antiga, as concepções sobre o tema foram se alterando até os dias atuais. Segundo Pitta (2003), o sofrimento psíquico para Heródoto tinha duas origens: divina e natural. A divina estava ligada as forças sobrenaturais e aos sacrifícios e orações. A natural era que a loucura surgia como resultado do excesso de “bile negra” no organismo.

No século XV a loucura foi colocada com aquilo que fosse oposto a razão, um defeito, uma irracionalidade, persistindo a vertente ligada ao divino que a compreendia como consequência ou castigo do “pecado”. A feitiçaria também se associava a loucura, acarretando a exclusão das pessoas com sofrimento psíquico. Dinâmico e inovador para o século XVIII, Pinel fez as primeiras classificações e agrupamentos das doenças mentais, catalogando-as em diversas psicopatologias (FOUCALUT, 1972). Sem a pretensão de ser exaustiva nessa digressão histórica do assunto, o certo é que a abordagem clínica/nosológica continuou até os dias de hoje a classificar e reclassificar as desordens psíquicas, procurando estabelecer os limiares entre doença e saúde mental.

Para além dessa dicotomia, a psicanálise compreende a saúde e a doença psíquica como algo que se constitui do mesmo material, mas varia em grau de complexidade maior ou menor,

configurando transtornos ou não. Freud (1974) coloca que na busca de felicidade o homem utiliza técnicas diversas para evitar o sofrimento. Dentre elas está a sublimação dos instintos, através do redirecionamento da libido para o trabalho, garantindo-lhe inserção segura na comunidade humana. Freud (1974) também aponta que para a minimização do sofrimento, o homem recorre de maneira diversa, com maior ou menor intensidade tanto ao mundo externo, tentando alterá-lo frente às suas necessidades quanto ao mundo interno.

Partindo dos constructos da psicanálise, Dejours (1992) se dedica ao estudo do sofrimento psíquico no âmbito do trabalho. Como já explicitado, caracteriza-o como uma zona cinzenta que fica entre a saúde e a doença, fugindo da polarização clínica. É uma luta constante contra as agressões dos ambientes de trabalho, o que requer negociações e um ajuste constante entre desejos e possibilidades. Entretanto quando o espaço de negociação fica bloqueado, o sofrimento psíquico se acentua. As estratégias defensivas desempenham importante papel nessas negociações. As constantes lutas vão deixando marcas no indivíduo, que vai se transformando, deixando de ser o que era antes de ter assumido determinado trabalho. Entretanto essas negociações são baseadas na singularidade de cada um, na estrutura mental que se tem, na subjetividade do trabalhador, impossibilitando mudanças no ambiente externo.

Outro conceito que precisa ser esclarecido é o de trabalho, cuja centralidade no mundo social e na constituição do ser humano é o ponto de partida para toda a discussão desta tese. Nessa perspectiva, Codo, Sampaio e Hitomi (1993) emprestam da antropologia a noção da tríade linguagem, trabalho e cooperação para explicar o ser humano

Nessa concepção o trabalho ocupa uma posição de destaque na hominização do ser humano, entretanto também causa sofrimento pelas vias da produção capitalista e da denominada “Organização Científica do Trabalho”. Dessa forma, o trabalho está longe de ser um espaço neutro, para o bem ou para o mal. Segundo Heloani & Capitão (2003, p.106) o sofrimento mental é consequência direta da organização de trabalho taylorista, isto é, “da divisão do trabalho, do conteúdo da tarefa, do sistema hierárquico, das modalidades de comando, das relações de poder, etc.”. Há uma perda de sentido da vida no trabalho, deixando marcas de sofrimento no corpo e no psiquismo do trabalhador.

Dentro dessa lógica neoliberal, que afeta o setor da saúde pública, tornando-a fragmentada e extremamente parcelada, notadamente observável no desenvolvimento galopante das especialidades médicas, em detrimento da formação generalista, a participação do Agente Comunitário de Saúde na equipe se torna algo quase impossível. Conforme já citado anteriormente na revisão de literatura, Vieira & Cordeiro (2005, p.9) afirmam que os trabalhadores da categoria “relataram não se sentirem à vontade para expor suas opiniões, pois temem ser criticados ou criar conflitos; sendo assim, acabam se omitindo e ocultando os problemas que percebem”.

Essa falta de participação aparece atrelada ao medo de ser demitido, evitando dar opiniões, na tentativa de preservarem seus empregos. As constantes substituições dos agentes comunitários de saúde por outros, desde o início da estratégia na unidade de Saúde da Família reforçam o perigo eminente de corte. O rodízio de pessoas contratadas e o desgaste representam estar sob a constante ameaça de ser substituído. O sentimento de desvalorização da categoria se expressa assim: “*O que que eu senti? A gente não é nada. Porque se é outra (outra categoria de profissional) ...*” (RIBEIRO, 2006, p. 118).

O termo utilizado pelo Agente Comunitário de Saúde é contundente: “a gente não é nada”. É a expressão literal da ruptura da condição de ser livre do ser humano, com o próprio desejo capturado pelo desejo de outrem. (MARX, 1844/2004). É exatamente o que a trabalhadora relata, a desvalorização dela para consigo mesma e para com os outros. A perda do sentido no trabalho, pela fragmentação, mostrou o quanto na lógica capitalista o trabalho não atende interesses e desejos nem do trabalhador, nem do usuário, mas do mercado e do capital, tornando o trabalho sem sentido, instalando-se um processo perverso de alienação. Na perspectiva marxista, Heloani (2003) explica alienação e estranhamento, utilizados como sinônimos por alguns, mas diferenciado por outros.

Para Heloani (2003, p. 128)

“*alienação* (do latim alienatio) concerne à separação do produtor de seu produto, independente das condições e relações sociais em que essa separação é efetuada, enquanto *estranhamento/estranho* (do latim insolitus, inusitatus) é relativo a um contexto histórico definido, em que a separação ocorre numa relação de expropriação, dominação e mesmo

hostilidade em relação a obra do trabalhador. Ainda acrescentamos a isso, que quando trabalhamos, transferimos um pouco de ‘nós mesmos’, de nossa subjetividade ao produto ou natureza, espelhando-nos no mundo e vice-versa.

Exemplificando melhor essa questão, apresenta-se a fala de uma Agente Comunitária de Saúde sobre um grupo que era conduzido por elas (Agentes) e houve um questionamento por parte da equipe, da capacidade delas em dar continuidade ao trabalho. Havia um sentimento de revolta expresso naquele momento, pois o tipo de trabalho realizado em grupo foi incentivado, posteriormente, devido à solicitação da Secretaria de Saúde sobre a necessidade de desenvolvimento de tal atividade na unidade. A expressão sobre isso é a seguinte: “*Quer dizer que a gente não era responsável por aquele grupo? Sendo que quando a Secretaria [Secretaria de Saúde] cobra alguma atividade, o nome do grupo vai pra lá.; E somos nós que tava tocando*” (Ribeiro, 2006). Na falta de ter o que apresentar ao demandante, o trabalho do grupo volta a ser considerado. Nas palavras de Ferraz & Aerts (2005) acabam sendo “tapa-buracos” da carência de um número de atendimentos exigidos pela Secretaria de Saúde.

Apesar desta pesquisa, objetivar o estudo do sofrimento do agente comunitário de saúde, não se ignora que toda a equipe da Saúde da Família também sofre as repercussões do trabalho fragmentado e parcelado imposto pela lógica capitalista. É nesse sentido que vale ressaltar conceitos sobre trabalho em equipe e as dificuldades inerentes a isso.

Para expor as concepções sobre trabalho em equipe, Peduzzi & Palma (1996) trata o trabalhador de saúde como um “agente do trabalho” e não qualquer recurso humano, um profissional ou força de trabalho. O entendimento que se faz é que o agente do trabalho coloca-se

como elemento constituinte do processo de trabalho, colocando em evidência as relações do agente com os demais elementos deste processo [...] permite a apreensão da dimensão transformadora do trabalhador em sua condição de sujeito histórico, que, no trabalho e por meio do trabalho e por meio da ação, faz a finalidade social de sua intervenção realizar-se (PEDUZZI, PALMA, 1996, p.237).

Essa configuração e posicionamento do trabalhador como “agente do trabalho” não é facilmente assumida. Requer um envolvimento de toda a equipe, enquanto um grupo, em contraposição ao que já foi exposto do modelo pós-fordista, fincado na individualidade.

Martins (2003) explicita as condições do processo grupal, baseada em Martin-Baró, tornando evidente o quanto um trabalho de uma equipe de saúde, se configura num grupo, permeado por características favoráveis ou não ao processo de trabalho, dependendo de como se desenvolveu sua identidade, suas relações de poder e o caráter de sua atividade (para que ele existe, qual a sua produção). Para o entendimento desses parâmetros é necessário que se tenha claro o processo histórico do grupo,

de o próprio grupo ser uma experiência histórica, que se constrói num determinado espaço e tempo, fruto das relações que vão ocorrendo no cotidiano e, ao mesmo tempo, que traz para a experiência presente vários aspectos gerais da sociedade, expressas nas contradições que emergem no grupo (MARTINS, 2003, p. 203).

Essa concepção do processo grupal indica caminhos para se compreender o trabalho de equipe em saúde, dentro da lógica capitalista. As repercussões das determinações histórico-estruturais do contexto neoliberal e do modelo biomédico no trabalho em saúde se impõem como limitações, inviabilizando algumas tentativas de superação. O entendimento de que há um processo grupal a ser considerado, evita que recaia sobre o trabalhador a responsabilidade de sucesso ou fracasso em seu desempenho ou tentativas frustradas de trabalho em equipe (MARTINS, 2003; RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

Retomando as concepções de Peduzzi (2000), apresenta-se uma tipologia do trabalho em equipe, definido em duas formas: equipe agrupamento e equipe integração. Para a passagem da equipe agrupamento para a equipe integração é necessária uma reconstrução diária dos agentes do trabalho na equipe enquanto sujeitos, donos de seu próprio destino. Mas como esses destinos inter cruzam-se, as conquistas individuais só se tornam possíveis se constituídas junto a coletividade.

A psicologia social tem discutido amplamente essa constituição coletiva do ser humano, que só se faz pelo atravessamento da cultura, mesmo que permeado por experiências de

sofrimento (CODO, SAMPAIO, HITOMI, 1993). Não é um empreendimento fácil e requer disponibilidade para uma prática comunicacional com tolerância, permeabilidade ao novo e abertura para conhecer um o trabalho do outro (PAIM, 1999, 2001). Este último aspecto é exatamente o que os trabalhadores já afirmaram que não conseguem fazer, desestruturando o trabalho em equipe.

Corroborar com essas idéias a recomendação do Conselho Federal de Psicologia, afirmando que “é importante ressaltar que a identificação de tais situações (dificuldades de trabalho em equipe) na atividade do psicólogo deve ser vista também como um alerta para o desencadeamento de ações preventivas (especialmente a vigilância em saúde) no sentido de evitar que outros trabalhadores permaneçam expostos às mesmas condições”. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2008).

É compreensível essa dificuldade, pois mudanças e implementação de novos modelos de produção de saúde também são causadores de ansiedade frente à necessidade de reestruturação e dos riscos associados a ela. Tanto a coordenação da equipe quanto seus membros, encontram dificuldades nesses empreendimentos reinventivos, inovadores e criativos (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004; BRANT, GOMEZ, 2005).

Mesmo assim, Merhy (2002) e Dejours (1996), insistem nas mudanças baseadas, respectivamente em aberturas de espaços intercessores de reflexão sobre o processo de trabalho e de espaços públicos de discussão. São possibilidades de concretização dos princípios do SUS, como a universalidade, integralidade, participação popular e profissional e qualificação técnica científica. Isso tudo, por sua vez, conduziria à satisfação pessoal do trabalhador no seu local de trabalho, diminuindo seu desgaste.

Diante do alinhamento desses conceitos, saúde, sofrimento psíquico e trabalho, apontando trilhas mais saudáveis para o trabalhador, cabe a tarefa de articulá-los na compreensão das especificidades das contradições de atuação do Agente Comunitário de Saúde apontadas nas pesquisas empíricas expostas no capítulo anterior, no qual levantou-se a preocupação dos Agentes Comunitários de Saúde estarem expostos a uma situação de sofrimento dupla, uma relacionada ao fato de morarem e trabalharem no mesmo local, comprometendo a sua privacidade; outra relacionada a falta de formação permanente, pois políticas responsáveis por

estas ações ainda são incipientes. Apresentar-se-á a seguir, uma articulação teórica sobre privacidade, sofrimento, vínculo e formação, partindo de uma base teórica foucaultiana sobre liberdade e cuidado de si. Não seria a liberdade uma condição essencial para abrir caminhos saudáveis desse Agente Comunitário de Saúde? Isso é possível num trabalho que o coloca frente a frente com sua atividade o tempo todo?

### **Articulação de conceitos: sofrimento, privacidade, vínculo e formação**

À luz dos estudos de Foucault (1996), observa-se que a liberdade está intimamente ligada ao cuidado de si, o que parece faltar precisamente aos Agentes Comunitários de Saúde que sofrem. Contraditoriamente são eles que têm a incumbência de cuidar do sofrimento dos usuários ou pacientes e descuidam de si, num processo que Pitta (2003) designou como “dor e morte como ofício”.

As contribuições de Foucault (1996) sobre a concepção de liberdade atrelada ao cuidado de si fortalecem a idéia que os problemas que o trabalhador tem ao ser destituído da natureza livre, inerente a sua condição de humano, marcos da sociedade capitalista, repercutem diretamente sobre o processo de trabalho em saúde, estudados no capítulo anterior. Segundo o autor, desde o advento do cristianismo o cuidado de si ficou comprometido, atrelado a busca de salvação, entregue nas mãos de um representante da fé, o sacerdote, com um comprometimento da liberdade pessoal<sup>2</sup>, acarretando uma negação de si. Assim, Foucault (1996) busca subsídios para compreensão da liberdade desde as concepções cristãs do mundo greco-romano, no qual a liberdade era entrelaçada com o cuidado de si e conseqüentemente ao conhecimento de si, pois a prática da liberdade é que viabilizaria esse processo. Baseando-se na concepção acima, Foucault (1996) assume que a ética é a prática reflexiva da liberdade, requerendo para tanto estar atento a três tipos de relações: consigo mesmo, com as coisas e com os outros. Assim o cuidado de si é ligado ao cuidado com o outro.

---

<sup>2</sup> Essa questão se modifica a partir da reforma protestante, com a inserção de uma das teses principais de tal movimento que é o sacerdócio universal dos fiéis, entretanto não é o foco deste trabalho esgotar tais implicações.

Dessa forma, para Foucault (1996) a produção de si, baseada na ética, tendo a liberdade como condição ontológica (de realidade), é uma operação do sujeito sobre si e sobre o campo de ações e possibilidades do outro. Essas relações são estratégicas. Há um cálculo mútuo de um sobre o outro, caracterizando-se relações de poder, não necessariamente de dominação, que são conceitos diferentes. O poder sempre atravessará as relações humanas, mas a relação de dominação e violência é que impede o exercício da liberdade, dependendo de como esse poder é exercido nessas relações.

Para esclarecer melhor a questão é necessário compreender que a constituição de si é uma produção de subjetividade que é atravessada por mecanismos de poder, por disciplinas e normatizações sobre o sujeito, que são inevitáveis. Mas como o sujeito poderia se constituir em subjetivação tendo esses mecanismos operando sobre si? Aí que se aplica o conceito de ética explicitado acima, a prática reflexiva da liberdade. Só a liberdade vivenciada reflexivamente poderá fazer com que esse sujeito deixe de ser “sujeitado” ao outro por controle e dependência e passe a ser “sujeitado” a si mesmo pela consciência de si. Em outras palavras, a objetivação tornaria o sujeito um objeto, já a subjetivação o tornaria um processo pelo qual o indivíduo se faz, pelo conhecimento de si. É a subjetividade que expressa a relação do indivíduo consigo mesmo, com formas de governanças, com os outros e com campos de conhecimentos, incluindo no caso da saúde, todo o conhecimento sobre a produção de saúde, refletida em ações na vida do trabalhador.

Na situação de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, pode-se verificar que está inserido numa forma de produção de saúde afetada pela lógica capitalista, fragmentada, desestabilizante e controladora, o que se sobrepõe a uma forma mais direta de controle que é da população sobre ele. Extrapola o âmbito profissional, é algo que o acompanha o tempo todo, com a convivência de uma política de saúde que de certa forma “autoriza” as pessoas que o cercam a fazerem um controle diário da sua vida pessoal, privada; pois essa política, regulamentada em termos de lei, exige que ele more onde trabalha. Torna-se alvo de relações estreitadas por um vínculo muitas vezes confuso, entre o público e o privado, expondo-se a formas de poder e dominação, que segundo Foucault, (1996) emperram a constituição da subjetivação e, por conseguinte, o cuidado de si.

Para compreender esse vínculo confuso mencionado acima, é necessário esclarecer a situação de sofrimento psíquico do Agente Comunitário de Saúde, no cotidiano de trabalho, que utiliza as tecnologias leves de forma intensa, exatamente o vínculo, o diálogo, o acolhimento. Ribeiro (2006, p.76), mostra que ao desenvolver o vínculo, “a identificação (do trabalhador) com o sofrimento da população gera sofrimento para o trabalhador, por já terem vivenciado algo semelhante. Absorvem os problemas do usuário para si. Isso é atribuído ao vínculo forte...” Uma trabalhadora afirmou: “*Sempre que tem uma questão de sofrimento eu sofro junto. Não sei separar [...] É o fato de estar todos os dias no mesmo lugar, com as mesmas pessoas, e ter esse vínculo*”(RIBEIRO, 2006, p. 77). A privacidade fica prejudicada por uma forte identificação, ligada ao vínculo estabelecido.

Essa identificação proveniente do vínculo entre o Agente Comunitário de Saúde e o usuário facilita o atendimento, é uma conquista de todo o movimento social e sanitário já explicitado anteriormente, mas precisa ser problematizada e analisada sob quais circunstâncias ocorre, qual o respaldo da equipe da Saúde da Família no processo; pois tem se constituído como um fator de desgaste para o trabalhador. Algo que é preconizado como princípio do programa pode estar sendo alicerçado numa experiência de sofrimento. Dejours, Dessors, Desriaux, (1993) refletem que o sofrimento é útil para os modos de produção capitalista. Os autores chegam a esta conclusão, estudando processos de trabalho nos quais as exigências de ser cordial e proibição de se irritar com o cliente levam o trabalhador a procurar a saída para seu desespero, reduzindo o tempo de execução da tarefa, trabalhando mais depressa. É exatamente o que se espera para otimização de seus rendimentos. Assim, sem nenhuma reserva, potencializa-se a produção, valendo-se do próprio sofrimento do trabalhador. Sobre isso Dejours (1992, p.103) afirma que “o sofrimento psíquico, longe de ser um epifenômeno, é o próprio instrumento para obtenção do trabalho”. De certa forma, isso se aplica ao vínculo entre o Agente Comunitário de Saúde e o usuário, que embora necessário e potente na assistência a saúde, se configura numa situação de desgaste, agravado por morar na mesma região que se localiza a unidade de trabalho.

Essa identificação do Agente Comunitário de Saúde com o usuário acaba aparecendo nos grupos de atendimento nos quais eles participam. Esta situação serve para exemplificar a confusão entre ser profissional e usuário. Deveriam estar no grupo, denominado “Mulheres

Vitoriosas”, como trabalhadoras, mas vez por outra, usufruem o atendimento, tais e quais os usuários ou como um processo de formação que, provavelmente não estão encontrando de outras formas. Isso se caracterizou na resposta da trabalhadora, quando lhe é perguntado o que a ajudou melhorar do sofrimento. Elas respondem que buscavam alívio nesse grupo de atendimento para mulheres, coordenado pela médica e pela enfermeira da unidade, explicando a participação da seguinte forma: *‘Os grupos. Eu acho que dos dois lados, como participante e como profissional. Seria no geral, em tudo.’* (RIBEIRO, 2006, p. 78).

Nogueira-Martins (2003) discute a dificuldade de preservação da saúde mental do Agente Comunitário de Saúde, levando em consideração que a absorção da dor e o sofrimento do outro se intensifica através da intimidade que se estabelece no vínculo do profissional com o usuário. Na Saúde da Família o vínculo é um dos pressupostos básicos, mas diante da proximidade, vulnerabiliza o Agente Comunitário de Saúde. A empatia detona um sofrimento porque não há limites, o trabalhador mistura-se com o outro. A compreensão que o trabalhador tem de si e dos outros sobre si mesmo fica confusa, impedindo-o de usufruir da liberdade que reflexivamente possibilitaria o cuidado de si, no sentido foucaultiano (FOUCAUT, 1996).

Diante de tantas dificuldades singulares da categoria, com um sofrimento permeado por aspectos inerentes as suas atribuições no trabalho, há uma busca incessante por ajuda e por formação. Neste sentido, pergunta-se: até que ponto os espaços de educação e formação continuada estão contemplando as dificuldades acima relatadas? Quem está assumindo essa formação e como está sendo feita?

O sofrimento do Agente Comunitário de Saúde visto pela falta de formação e informação é uma das possibilidades que se apresenta. Por isso, é oportuno contextualizá-lo nas políticas de formação profissional propostas pelas vias públicas, para depois analisar se tal política colabora para o processo de liberdade do trabalhador, passando de sujeito do outro para sujeito de si, no sentido foucaultiano.

Uma dessas propostas é a formação técnica, que fica a cargo dos Centros Formadores de Recursos Humanos (CEFOR) e as Escolas Técnicas do SUS (Etsus). Tais escolas públicas estão espalhadas por todo o território nacional, compondo 36 unidades, com área de atuação especificamente dirigidas para o SUS, atreladas em sua maior parcela, às secretarias estaduais e

municipais de saúde, com atributos de orientação, ordenação e participação na qualificação dos trabalhadores de saúde, contribuindo para a consolidação das políticas públicas de saúde (Morosini, Corbo e Guimarães, 2007).

Outra proposta é a de Educação Permanente em Saúde (EPS). Inspirada em princípios da Educação Crítico-Reflexiva, a Educação Permanente em Saúde, reconhece os educandos como sujeitos ativos de seus próprios conhecimentos, construindo significados e definindo sentidos e representações da realidade de acordo com suas experiências e vivências. O eixo central desse referencial consiste no pensamento crítico/produtivo e na atividade consciente/intencional dos educandos na resolução dos problemas encontrados na realidade (DELORS, 2001, FREIRE, 2006).

Por meio de um Guia prático do Agente Comunitário, o “Ministério da Saúde reconhece que o processo de qualificação dos agentes deve ser permanente” (BRASIL, 2009a, p. 9), afirmando que os 200 mil Agentes Comunitários de Saúde no território nacional devem ser contemplados por essa formação. Entretanto parece que a EPS ainda não é uma concretude, mas uma expectativa.

Desde setembro de 2003, a EPS, como referencial pedagógico e como política pública, assumiu o principal papel na organização de ações junto aos diversos órgãos envolvidos no processo de formação e qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal papel se respalda em documentos oficiais do Ministério da Saúde, bem como de Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, articulando parcerias com outros segmentos como o Ministério da Educação, entidades de profissionais de ensino das profissões de saúde e outros (BRASIL, 2004a).

A princípio, a operacionalização destas ações se dava por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, instâncias interinstitucionais que congregavam diversos atores. Dentre eles, docentes e alunos de instituições formadoras, os gestores e trabalhadores do setor saúde e usuários, formando rodas para o caminhar do processo (BRASIL, 2004a). Segundo Ceccim (2005), até julho de 2005 foram organizados em todo o país 105 Pólos. A expectativa do autor era a transformação do SUS numa rede-escola, tendo a formação um lugar central nas políticas de saúde. Luckesi (1999, p. 29) corrobora com essas idéias, afirmando que formação se faz no dia-a-

dia, “atuando no e com o mundo e meditando sobre essa prática”, desenvolvendo atitudes críticas sobre a realidade.

Essa configuração operacional da EPS passou por transformações, na tentativa de torná-la mais participativa, seguindo as mudanças preconizadas pelo Pacto da Saúde (BRASIL, 2006a), e a criação de novas instâncias deliberativas no SUS. O funcionamento e as demandas das necessidades educativas estão, atualmente, sendo debatidas por fóruns ligados aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), que são os Núcleos de Educação Permanente (NEP). E, abrangendo uma macro-região, as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) reúnem-se regularmente, devendo aprovar o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) (BRASIL, 2007).

Retomando o questionamento sobre a liberdade do Agente Comunitário de Saúde colocada anteriormente sob a ótica foucaultiana, parece que a Educação Permanente em Saúde deveria colaborar para isso, pois parece estar fundamentada numa prática reflexiva da realidade.

Corroborando sobre os benefícios do processo de formação e informação sobre o próprio trabalho em oposição a mecanismos de poder exercidos perniciosamente, é pertinente mencionar o que diz Seligmann-Silva (1994, p. 97) sobre o assunto:

as instrumentalizações de dominação que se fazem através da desinformação, da utilização de sentimentos e da estimulação de orgulho pelo trabalho bem feito são algumas das técnicas adotadas pelo poder que recebem fortalecimento considerável da disciplinação, favorecendo a eficácia da mesma, preparando terreno para garantir a aceitação das exigências disciplinares. Desta forma, assegura-se também que ‘corpos dóceis’, de que nos fala Foucault, se tornem mais dóceis ainda.

A EPS seria um dispositivo favorável na saúde mental do agente comunitário de saúde, desde que alguns entraves fossem diluídos, possibilitando dentre outras coisas, que o trabalhador desse setor se tornasse por meio da prática reflexiva da liberdade, num profissional saudável, diferente do atual, que é sofrido e aprisionado por uma vigilância e poder dominante. Quem sabe, num futuro possa se transformar no trabalhador idealizado pela Educação Permanente em Saúde,

um trabalhador-educador-formador, expandindo os conhecimentos em toda rede para gerações atuais e posteriores de profissionais.

Em síntese, através do retrospecto histórico da reestruturação produtiva feita anteriormente e articulações conceituais entre sofrimento psíquico, trabalho, privacidade e formação, foi possível compreender o quanto a saúde, também afetada pela lógica neoliberal, está numa situação nem totalmente favorável, nem totalmente desfavorável, possibilitando ao trabalhador abrir brechas na sua conjuntura. Conserva características de uma produção artesanal, abrindo um caminho, embora penoso, para a criatividade. Ações inovadoras assumidas por aqueles que vislumbram mudanças no quadro das organizações do trabalho, podem colaborar no bem-estar tanto do trabalhador quanto do usuário.

Especificamente sobre o agente comunitário de saúde, supõe-se que o seu sofrimento pela falta de privacidade é de difícil superação, pois requer manejos ou formação que dê conta de aliviar o desgaste de um trabalhador que fica em seu posto de trabalho vinte e quatro horas por dia. Tais suposições serão discutidas na análise do material empírico desta pesquisa.

*Mas é preciso ter manha  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida...*

# A GESTÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

## Capítulo IV

### A Gestão no Processo de Trabalho em Saúde



reflexão sobre a gestão na saúde é complexa, requerendo uma ampliação do olhar para fora e para dentro dos serviços, contextualizando o processo de trabalho em saúde na lógica de produção capitalista, bem como as formas como isso repercute dentro dos serviços enquanto instituição de saúde. Para tanto, se recorrerá aos cenários externos do fenômeno, bem como uma pormenorização dos aspectos internos, ambos já desenvolvidos nos capítulos anteriores. Na verdade, as contribuições das diferentes áreas se complementarão, dentro de uma compreensão de que os aspectos de dentro e de fora estão interligados e formam uma unidade indissociável do fenômeno.

Como já citado, Heloani e Lancman (2004) afirmam que as lógicas de mercado constituem-se numa ameaça para as pessoas, obrigadas a viver um mal estar constante no mundo moderno. O trabalho ocupa um espaço que pode ser vivenciado como bom ou ruim; gerador de sofrimento ou prazer, desgaste ou crescimento, dependendo das relações entre o trabalhador e os desafios externos do meio social.

Chanlat (1995), estudioso dos modos de gestão no mundo do trabalho expõe uma definição geral do que vem a ser gestão e a divide em quatro modos que coexistem, desde a Revolução Industrial até os dias atuais, revelando como as pessoas adoecem em função de tais modos. Para o autor, a gestão constitui-se em formas administrativas que uma organização adota para cumprir objetivos e atingir metas.

Por modo ou método de gestão entendemos o conjunto de práticas administrativas colocadas em execução pela direção de uma empresa para atingir os objetivos que ela se tenha fixado. É assim que o método de gestão compreende o estabelecimento das condições de trabalho, a organização do trabalho, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle de resultados, as políticas em matéria de gestão do pessoal, e os objetivos, os valores e a filosofia da gestão que o inspiram (CHANLAT, 1995, p. 119).

Esses quatro modelos merecem ser colocados, bem como as diversas formas de adoecimento, pois contribuirão na análise de algumas manifestações de sofrimento pelo trabalho, vivenciadas nesta pesquisa. Entretanto não se fará uma discussão detalhada da diferença entre eles, pois são encontrados simultaneamente nos locais de trabalho. Nas próprias palavras de Chanlat (1995, p. 126) “se as organizações estão com a doença do gerenciamento as pessoas que nelas trabalham adoecem com certos métodos de gestão”.

#### 1) Gestão Taylorista e Neotaylorista

Teve seu início na virada do século XIX para XX, caracterizada pela fragmentação, repetição, correria, rigidez de horário, controle e vigilância, direito de expressão reduzida ou nula, ocupação permanente do trabalhador, sem tempo prá refletir. A empresa poderia ser comparada a uma máquina e as pessoas, às engrenagens.

Principais características do adoecimento:

- Autonomia reduzida
- Duplicação de índices de tendinites
- Problemas de peso
- Desilusão
- Aumento do controle e cobrança por produção, mesmo com os avanços da informática

#### 2) Tecnoburocrática

Teve início junto com sistema taylorista, descrito pela primeira vez por Max Weber. Caracteriza-se pela pirâmide hierárquica, divisão parcelada do trabalho, comunicação difícil entre escalões do poder, grande importância para especialistas, autonomia mais limitada para patamares inferiores.

Principais características do adoecimento:

- Ação impedida
- Atinge especialmente serviços públicos
- Tarefas rígidas por meio de portarias e legislações
- Impedimento de respostas criativas

- Isolamento entre as categorias de trabalhadores e desvalorização de umas em detrimento de outras

### 3) Gestão da Excelência ou Qualidade Total

É mais recente. Implementada por volta dos anos 80, na era da globalização e da transnacionalização. Segue padrões internacionais de produção, desafio permanente, primado do êxito, obrigação de ser forte, adaptabilidade constante, premiações individualizadas, relações hierárquicas mais igualitárias ou gestão horizontalizada, polivalência, flexibilização da mão de obra. É correspondente ocidental ao modelo japonês (toyotismo). Há uma tentativa de dar sentido ao trabalho pelo reconhecimento, mas permanece a tensão.

Principais características do adoecimento:

- Trabalhadores tomados pelas armadilhas da estrutura estratégica, trabalham até exaustão.
- Problemas cardiovasculares, úlceras, insônias, enxaquecas e até suicídios

### 4) Gestão Participativa

É exatamente o contrário do outros modos de gestão, pois é salutar, não adoecedora. Converge para melhoria no clima de trabalho e na saúde do trabalhador e proporciona autonomia em diversos níveis, tanto na organização do trabalho quanto em nível do poder. Parte do princípio que o ser humano é responsável “à qual se deve conceder toda a autonomia necessária para a realização da tarefa para na verdade, integrá-la na gestão mais global da empresa” (Chanlat, 1995, p. 125). Segundo o autor, esse modo de gestão pode se denominar também de co-gestão. As propostas de Colegiados de Gestão Regional (CGR) na Saúde Pública e a própria gestão na Saúde da Família deveria ser desse último tipo, participativa, entretanto não é o que tem acontecido.

Ao contrário, como já mencionado, Ribeiro, Pires e Blank (2004) apontam que na Saúde da Família, os modelos de produção capitalista traduziram-se em atos parcelares e normatizados na atenção a saúde, contrariando os princípios da política de gestão solidária e participativa. Outras contradições se expressam em procedimentos fragmentados, “taylorizados”, ao invés de um trabalho conduzido por uma verdadeira equipe, levando ao aumento da tecnologia dura em detrimento da tecnologia leve.

Estudando alguns equipamentos em saúde, Merhy (2002) denominou as diversas tecnologias utilizadas em saúde como leves, leve-duras e duras, sendo que as duas primeiras envolvem primordialmente as relações humanas e a terceira os conhecimentos teóricos que sustentam tais relações e os recursos materiais como exames e medicamentos. A interlocução desses procedimentos de forma integrada garantiria a abrangência ampla na reabilitação na rede de saúde, enfatizando que na atenção básica o mais necessário é a tecnologia leve, tão importante e complexa como as demais (MERHY, 2002). Ao contrário, há o distanciamento do trabalhador do usuário, falta de reconhecimento de si mesmo no trabalho, atos e medidas de cunho higienistas, terceirização e precarização das relações de trabalho (CAMPOS, 2006; FRANCO, MERHY, 2006; RIBEIRO, PIRES & BLANK, 2004).

Diante dessas dificuldades a saída que muitas vezes resta ao trabalhador é a utilização de mecanismos de defesa tais como a negação, o isolamento, o aumento da competitividade e outras formas de se lidar com o sofrimento. São ações que segundo a Psicodinâmica do Trabalho reforçam a alienação do trabalhador frente a uma sociedade capitalista que é alimentada exatamente por esses mecanismos (DEJOURS, 1992). Seligmann-Silva (1994, p. 251) também alerta que “o surgimento da alienação também será facilitada pela persistência de algumas defesas”. A falta de noção clara da relação desses aspectos com o seu sofrimento faz com que o trabalhador atribua as falhas a si próprio ou ao colega, intensificando a culpa e o sofrimento (HELOANI, 2003).

Para que as mudanças ocorram envolvendo o processo de trabalho é possível pensar em alguns dispositivos, entendendo-os como ações, tecnologias ou projetos que disparem movimentos de mudanças, principalmente na gestão (BRASIL, 2009b).

Alguns dispositivos podem se identificar à luz da análise institucional, elucidando questões para além do explícito, que se manifestam por vezes em dimensões inconscientes, traduzidas em ações dos trabalhadores durante o processo de trabalho. Onocko (2005) faz um estudo que ressalta a função asseguradora da vida psíquica e social das instituições, oportunizando um reconhecimento de quem se é, para além da dúvida cartesiana, do racional. A dimensão inconsciente nas instituições começou a ser admitida quando algumas categorias de explicação tendendo à lógica positivista, não davam conta da complexidade institucional nas décadas de 1950-1970. Para a psicanálise a dimensão inconsciente está presente em todo momento de nossas relações institucionais, sem

distinção racional ou irracional, como uma constante dúvida que se tem sobre si mesmo, pois sempre haverá uma parte desconhecida que se revela e se esconde no encontro diário com o outro, no caso deste estudo com o outro trabalhador de saúde, com os usuários e demais atores envolvidos no processo.

Onocko (2005) aponta que diante da miséria e carência de todas as ordens que as instituições de saúde se encontram, o trabalhador se identifica fortemente com essas características, onde “acontecem processos de identificação entre trabalhadores e usuários”. Muitas vezes a equipe se vê como tão pobre e desmerecida quanto a população pobre e desvalida que atende. Ribeiro (2006, p. 77) aponta que os trabalhadores sofrem com isso e explicitam: *“já teve muitas coisas, Eu sempre me coloco no lugar do outro. Não sei por que eu tenho essa mania? Sempre que tem uma questão de sofrimento eu sofro junto. Não sei separar [...]”*. No limite do sofrimento expressam o desejo de ser usuário para receber cuidados ao invés de cuidar. Numa cena de teatro espontâneo realizado pela pesquisadora desta tese (RIBEIRO, MARTINS, 2007) com a uma equipe de Saúde da Família, o trabalhador entra reclamando de cansaço, muito desgaste e é atendido pelo usuário.

Dejours (1996) propõe abertura de espaços públicos de palavra, ou melhor, de um “território” no qual possamos manifestar nossa verdadeira inquietude medos e angústias provenientes do espaço laboral sem que tenhamos a sensação de que possamos pagar caro por isso. É neste processo dialógico que questões “intratáveis” no espaço de trabalho, “espaço de poder”, se tornam passíveis de uma manifestação do desejo e, portanto, podem gerar certo efeito “terapêutico”.

Compreende-se que a impossibilidade da linguagem se materializar nas relações de trabalho cristaliza sofrimentos e naturaliza-os como inevitáveis. Ao se possibilitar a expressão desse sofrimento, há um resgate do sentido do trabalho e do desejo. Assim, a repercussão aparece na atenção ao usuário, que também pode se expressar espontaneamente e com liberdade. Segundo o autor “a transformação do sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa depende fundamentalmente do uso da palavra e de um espaço de discussão onde perplexidades e opiniões são públicas” (DEJOURS, 1996, p.170).

Onocko (2005) propõe um modo de gestão que possa acolher exatamente essas subjetividades, que ajude o trabalhador a compreender o turbilhão de emoções que o fazem sofrer. Poderia ser um dos espaços de discussão apontados por Dejours (1996). Nas palavras de Onocko

(2005) “a gestão tem um compromisso em dar certo suporte, em criar instâncias de análise para as equipes” (ONOCKO, p. 580). O contrário disso é muito mais comum, observando-se processos de gestão fincados no controle exacerbado dos trabalhadores, expresso no mesmo momento de oficina mencionado acima (RIBEIRO, MARTINS, 2007). Nessa experiência de oficina de teatro espontâneo, a cena foi representada mediante uma corporalidade concreta de “apagar” o gestor, no sentido de exterminá-lo. É uma resposta desesperada, diante do medo de represálias e vigilância constante de suas ações; a trabalhadora expressa: “*eu sinto que tou sob a mira*” (2007, p. 225).

Essa forma de gestão proposta por Onocko (2005) poderá utilizar recursos que possibilitem integrar as questões da clínica e a organização do trabalho, considerando que cada trabalhador é co-gestor do processo de trabalho na sua atuação direta com o usuário. Deve romper com a dicotomia subjetividade/objetividade, racionalidade/irracionalidade, afetividade/razão fortemente presente nos serviços. Deve abrir espaço para que o mal-estar no sentido freudiano possa ser abordado, interrogado e acolhido. Dessa forma passará a ser uma espécie de gestão cuidadora e potencializadora do reconhecimento do trabalhador, enquanto obra produzida por ele. Caso contrário o trabalhador ficará separado de sua “obra”, compreendida com o reconhecimento do seu trabalho, tanto para si mesmo, como para o usuário. Ficarà à mercê de atos parcelares de saúde, denominados procedimentos, os quais distanciam muito o trabalhador do resultado do seu trabalho. Nas palavras de Campos “não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares (CAMPOS, 2002, p.235).

Entretanto há alguns empecilhos a serem vencidos a começar pela falta de estudos realizados pelos sanitaristas sobre análise institucional e psicanálise, levando-os a buscar outras fontes para pensar tanto a gestão quanto o encontro trabalhador-usuário. Quanto à psicanálise as hipóteses que levam ao pouco conhecimento nessas áreas são de que há poucas publicações de quem trabalha no serviço público; ou os psicanalistas que publicam não trabalham no serviço público; e finalmente que os poucos psicanalistas que trabalham no serviço público não publicam (ONOCKO, 2008). Campos (2006, p. 188) já sinalizou, anteriormente, a necessidade de contar com as contribuições da psicanálise na saúde pública, sem as quais se poderia correr riscos de “ceder o espaço do subjetivo ao mundo mágico e místico das superstições”.

Por outro lado, Bleger (1984, p. 121) esclarece que o profissional de saúde que incorpore o manejo da psicanálise não deve abandonar seu campo e muito menos se tornar “em psicanalista (e menos ainda em psicanalista silvestre)”. Segundo o autor argentino, deve-se aproveitar diversos saberes e práticas que ajudem com segurança nas relações tanto com o usuário como os seus pares, valendo-se eventualmente de grupos de estudos entre as distintas especialidades, como endocrinologistas, psiquiatras, pediatras, cardiologistas. Nas suas palavras “poderão formar um grupo de estudo dirigido por um psicanalista, (...) analisando os problemas práticos de seu trabalho profissional” (BLEGER, p. 122).

Para que esse espaço de gestão do cuidado se concretize e contemple o acolhimento de subjetividades é necessário o que Bleger (1977) denomina de enquadre, que é um não-processo, uma série de invariantes no interior do qual pode realizar-se o processo. É aquilo que permanece para que a mudança possa ser realizada. Uma de suas características é ser "mudo": só se pode percebê-lo ou conceituá-lo, quando falta. Consiste em um “porto seguro” onde as pessoas podem retornar diante das incertezas e instabilidades do dia-a-dia, não como algo cristalizado e imutável, mas como um lugar que se possa confiar, e se expor as inseguranças e as dores advindas do trabalho árduo em saúde pública, em territórios permeados por distintas situações, na maioria violentas e desestabilizadoras. Domênico, Oliveira e Koda (2008) fazem análises dessa função asseguradora das instituições na vida psíquica, utilizando esses aportes teóricos de Bleger (1977) para estudar o sofrimento psíquico em uma instituição pública. Afirmam que uma ruptura no enquadre provoca uma angústia catastrófica para o trabalhador, não mais apoiado, no exterior.

Segundo Onocko (2008) esse espaço de gestão do cuidado pode ser um espaço transicional, é o espaço que permitirá a restauração das funções de continente e de matriz grupal de identidade, inerentes ao enquadre. É também um espaço de criação e, portanto, de superação da crise e da vivência de ruptura. (KAES, 1989).

O apoio matricial é outro dispositivo que possibilita essas trocas de saberes, que segundo Campos, Domitti (2007, p. 402) possibilita operar a construção do sistema de atenção à saúde numa linha transversal e horizontalizada entre os especialistas e profissionais de referência em um dado serviço. “Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita, segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização”.

A Educação Permanente em Saúde também pode se traduzir como uma via de efetivação de tais mudanças. Na concepção de Freire (1983) a educação é um processo construído a partir da relação homem-mundo. “É comunicação, é diálogo, (...) um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados, um que-fazer” constante (Freire, 1983, p. 76). Nesse enfoque transformador, libertador e humano a gestão e a atenção em saúde se compreendem como um espaço que proporciona “um humanismo científico (que nem por isso deixa de ser amoroso)” (Freire, 1983, p. 74), apoiando a ação educativa entre trabalhadores e usuários e entre os trabalhadores num espaço solidário de gestão participativa e terapêutica.

Segundo Merhy, Feuerweker, Ceccim (2006) a Educação Permanente em Saúde deve operar na micropolítica do trabalho em saúde. Assim, pode favorecer a saúde do trabalhador, ampliando o diálogo no enfoque libertador e humano apontado acima por Freire (1983), em suas múltiplas possibilidades e principalmente porque ocorre durante o processo de trabalho, em serviço, transformando os espaços de reuniões de equipe, potencializando-os como espaços de cuidado para o trabalhador. Segundo Rimoli (2006 p. 290) “se o trabalhador puder falar, processar suas motivações e problemas em grupo, esse espaço (a reunião de equipe) pode tornar-se terapêutico”.

Todos esses dispositivos estão interligados, pois os processos de Educação Permanente em Saúde e o apoio matricial só se concretizarão se a gestão estiver disposta a abrir mão das recorrentes cobranças de produção no modelo tayloriano, para oportunizar espaços dialógicos, que precisam ocorrer durante a jornada de trabalho, com liberdade para se expor as dificuldades, sem represálias.

Essas reflexões remetem a compreensão de liberdade em Foucault (1996) que recorre aos gregos, explicando que estes usavam uma técnica para se constituírem sujeitos de si. Usavam a arte, como se a vida fosse uma obra de arte, baseada em exercícios artísticos, numa ação artística sobre si mesmo e sobre o outro, a estética. Na verdade é o que Foucault (1984) irá chamar de Ilustração. Ilustrar-se é cuidar de si para resistir aos limites que são impostos, que são desnecessários, reflexivamente. Obviamente nem tudo pode ser continuamente criado e pensado, pois o indivíduo vive constantemente num paradoxo, rodeado de coisas que fogem a sua governabilidade. Não é sempre que as decisões podem ser conscientes ou ativas, mas há que se procurar outros momentos que possibilitem a reflexão. Por isso o ser humano é um constante devir, uma constante mudança, não há sujeito puro, a-histórico. As relações e a subjetivação estão sempre permeadas pelo contexto

histórico e temporal em que se vive. Na verdade Foucault (1984) concebe as pessoas como “posições” diversas na vida, ocupando diversas posições em diversos momentos; não são essência nem particularidade única, mas múltiplas personalidades, múltiplas subjetividades. Tantas quantas forem possibilitadas pelas relações.

Como podemos depreender dessas idéias de Foucault, (1996), cabe ao trabalhador cuidar de si, acompanhar as constantes mudanças no universo laboral para que possa concomitantemente acompanhar a si mesmo, a ser um atento interlocutor do mundo do trabalho em relação a si próprio, explorando todas as possibilidades e “posições possíveis” nesse contexto de trabalho. Entretanto, uma forma autoritária de gestão impede a manifestação do trabalhador, o que tem sido uma prática hegemônica no campo da saúde.

Sobre esse embate, Foucault (1975/2004) discorre sobre o caráter disciplinatório, de dominação das pessoas em sociedade. É um dos pontos principais estudados pelo autor dentro do que ele chama de microfísica do poder. Apesar de não ser possível um aprofundamento dessa abordagem, é imprescindível remeter-se ao menos a essa questão da disciplina. Os processos rudimentares da Idade Média, quando as pessoas eram queimadas nas fogueiras por não obedecerem às regras instituídas, foram substituídos na modernidade por um poder disciplinatório e normatizador, tornando os corpos dóceis e submissos, diante de dispositivos de vigilância constante. Embora visíveis, não se apresentam claramente, enquanto uma pessoa ou setor. É pulverizado, tornando-se disseminado por onde quer que se vá. Assim, é característica fundamental dessa vigilância ser visível, porém inverificável. Numa situação específica de trabalho, o trabalhador tem sempre sob seus olhos a representação da vigilância, sem saber ao certo se está ou não sendo visto e observado por todo o tempo. Mas “ter certeza de que sempre pode sê-lo” é o suficiente para se manter submisso (FOUCAULT, 1975/2004, p.167).

A figura apresentada pelo autor para ilustrar tal mecanismo é a do Panóptico, uma torre construída no centro de celas em forma de anel. Nessa torre permanece um vigia, que pode ou não estar presente, que tudo vê, mas sem ser visto. É a masmorra, ao contrário. Foucault transporta a idéia para os diversos âmbitos, afirmando que “em sua torre de controle, o diretor pode espionar todos os empregados que tem a seu serviço: enfermeiros, médicos, contramestres, professores,

guardas [...] modificar seu comportamento, impor-lhes métodos que considerar melhores” (1975/2004, p.167).

É com esse poder, disseminado e sutil, que o trabalhador tem que lidar, no seu dia-a-dia de trabalho em saúde, tornando-se desprotegido e vulnerável aos mais variados problemas, que em efeito cascata levam-no a um sofrimento psíquico cada vez maior.

Segundo Onocko (2008) é urgente que se reconheça as fragilidades das instituições e da gestão, que em efeito cascata repercutem desfavoravelmente na clínica e na saúde do trabalhador. Há que se oferecer um espaço de compartilhar solidário e de potencialização da competência técnica que vai além da comunicação interpessoal, levando em conta a si mesmo e os outros num espaço transicional. É favorável que a gestão assuma essa função, para além do espaço de democratização, mas também de elucidação das pulsões inconscientes que volta e meia fragilizam as instituições.

Quando existir por parte da gestão uma preocupação com a demanda dos trabalhadores e isso propiciar que aspectos subjetivos e idiossincráticos sejam considerados no processo de organização do trabalho, isto fará com que as relações intersubjetivas e diferenças não se constituam na base de conflitos insuperáveis, mas em relações diferenciadas que possam se transformar em questões epistemológicas transitivas e não pessoais.

Mas é preciso ter força  
É preciso ter raça  
É preciso ter fana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
Maria, Maria  
Mistura a dor e a alegria...

# METODOLOGIA

## Capítulo V

### Metodologia

**A** metodologia é algo que está presente em todo o processo da pesquisa, tornando-se difícil circunscrevê-la dentro de um capítulo. O reconhecimento disso não resolve a questão, mas justifica as limitações de tal empreendimento.

A metodologia desta pesquisa teve uma ênfase qualitativa, privilegiando a dimensão subjetiva dos fatos, considerando a natureza biopsicossocial que os permeou, possibilitando a apreensão dos significados contidos nos discursos dos sujeitos.

Para isso foi utilizado o método dialético, com contribuições de vários autores, entre eles as de Vygotsky, (1998) e Bleger (1998) para o desenvolvimento instrumental dos grupos focais e entrevistas.

Vygotsky (1931/1995) propõe que a compreensão da história humana não está baseada somente nas conseqüências da natureza sobre o ser humano, mas que o ser humano também afeta a natureza, modificando-a, criando novas possibilidades de existência. Para uma análise dessa constante transformação propõe três princípios de investigação: analisar processos e não objetos, explicação *versus* descrição e o problema do “comportamento fossilizado”.

Para analisar processos aponta a necessidade de reconstrução das etapas do processo, desde sua gênese até as transformações do presente. Na distinção entre explicação e descrição, recorre respectivamente a dois tipos de análises: a genotípica, caracterizada pela observação da essência e a fenotípica pela aparência dos fenômenos; enfatizando a importância das relações subjacentes ao fenômeno, nem sempre explícitos na sua aparência. O problema do comportamento fossilizado diz respeito aos processos mecanizados, os quais perderam sua natureza de origem. Para desmontá-los é necessário focar a análise no processo em desenvolvimento e não unicamente no produto final que se apresenta no momento da investigação (Vygotsky, 1931/1995). Neste sentido, as entrevistas e a observação participante captaram o fenômeno na essência e não na aparência, no seu processo histórico e mutável, assim como buscaram garantir a explicitação de processos já fossilizados.

## **População**

24 Agentes Comunitários, convidados para participar, sendo dois de cada Unidade Saúde da Família e Unidade básica de Saúde (UBS), utilizando sorteio, pois a grande maioria externou o desejo de participar. A escolha da cidade seguiu os seguintes critérios: 1) Manifestação de interesse pela questão proposta, identificada através de pesquisas anteriores feitas em Saúde da Família, no município. 2) Disponibilidade em participar da pesquisa.

## **Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu de julho à dezembro de 2009, por meio de uma combinação de técnicas diferentes que se completaram: observação participante e grupo focal. Segundo Minayo (1994) a complexidade e ao mesmo tempo a especificidade da pesquisa num enfoque social, requerem uma flexibilidade, que se expressa muitas vezes na utilização de vários recursos. Cada técnica foi direcionada a entender determinadas especificidades da questão proposta, embora os aspectos do todo sejam considerados em todos os momentos, indistintamente.

Uma das técnicas foi o grupo focal, inicialmente utilizada por profissionais de *marketing*, criada por Robert King Merton, na década de 50. Desde 1976 seu uso tem se expandido em pesquisas na área de saúde, principalmente na avaliação da qualidade dos serviços de saúde e investigações sobre o abuso de substâncias químicas (CARLINI-COTRIM, 1996). Os pontos favoráveis na aplicação do grupo focal em pesquisa são aprofundamento conjugado com a rapidez no fornecimento dos dados, apresentação de diferentes percepções e atitudes sobre um fato e a interação entre pesquisador e pesquisados. (WESTPHAL, BÓGUS E FARIA, 1996). Dessa forma, evidenciou-se a efetividade desse recurso para esta pesquisa, visto que as relações humanas que permeiam todo o percurso investigativo se reproduziram nos grupos, possibilitando levantar questões tão diversas em relação ao problema, requerendo a indicação de outras pesquisas. Exemplos disso foram os temas suicídio e violência urbana, presentes no cotidiano dos sujeitos da pesquisa, mas que devido a complexidade, merecem ser desenvolvidos em outros estudos.

A pesquisa ampliou os achados e questões relacionadas ao tema central, não por um acaso, mas porque procurou fazer uma busca conforme Benjamim (1980) propõe, um desvendar

aprofundado do objeto científico, comparando-o a câmeras do cinema que conseguem prescrutar aquilo que ainda não se suspeitava, ampliando o olhar perceptivo. Faz ainda um paralelo dessa abertura do olhar das câmeras com os “chistes” ou lapsos das conversas triviais, apontados pela psicanálise, que “facultava a análise de realidades até então, inadvertidamente perdidas no vasto fluxo das coisas percebidas” (BENJAMIM, 1980, p. 22).

O grupo focal foi realizado com Agentes Comunitários de Saúde representantes de todas as equipes do município, sendo que os 24 participantes foram distribuídos em três grupos, com 2 encontros para cada grupo, durante os meses de agosto e setembro de 2009. O roteiro para condução da investigação foi: desgaste no trabalho interno da unidade, desgaste no trabalho com a comunidade, formação permanente e continuada para o trabalho e repercussão do desgaste na vida pessoal por morar no mesmo bairro da unidade que trabalha.

O espaço do grupo focal proporcionou oportunidade para manifestação do sofrimento, que se apresentava com uma forte emoção frente às questões elucidadas, requerendo do entrevistador uma atitude de continência a essa dor. Turato (2003) define essa atitude de acolhimento afirmando que:

o pesquisador é movido a uma atitude de acolhida das angústias e ansiedades da pessoa em estudo, [...] mostrando-se particularmente útil nos casos onde tais fenômenos tenham estruturação complexa, por serem de foro íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil. O pesquisador também procura um enquadramento da relação face a face, valorizando as trocas afetivas mobilizadas na interação pessoal e escutando a fala do sujeito, com foco sobre tópicos ligados à saúde/doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou sobre como lidam com suas vidas. Por fim, observa o global de sua linguagem corporal/comportamental no sentido de complementar, confirmar ou desmentir o falado (p. 30).

Para um aprofundamento da investigação, escolheu-se uma unidade na qual se procurou compreender o cotidiano do Agente Comunitário de Saúde através de observação participante, que ocorreu de julho à dezembro de 2009. Inicialmente, ocorreu em reuniões da coordenadoria da Saúde da Família com o intuito de explicar a pesquisa, depois, um dia em cada unidade, para fazer o convite aos agentes comunitários de saúde para participarem do grupo focal; e finalmente durante os

meses de outubro a dezembro, uma vez por semana, em uma unidade escolhida para compreensão do processo de trabalho. O critério foi a disponibilidade em participar da pesquisa e a existência de uma equipe rural e urbana na mesma unidade, possibilitando o conhecimento de ambas.

A observação participante, regida por premissas metodológicas básicas envolve desde o referencial teórico até o uso de instrumentos de coleta de dados. É “a necessidade de integração do pesquisador no campo para a apreensão qualitativa da realidade” (MINAYO, 2004, p. 157). Ela complementou o entendimento do fenômeno, especificamente da organização do trabalho reproduzida espontaneamente nas relações formais e informais de trabalho. Também possibilitou um constante entendimento do significado dessas relações, com base na interação sujeito – pesquisador, indissociados em pesquisas desta natureza.

Os eixos de investigação que nortearam a observação participante foram relacionadas a: organização do trabalho na Saúde da Família, ações novas e antigas praticadas pelo Agente Comunitário de Saúde, práticas específicas e genéricas do Agente Comunitário de Saúde, dificuldades encontradas na execução do trabalho, rotina diária do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. A observação participante foi realizada durante todo o período de coleta de dados, anotada num diário de campo em forma de registro cursivo.

### **Questões Éticas**

Observando a importância do respeito à ética, foi solicitada a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp/Botucatu, adotando procedimentos devidamente apropriados em pesquisas envolvendo seres humanos conforme Protocolo de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa n. 3255-2009 (Anexo 2). Nesta pesquisa é fundamental destacar os seguintes princípios éticos: 1) a garantia do esclarecimento sobre a metodologia no início e durante o processo de coleta de dados, 2) a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento feito por intermédio da formalização do Termo de Consentimento (Anexo 1), 3) a garantia de sigilo e confiabilidade dos dados obtidos nas entrevistas. As fitas cassete contendo as informações ficaram sob os cuidados do orientador do projeto durante a realização da pesquisa para eventuais esclarecimentos, sendo destruídas logo após o seu término.

## **Forma de análise dos resultados**

Os relatos dos trabalhadores nos grupos focais, entrevistas e as anotações das observações em diário de campo foram submetidos ao estabelecimento de categorias e posteriormente esse material empírico foi submetido a análise de conteúdo. Essa análise seguiu as fases propostas por Bardin (1977), que compreendem: 1) Pré-análise: Essa fase inicial do material se fez com uma leitura caracterizada por uma atenção flutuante. Assim a subjetividade do pesquisador e a do pesquisado se integraram a fim de se estabelecer as unidades de registro e unidades de contexto, apontando com trechos significativos ou representativos das categorias, que sintetizaram a essência do fenômeno. 2) Exploração do material, através de várias leituras do material categorizado, descobrindo orientações para a análise propriamente dita, realizada logo a seguir. 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, realizado por meio da busca do sentido latente ou subjacente expresso no manifesto e correlação com tendências e abordagens correntes a respeito do fenômeno estudado.

As categorias que apareceram de forma significativa foram as seguintes:

### **1. DESVALORIZAÇÃO, DESCONSIDERAÇÃO**

- A. DESVANTAGENS NO CONTROLE DE HORAS
- B. TAREFAS IMPEDIDAS OU MÚLTIPLAS
- C. ERROS SEMPRE ATRIBUÍDOS A ELES
- D. EXCLUSÃO DAS FESTAS

### **2. VULNERABILIDADE FRENTE À VIOLÊNCIA DO TERRITÓRIO**

- A. TRÁFICO DE DROGAS
- B. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

### **3. CONTRADIÇÃO VÍNCULO/PRIVACIDADE**

### **4. CONSTRANGIMENTOS NA RELAÇÃO COM A COMUNIDADE**

### **5. DIFICULDADES DE TRABALHO EM EQUIPE**

### **6. FALTA DE TRABALHO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

### **7. RELAÇÃO COM A GESTÃO**

**8. FORMAÇÃO**

**9. MORTE/SUICÍDIO DO USUÁRIO**

**10. SAÍDAS PARA O SOFRIMENTO**

Mas é preciso ter manha  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida...

RESULTADOS

## Capítulo VI

### Resultados

A

pesar do enfoque desta pesquisa ser o trabalho do agente comunitário de saúde, é importante ter-se uma noção dos demais trabalhadores. Apresenta-se a seguir uma caracterização desse trabalho, destacado da pesquisa de mestrado realizada pela mesma autora, na mesma cidade.

**Agentes Comunitários de Saúde:** Sensibilidade no trabalho, confusão com papel de usuário nos grupos, aumento da demanda de trabalho junto à população, desvalorização, alta rotatividade, pressão contínua de corte, perda da liberdade de expressão, medo de ser demitido, dificuldade de acesso aos outros profissionais, proximidade da população nas visitas domiciliares acarretando falta de privacidade.

**Enfermeiro:** Mistura da vida pessoal e trabalho, dificuldade de tomar distância do usuário por se envolver muito no relato, passividade nas ações de saúde na relação enfermeiro-usuário, dependência da equipe na coordenação, dificuldades no papel administrativo.

**Médico:** Sempre em atendimento, pouco tempo para outras atividades (grupos, visitas domiciliares), valorização extrema de si mesmo na solução dos casos mais difíceis, sofrimento por falta de recursos.

**Auxiliar de Enfermagem:** excesso de burocracia na rotina diária de atendimento, confusão com papel de usuário nos grupos, papel nas visitas domiciliares é mais amplo (biopsicossocial) que no atendimento na unidade. Escuta aprofundada na unidade é papel da Enfermeira.

**Residentes:** Oportunidade de crescer profissionalmente, nem sempre é o que ocorre.

**Auxiliar Administrativo:** Impotência frente à explicitação da queixa do usuário.

**Auxiliar de Serviços Gerais:** identificação com os problemas dos usuários.

Para situar o leitor quanto a caracterização dos agentes comunitários de saúde que participaram da pesquisa, segue abaixo um quadro com tempo de trabalho, idade e escolaridade.

**QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

PARTICIPANTES DA PESQUISA	
SEXO	%
Masculino	12,5
Feminino	87,5
IDADE	%
20 a 29 anos	45,8
30 a 39 anos	41,7
40 a 49 anos	4,2
50 a 60 anos	8,3
TEMPO DE CASA	%
Entre 12 e 23 meses	12,5
Entre 24 e 35 meses	4,2
Entre 36 e 47 meses	16,7
Entre 48 e 59 meses	25,0
Entre 60 e 71 meses	12,5
Acima de 72 meses	29,1

No quadro acima, observa-se certa tendência neste estudo, de que aqueles que cuidam da saúde do usuário tem uma idade inferior a 40 anos, sugerindo que os mais velhos não agüentariam o peso do trabalho, mas isso não faz parte desta pesquisa, mas de uma outra. Em relação ao gênero, é evidente a predominância das mulheres com 87,5% sendo do sexo feminino.

Os resultados serão apresentados por meio das categorias, que emergiram da análise de conteúdo realizada. Embora essas categorias estejam ligadas a uma totalidade de significado, foram desmembradas a fim de facilitar a compreensão dos fatos e relatos. Na verdade, cada categoria guarda em si a representação do todo, sofrendo seus reflexos e, ao mesmo tempo, interferindo nele. Exatamente como já foi explicitado anteriormente na metodologia, trata-se de uma análise de processos e não de objetos, reconstruindo-se o percurso a cada etapa. Alguns conteúdos já

colocados em capítulos anteriores foram repetidos na íntegra para facilitar o entendimento da análise das categorias, evitando que o leitor precise retomar a leitura.

As falas dos trabalhadores estão como na transcrição literal das entrevistas, preservando possíveis erros de linguagem e construção de frases. Na apresentação dos depoimentos foram utilizados para identificação dos grupos os números romanos e, para evidenciar o agente comunitário de saúde de cada grupo, optou-se por letras do alfabeto arábico. Os relatos da observação participante foram identificados como Diário de Campo. Abaixo, seguem-se as categorias.

### **1) Desvalorização, desconsideração**

Essa desconsideração se manifestou em várias situações, representadas por subcategorias. A tônica foi não conseguirem realizar o trabalho que lhes foi atribuído, o de ser o elo entre a população e a equipe, acarretando sofrimento para além de qualquer outra dificuldade que poderiam ter citado como calor, frio e cansaço por andarem permanentemente pelas ruas.

#### **a) Desvantagens no controle de horas.**

São impedidas de fazer horas a mais quando as atividades são interessantes, segundo percepção deles, como campanhas ou ações educativas. Não reclamam especificamente das variações climáticas, como frio, calor ou chuva, mas referem-se ao excesso de tempo que permanecem na rua, quando são obrigados a repor horas ficando até 8 ou 9 horas da noite trabalhando na rua.

Abaixo, um relato do que a coordenação lhes fala:

*“A parte de recreação que vocês fazem, quem vai fazer são os residentes... que eles estão precisando pagar hora... Ah, então quando a gente tá devendo hora, tem que ficar na rua até 7 ou 8 horas da noite.” III 2*

*“Precisa excluir alguém da campanha, que precisa ir alguém no lugar, é a gente que é tirado...” III 3*

**b) Tarefas impedidas ou múltiplas**

Ressentem-se do fato de serem substituídos por outros em tarefas que lhes agrada, como participarem em campanhas com a comunidade. Por outro lado, são obrigados a desempenhar múltiplas funções, que lhes atrapalha de fazerem o principal. Também não lhes é dado uniforme, como para os outros profissionais.

*“Entregam a camiseta prá gente, daí dizem: veste agora, quem não vestir agora vai levar advertência! Aí todo mundo vestiu a camiseta rapidinho. Aí daqui a pouco passam de novo e dizem: agora todo mundo tira a camiseta porque não é para os Agentes Comunitários, só para os auxiliares, não veio camiseta suficiente prá Agente Comunitário” III 6*

*“aí nós fomos todas fazer algodão doce aí a gente ‘serviu’ porque a máquina era da Agente Comunitária, emprestada, então ia fazer algodão doce em benefício da unidade,(...) a gente se sente usada” III 5*

*“A participante anterior continua: aí a gente foi convidada a estar participando... mas só dessa vez, porque na campanha de vacinação que teve agora em julho da pólio, no posto os Agentes Comunitários não vão participar da campanha... e nem camiseta a gente tem...” III 6*

Estas afirmações demonstram como se sentem desvalorizadas. A fala revoltada retrata uma sensação de que o trabalho da agente comunitária de saúde precisou se fazer importante por meio de recursos próprios, numa linguagem popular “pagou prá trabalhar”, ao trazer a máquina de algodão doce para o evento na unidade.

Outro fator de desvalorização é o desempenho de tarefas múltiplas, incluindo a coleta de dados para pesquisas de alunos de graduação que fazem estágio na unidade. Colaboram quando são chamados para essas atividades, mas não são atendidos quando precisam discutir os casos dos usuários, designando-se depreciativamente de “marmitonas”, conforme se segue:

*“que precisa fazer uma pesquisa do estudante, lá vai as ‘marmitonas’ sai e vai lá pra rua, deixa tudo certinho, bonitinho para os internos ou para os residentes. E você é importante prá isso, mas na hora que é prá você passar um caso seu ou uma coisa que tá te prejudicando, que você não vê a resolução do seu paciente, não tem” I 3*

Outra situação de múltiplas funções é relatada a seguir:

*“falta um funcionário quem vai ter que ir lá? É o agente comunitário. Faltou um auxiliar administrativo, quem fica na recepção? o agente comunitário” II 2*

Simões (2009) aponta a sobrecarga e estresse da categoria, uma vez que o agente comunitário de saúde deixa de realizar visita, atividade principal dele e passa a atuar como desvio de função, mas é cobrado ao mesmo tempo pela sua produção e orientações em saúde nas visitas. Nas palavras de Ferraz & Aerts (2005) “as agentes comunitárias de saúde acabam sendo ‘tapa-buracos’ da carência de pessoas para realizarem as diversas atividades exigidas pelos serviços.

### **c) Erros sempre atribuídos a eles**

Já expressavam essa questão durante a pesquisa de mestrado da autora desta tese, da seguinte forma:

*“mas uma coisa que me incomodou, que eu fiquei extremamente magoada, que teve pessoas aqui que trabalham, eu não posso citar nomes, mas que cometeu erro grave e não foi mandada embora e uma amiga minha que é agente de saúde, não foi dado chance pra ela”*

O agravante é que com medo do “corte”, calam-se.

*“com isso você resolve não dar opinião. Porque eu já trabalhei em vários lugares e eu sei que sempre a parte mais fraca a corda rebenta. Um ditado popular certíssimo”.*

Nesta pesquisa, a situação é relatada novamente, da seguinte forma:

*“outra coisa que eu queria colocar, eu descobri esses tempos agora. demorou um pouco, mas eu descobri. É o seguinte: eu erro, o agente comunitário erra, então eles (outros profissionais) não tem erro. Tudo é culpa do agente comunitário ... o agente comunitário errou, você tá vendo que foi um erro do auxiliar, foi um erro da enfermeira... mas isso não existe” I 5*

*“na verdade... a gente não tem nada, a gente é isso, a gente é aquilo, a gente não faz nada (fala com certa ironia). É muito bonito falar que a gente tem um papel importante, mas na hora do valorizar, na hora de escutar a gente e na hora de respeitar não respeita, o que eu tinha vontade? Eu deveria ter levantado e falado... (voz exaltada) porque na época eu era mais nova de serviço, eu tinha acabado de entrar então você fica com medo, eu não era desse jeito, do jeito que eu sou, assim (faz cara de brava)...” I 7*

*O que vocês fazem quando se sentem assim?*

*“não tem opção, se está desgostoso vai prá rua...(com voz comovida). I 9*

Parece que com a desvalorização, a agente comunitária de saúde mudou, por causa dos medos e do desgaste enfrentados no trabalho, parece ter adquirido uma mistura de coragem e agressividade, pela frustração e sofrimento vivido. A saída que lhes restaria no limite do desgaste, seria a “rua”, deixar o trabalho. Seligmann-Silva (2011, p. 360) ressalta essa transformação nos trabalhadores, afirmando que a “percepção dolorosa da própria transformação acarreta, não raro,

experiências bastante dolorosas (...) existe um sofrimento particularmente intenso quando se percebem agressivos”

#### **d) Exclusão das festas**

Nas festas internas, a maioria não participa, não são convidados. Dizem que escutam sempre: Agente Comunitário de Saúde tem que estar na rua.

A maioria afirma ficar excluído dos lanches e pequenas comemorações na unidade.

*“vai ter um bolinho na unidade a tarde, ninguém pode convidar os agentes comunitários, porque agente comunitário é na rua...” I 4*

Somente uma pessoa diz que:

*“lá é tranqüilo, todo mundo participa” I 1*

Antes de passar para outra categoria de análise, cabe salientar que além de todas essas situações de desconsideração, a maioria são mulheres, o que lhes imputa mais um desmerecimento, pois como foi apontado anteriormente, “um quadro habitual, que surge em serviços de atendimento médico, é o das ‘crises nervosas’ cujas razões laborais raramente são identificadas. Essas crises são ideologicamente, encaradas como ‘inferioridade nervosa’ própria do sexo feminino”. (Seligmann-Silva, 2011).

## **2) Vulnerabilidade frente à violência do território**

Essa categoria foi dividida em duas sub categorias: Tráfico no bairro e violência doméstica. Antes de entrar nas discussões específicas, cabe algumas considerações gerais sobre a questão da vulnerabilidade frente a violência. Lancetti (2000, p. 39) já apontava o quanto a prática em Saúde da Família, na época, Programa Saúde da Família, era desestabilizadora para alguns trabalhadores, ao descrever o “Projeto Qualis/PSF”, desenvolvido no município de São Paulo. Ressaltou a necessidade de estar atento ao perfil do trabalhador, considerando que estaria exposto à experiência

de natureza psicossocial, freqüentemente acompanhada de conteúdos desestabilizadores e angustiantes. Relata que alguns profissionais não suportavam o trabalho, apesar das capacitações, principalmente por não estarem preparados para trabalharem em “ambiente não protegido”, desde que a Saúde da Família é uma proposta desinstitucionalizadora.

Fortes e Spinetti (2004) também alertam para o fato do agente comunitário de saúde morar no bairro que trabalha, serem portadores de confidências que podem se transformar em ameaças contra as suas próprias vidas. O agravante é que se forem desligados do trabalho, continuarão sendo moradores e vizinhos da população assistida, perpetuando o problema para além do tempo que trabalharem na Saúde da Família.

#### **a) Tráfico de Drogas**

Os traficantes são mencionados contraditoriamente como perigosos e ao mesmo tempo “protetores do bairro”. Os agentes comunitários de saúde falam do perigo a que estão submetidos, porque os traficantes matam quem tentar derrubá-los. Por outro lado, referem-se a ações “justiceiras” dos traficantes, impedindo que haja furto, obrigando as “gangues” entregarem aos donos, aquilo que roubaram.

O perigo se expressa nesse diálogo realizado no grupo focal I, entre vários participantes:

*Como é essa coisa do tráfico lá no seu bairro?*

*Não vemos, não ouvimos... (com certa ironia) I 1*

*Riso geral*

*Como é isso?*

*Lá é escancarado! I 2*

*E porque vocês têm essa atitude: “Não vemos e não ouvimos”?*

*Porque senão eu vou acordar com a boca cheia de formiga. I 5*

*Vocês têm medo?*

*Temos. (respondem juntos)*

*Todos nós temos. Porque na realidade o que acontece. A gente não pode se envolver pelo seguinte: embora eles ... éh..... (silêncio - tem dificuldade prá completar a frase)*

*estão dentro da comunidade... éh.... se você se envolver, você sabe que o primeiro passo que eles te pegarem, você vai ser “apagado”. I 1*

O medo por morar no bairro e deter segredos sobre irregularidades das pessoas do bairro se expressa claramente nesta situação:

*“acho que é o medo que eu tenho também, a gente mora ali e agente sabe muita coisa, só que assim, será que a pessoa só conta pra gente? Às vezes não, às vezes ela conta pra outras pessoas, de repente surge uma conversa quem que contou? Eles acham que é a gente, como que a gente passa na casa de todo mundo (...) dali a pouco você saí e chega a polícia, às vezes ele pode achar que foi a gente que chamou.” II 7*

Além de temerem por si, temem também por seus familiares, a agente comunitária continua seu relato:

*“porque a gente mora lá, porque o médico, o enfermeiro, os outros, eles vão embora, chega cinco horas pegam a bolsa e vão embora, a gente não, a gente mora lá, os nossos filhos estudam lá nas escolas do bairro, eles sabem onde a gente mora.” II 7*

O medo que os agentes comunitários de saúde têm das gangues do tráfico é uma realidade vivida em outros lugares. Conforme relato de Lancetti (2000) um agente comunitário de saúde, de 22 anos de idade foi demitido porque estava sofrendo ameaça dos traficantes do bairro. Enquanto o próprio Lancetti, coordenador do projeto Qualis/PSF tentava contornar a situação, a coordenação regional resolveu demiti-lo, alegando ser a única forma de proteger o trabalhador. O jovem agente comunitário de saúde passou a dormir na casa de parentes, fora da cidade em que atuava para distanciar-se do lugar ameaçador. Depois de quinze dias, retornou para sua casa. “Chamado a porta, saiu para ver quem era e alguém lhe disparou vários tiros à queima roupa. No dia 19 de julho de 2000, foi demitido. Depois de morto, readmitido” (Lancetti, 2000, p. 48).

Essa readmissão foi com data retroativa, para que os familiares do trabalhador recebessem os benefícios previdenciários. Lancetti (2000) continuou o relato, ressaltando que a unidade foi autorizada pela coordenação regional a ficar fechada só no período da manhã, devendo reabrir ao meio-dia. Uma agente comunitária de saúde diz “quando Montoro faleceu pudemos fazer luto, mas hoje, não” (p.49).

Desse triste relato, é possível confirmar o quanto o medo dos agentes comunitários de saúde por deter segredos das gangues do tráfico, é uma ameaça para vida deles, com necessidade de se pensar em estratégias que possam protegê-los.

A pretensa proteção dos traficantes a população aparece simultaneamente:

*“É que eles respeitam também, eles acabam respeitando ... eles cuidam... (falam juntos de novo) I 3*

*Um de cada vez. Eles cuidam do que?*

*Da casa. Se acontecer de acabar roubando alguma coisa eles próprios já resolvem – podem ficar tranqüilo que daqui a pouco ta aí – (traficantes falam). I 8*

*A polícia você faz uma queixa e esquece... eles (traficantes) não, vão atrás de quem pegou e trás de volta. I 3*

*Eles quem?*

*Os traficantes. I 3*

*Vão atrás de quem?*

*De quem roubou as coisas. I 3*

Observa-se que o problema que vem sendo caracterizado como “violência urbana”, está se proliferando, incluindo-se não só as metrópoles como também as cidades interioranas, de médio porte, como a que se realizou a pesquisa. Conforme Lancetti (2000) é um problema social que vulnerabiliza os trabalhadores da Saúde da Família, por sua característica desinstitucionalizadora, em ambientes “não protegidos”, principalmente os agentes comunitários de saúde, por morarem no território. Para aprofundar o assunto, seria indicado que outras pesquisas se dedicassem a questão da violência urbana, um tema que faz interface com este estudo, mas dado sua complexidade, não foi totalmente explorado.

**b) Violência doméstica**

Essas famílias também oferecem riscos para o agente comunitário de saúde, pois ele defende elementos fragilizados da família dos maus tratos dos próprios membros, é o que se caracterizou por violência doméstica. Apresentam casos de idosos nessa situação:

*“Ela tem dois filhos, eles bebem, bebem muito. E eles brigam, eu perco as contas de quantas vezes eu vou naquela casa, só que acabam preocupando a minha mente. No final de semana eu me pego pensando se eles vão brigar, se eles vão acabar agredindo ela, aquilo fica na minha cabeça, por mais que eu me esforce”. I 2*

**3) Contradição vínculo/privacidade.**

Essa contradição se refere à dedicação e envolvimento no trabalho representado por um forte vínculo estabelecido com a população, contraposto a um sofrimento tanto pela privacidade quanto pela liberdade comprometidas. A falta de resolubilidade, apesar da dedicação e vínculo também acarreta sofrimento. Nas poucas vezes que relataram situações bem desenvolvidas, sentiram prazer pelo bom trabalho realizado. Abaixo, um relato de momentos ruins e bons no trabalho:

*“Porque tem muitas coisas... tem coisa ruim que acontece, mas tem coisa que se você não falar, não conversar com a enfermeira não vai resolver, e quando você fala resolve tudo, vai te aliviar, eu acho que é isso que motiva entendeu? Chegou uma moça que veio aqui e falou: ‘me ajuda, eu estou com depressão...’, moça bonita, linda, ‘se você não me ajudar eu vou me matar’. Eu fui lá, ajudei ela, conversei com a psicóloga, marquei, conversei com a enfermeira, agora ela está melhor, e eu olho pra ela e penso assim: ‘será que se eu não tivesse ajudado essa menina ela estava aqui?’ Então a gente tem que ver isso também, tem as coisas ruins, mas tem coisas boas também. II 6*

Ficou claro no depoimento que a discussão do caso com outros profissionais e o atendimento feito em conjunto com a enfermeira e psicóloga possibilitaram um resultado satisfatório tanto para o

usuário quanto para trabalhadora, que mencionou intenção de suicídio, problema que vem aumentando na cidade. Poder acompanhar o processo de promoção da saúde de forma integrada, levou a agente comunitária de saúde a um estado de bem estar e satisfação.

Outra situação de prazer no trabalho foi observada em reunião de natureza educativa:

*“Numa atividade de natureza educativa, desenvolvida pelo residente em odontologia da Residência Interdisciplinar em Saúde da Família propõe-se uma conversa sobre o diagnóstico precoce do câncer bucal e higiene bucal do bebe no período da amamentação. Esta é uma proposta que visa orientar os agentes comunitários de saúde para que se tornem multiplicadores das informações. Surgem várias idéias, como retomar o grupo de gestantes, interrompido na unidade. No decorrer dessa atividade uma agente comunitária de saúde se recorda de um atendimento no qual incentivou a usuária a manter somente a amamentação natural e foi bem sucedida, revelando um prazer pela resolubilidade proporcionada. Entretanto, diz que faz esse trabalho sozinha, sente falta de alguém da equipe junto com ela. Sente-se bem por poder socializar essa experiência pela primeira vez entre os colegas” (Diário de campo)*

Esta atividade foi bem avaliada pelos agentes comunitários de saúde, mas não se manteve, segundo o residente, por falta de apoio da gestão. Nota-se que o agente comunitário de saúde aproveita essa oportunidade tanto para dar idéias sobre novas formas de organizar o trabalho, por meio do grupo de gestante, como para socializar suas conquistas e dificuldades no trabalho.

É exatamente essa a proposta da EPS, com ganhos para saúde do trabalhador, que pode se caracterizar como “eventos voltados a melhorar a comunicação, o trabalho conjunto e a descoberta de talentos” (BRASIL, 2004a, p.2). O desenvolvimento da EPS especificamente para a rede básica é uma prioridade, expressa com as seguintes palavras: “desta forma, a requalificação e a expansão da atenção básica, mercê da adequada preparação e contínua qualificação das equipes e da desprecarização das relações do trabalho, serão elementos centrais de uma atenção inclusiva...” (BRASIL, 2004a, p.2). Estas situações empíricas confirmam o que se refletiu nos capítulos

anteriores, quando sugeriu que a EPS pode constituir-se num dispositivo de proteção para a saúde do trabalhador.

O estudo de Teixeira, Mishima & Pereira (2000, p.199) também ressalta a percepção que o agente comunitário de saúde tem de si mesmo, como alguém que pode “ensinar as pessoas a ter saúde e a cuidar da sua saúde, possibilitando a se cuidar para não ficar doente”. Quando isso ocorre, há prazer e realização no trabalho. A fala da trabalhadora indicou que atuou com o aspecto saudável da usuária, incentivando-a na amamentação. Parece que foi um bom resultado do vínculo desenvolvido com a usuária, permitindo que a trabalhadora se reconhecesse no seu trabalho. Nas palavras de Campos (2002) o trabalhador reconhece a sua “obra”, sentindo-se estimulado para a continuidade do trabalho. Apesar de nem sempre isso ocorrer, o momento que aconteceu, serviu como amostra de que isso é possível. A trabalhadora conseguiu vivenciar o trabalho de forma satisfatória, com prazer.

A impossibilidade de atuar deste modo tem gerado sofrimento e aumentado o sentimento de desvalorização. Entretanto, a própria trabalhadora apontou as limitações de sua ação, “estar sozinha”, sentiu falta de outras pessoas da equipe para partilhar o trabalho e até mesmo sua conquista, neste momento oportunizado, mas pela primeira vez, talvez a única.

Em outros depoimentos, aparece a contradição e o sofrimento:

*“Eu gosto da profissão, eu gosto de poder ajudar, mas eu sofro muito pelo o que as pessoas desabafam, por você não poder ajudar, entendeu? Eu sou o tipo de pessoa que não coloca pra fora, guarda tudo. Tem pessoa... que... (chora) I 10*

*“porque daí você não se sente motivada a tá fazendo, você faz porque você gosta do seu paciente, você tem respeito pelo ser humano, mas você tá vendo que ele tá precisando até de uma ajuda. Porque a gente é tudo, a gente é psicóloga, a gente é amigo, a gente é confidente, a gente é tudo um pouquinho...” I 1*

Isso também se apresenta quando relatam uma visita, na qual se identificaram com o usuário:

*“Então eu cheguei lá e ele não tinha o que comer, então o que eu pude ajudar eu ajudei, só que eu cheguei em casa eu não consegui almoçar. Tem casa que você entre e você chora para o lado de fora porque a situação é muito triste”.* I 5

Muitas vezes, a categoria de agente comunitário de saúde se vê como tão pobre e desmerecida quanto a população pobre e desvalida que atende, conforme relata Onocko (2005) ao falar da relação entre os trabalhadores com os usuários do SUS que vivem em bolsões de miséria. Outra pesquisa, da mesma autora deste trabalho, apontou que os trabalhadores sofriam também com isso e explicitavam: *“já teve muitas coisas, eu sempre me coloco no lugar do outro. Não sei por que eu tenho essa mania? Sempre que tem uma questão de sofrimento, eu sofro junto. Não sei separar [...] É o fato de estar todos os dias no mesmo lugar, com as mesmas pessoas, e ter esse vínculo”*(RIBEIRO, 2006).

O vínculo é algo necessário para o trabalho, mas parece que esse vínculo é extrapolado. A identificação com o usuário vai além da relação de cuidado profissional, sentem-se como se os usuários fossem de suas famílias, neste caso abaixo, como se a usuária fosse mãe da agente comunitária de saúde.

*“logo no começo, eu tive uma senhorinha diabética, morava sozinha. Só que os filhos (eram) tudo bem de vida e aí eu até me emocionei com ela, dentro da casa, porque ela falou que só tinha um pouquinho de arroz e um pouquinho de feijão prá comer. Nem carne tinha na casa dela, ela tinha feito um empréstimo pro neto e o neto não tinha pago e esse empréstimo era descontado no INSS dela. E até hoje... quando tava atendendo ela, ela se emocionou e eu imaginei como se fosse a minha mãe passando por essa situação e eu, sendo filha, não poder ajudar.”* I 3

Parece que há um vínculo confuso, que compromete a identidade do agente comunitário de saúde, a compreensão que o trabalhador tem de si e dos outros sobre si mesmo está confusa. A categoria de estudo da Psicologia Social, denominada identidade pode subsidiar o entendimento da questão. Para Ciampa (1984), o processo de hominização está vinculado as

diferentes ordens sociais e modos de produção que permeiam as relações, resultante de uma historicidade e de uma contínua transformação dialética. Em suas palavras “são distintos momentos cuja unidade constitui o concreto, uma unidade múltipla, (...) e também contraditória...” (p. 71). Observa-se que o agente comunitário de saúde não consegue conjugar essas contradições, fica perdido nesse processo de identidade, não consegue enxergar-se na sua totalidade, frente às contradições inerentes a um processo entrelaçado entre o trabalho e sua constituição como ser humano.

Por estar perdido nesse processo de identificação de si e do outro, se torna vulnerável a situações de dor, que se apresentam no seu cotidiano. O vínculo exacerbado, o envolvimento, o apego se traduzem em choro por não suportar a dor do usuário, por gostar muito do paciente ou o paciente demonstrar muito carinho por eles.

*“Então eu cheguei lá e ele não tinha o que comer, então o que eu pude ajudar eu ajudei, só que eu cheguei em casa eu não consegui almoçar. Tem casa que você entre e você chora para o lado de fora porque a situação é muito triste” I 5*

*“Eu fiquei tão preocupada. Fiquei tão preocupada com ela, e acabei esquecendo de tudo... eu engoli o choro e falei: ‘agora eu vou resolver o problema dela’, eu estava indo pra casa, ‘eu vou conseguir o leite’, eu fui correndo, consegui.” II 2*

Neste outro depoimento o trabalho contínuo, sem descanso é relatado claramente:

*“na verdade a gente costuma falar que a gente trabalha sete horas, é sete horas não, é sete dias por semana, é de domingo a domingo, se eu quiser descansar eu tenho que sair da minha casa” II 3*

Às vezes o vínculo é tão exacerbado que são eles mesmos que procuram os usuários para atendê-los fora do horário de trabalho e não o contrário.

Essa fala exemplifica a questão:

*“A filha tem 60 anos e a mãe não consegue nem andar e olha ela. Eu já cheguei a ir lá no final de semana, eu sei que é fora do limite mas às vezes eu não consigo, porque é na rua da minha casa.” I 10*

Outra agente comunitária de saúde conta que levantou a noite, para anotar coisas que lembrou a respeito do paciente, para não esquecer de atendê-lo no dia seguinte:

*“Direto, você ta dormindo no final de semana, acorda e pensa: ‘meu Deus, amanhã tem que resolver, nossa, é verdade!, o paciente falou aquilo’, tem a receita, é consulta.*

*E você sonhou ou você lembrou?*

*Não, lembrei mesmo, lembrei, lembrei, anotei pra não esquecer*

*E você volta a dormir depois que você anotou?*

*Eu volto, mas demoro um pouco, fico pensando se tem mais alguma coisa que alguém me pediu, você fica com aquela sensação de que sempre tá faltando alguma coisa, que você não vai lembrar” II 6*

Este outro depoimento também revela a dor da agente comunitária de saúde ao se deparar com a impotência:

*“Teve uma (usuária) que teve AVC e não falava, teve uma ferida na costa dela, e a gente virava e era uma coisa horrível, bolha, ferida... os filhos trabalhavam e não tinha ninguém prá cuidar dela... tinha uma menina que ficava lá e falava: ‘vira Dona M.,’ falava gritando com ela. E no último dia que eu tive lá, antes de sair de férias, foi bem marcante, porque na hora que eu tava saindo, ela segurou na minha mão, porque ela não podia falar nada, mas o olho dela encheu de água, como se tivesse me falando, me ajuda de alguma forma. E a única coisa que eu pude fazer foi pedir prá Deus tirar ela do sofrimento. III 2*

Outra participante diz:

*“é o que a gente faz, pedir prá outra pessoa morrer... (com voz embargada) III 1*

Segundo Glina et al. (2001) esse não-desligamento do trabalho é uma contaminação involuntária do tempo de lazer ou de descanso, afetando desfavoravelmente a saúde do trabalhador, corroborando no desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas. Pitta (2003) estuda a categoria dos trabalhadores de saúde, desenvolvendo a idéia que é uma atividade que tem a dor e a morte como ofício. Considera que a natureza do trabalho é tão exaustiva que quando chegam em casa, não têm disposição para sair, estudar ou se divertir, só querem descansar.

O problema do agente comunitário de saúde se agrava, em relação aos demais profissionais de saúde, pois está continuamente no território. Em outra categoria já expressam essa diferença entre eles e os outros trabalhadores da equipe, mas vale repeti-la:

*“porque a gente mora lá, porque o médico, o enfermeiro, os outros, eles vão embora, chega cinco horas pegam a bolsa e vão embora” II7*

Outra situação mostra esse vínculo, potencializado pela proximidade entre a residência da agente comunitária de saúde e o usuário, seguido de um desdobramento frustrante para trabalhadora, por não encontrar o respaldo que esperava da equipe.

*“A casa da usuária é numa rua próxima da casa da agente comunitária de saúde, que entra na visita dizendo: ‘o C. (marido da usuária) esteve em casa ontem e pediu prá eu vir aqui, o que está acontecendo?’ O atendimento se desenvolveu com uma queixa de dor nas varizes, com um agravamento do quadro nos últimos dias. Como a usuária tem dificuldade de locomoção a agente comunitária de saúde diz que marcaria um retorno na casa, acompanhada pela médica ou enfermeira. Logo em seguida foi para unidade e conversou com a médica, que por sua vez não confirmou sua ida na visita, alegando que ‘pouco podia se fazer nesses casos.’ Entregou uma*

*receita que deveria ser levada para usuária. No percurso da unidade até a casa da usuária, a agente comunitária de saúde disse que ser agente comunitária de saúde era lindo, mas não era valorizada. Pretende fazer outro concurso para Auxiliar de Consultório Dentário” (Diário de Campo).*

Observou-se uma desmotivação da trabalhadora pela forma com que a sua solicitação de parceria no trabalho foi negada pela equipe, ouvindo que “pouco se podia fazer” em casos como o que ela apresentou. Parece que os atos parcelares e fragmentados estão claramente colocados nesta situação, pois a agente comunitária de saúde vê a situação da usuária no seu domicílio e a médica do seu consultório, na unidade, não havendo uma troca sobre esses pontos de vistas, nem mesmo uma possibilidade de discussão, apenas uma decisão fragmentada, onde prevalece a visão de quem está dentro da unidade, desvalorizando o olhar da agente comunitária de saúde. Conforme colocado na explanação teórica, “não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável” (CAMPOS, 2002, p.235). Observou-se que um forte vínculo com a usuária, potencializado pela proximidade com a casa da agente comunitária de saúde, levaram-na a um esforço para resolver o problema, mas sem sucesso por falta de apoio. Isso levou a uma desmotivação no trabalho. Provavelmente a mesma coisa estivesse acontecendo com a médica, também inserida num processo de trabalho que cobra produção e correria. Silva, Fabbro e Heloani (2009, p. 7) analisam a relação da enfermagem com os médicos, mas que se aplica neste caso entre a agente comunitária de saúde e a médica.

verifica-se, por vezes, certo imobilismo de alguns (...) frente às demandas constantes e agitadas da equipe médica nesta situação. Tal imobilismo tende a ser visto como incompetência técnica e/ou inadaptação pessoal à profissão, mobilizando agressões verbais e conflitos interprofissionais, de modo a intensificar a tensão da situação...

Na verdade, poder-se-ia dizer que estes procedimentos são estratégias defensivas estereotipadas, respostas às formas rígidas de gestão e organização do trabalho, e processos de

sofrimento psíquico e de adoecimento. Todos se desgastam e tornam-se alvos de desequilíbrios psicossomáticos.

A agente comunitária de saúde ficou desapontada com a médica, desanimando-se, mas numa visão mais ampla do desgaste da equipe, compreende-se como todos estão inseridos numa lógica individualizante, pouco participativa, o que se intensifica neste município, que vivencia um processo de gestão que a cada vez mais cobra produção em detrimento de espaços de reflexão sobre o processo de trabalho. Essa situação é observada num momento em que os trabalhadores relatam sobre a

*“suspensão da reunião de equipe, com a alegação de que com a gripe H1N1 não haveria tempo prá tal”* Diário de Campo

Estes relatos contundentes sobre seu envolvimento extra horário com o trabalho, remetem às reflexões teóricas feitas anteriormente, sobre o comprometimento do cuidado de si e do comprometimento da liberdade no sentido foucaultiano (FOUCAULT, 1984). Essa abordagem explica que os gregos usavam uma técnica para se constituírem sujeitos de si. Usavam a arte, como se a vida fosse uma obra de arte, baseada em exercícios artísticos, numa ação artística sobre si mesmo e sobre o outro. Na verdade é o que se denomina “Ilustração”, que pode ser compreendido como um “ensaio” que se faz da própria vida, para experimentar novas possibilidades.

Nesse sentido, o “ilustrar-se” permite o cuidar de si para resistir aos limites que são impostos, que são desnecessários, reflexivamente. As pessoas são concebidas como “posições” diversas na vida, ocupando diversas posições em diversos momentos; não são essência nem particularidade única, mas múltiplas personalidades, múltiplas subjetividades. Tantas quantas forem possibilitadas pelas relações (FOUCAULT, 1984).

Podemos depreender dessas idéias que cabe ao trabalhador cuidar de si, acompanhar as constantes mudanças no universo laboral para que possa concomitantemente acompanhar a si mesmo, ser um atento interlocutor do mundo do trabalho em relação a si próprio, explorando todas as possibilidades e “posições possíveis” nesse contexto de trabalho.

Entretanto, na situação de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, parece que esse processo de experimentar várias posições por meio do exercício da liberdade não estava sendo possíveis, com o agravante de ter um aumento da jornada de trabalho, proporcionada muitas vezes pela proximidade entre o local que trabalha e mora, exigência de legislação própria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Há uma certa invasão do trabalho na vida pessoal por morarem no território (bairro), aproximam-se muito dos usuários por morarem próximo, estão o tempo todo trabalhando, quando estão no Super Mercado, na escola com os filhos, ou em qualquer outra situação.

*“Aconteceu comigo, uma vez eu tava no Super Mercado e o paciente vem perguntar prá você, chegou meu exame, isso e aquilo. Você não pode virar e falar prá ele: hoje eu não sou agente, hoje eu tou aqui... (risos) como uma pessoa comum. Acaba você se envolvendo no final de semana, no feriado.” III 2*

De certa forma, as pessoas que cercam o agente comunitário de saúde, se sentem “autorizadas” a fazerem um controle diário da vida privada dele. Uma participante conta a seguinte situação:

*“Eu fiquei 15 dias de atestado, mas eu precisava sair... E falavam: Você não tá trabalhando, mas o que está acontecendo? Por quê? Sua vida é controlada. Totalmente vigiada. (outros participantes continuam contando o que as pessoas lhes falam): Você não foi fazer visita hoje? Você foi fazer visita mais cedo hoje? Querem saber de tudo. Quem chegou e quem saiu da sua casa.” II 3*

Pode-se verificar um controle exacerbado da população sobre o agente comunitário de saúde, tem sua privacidade comprometida por uma posição assumida no trabalho, de vínculo exacerbado, que o adoce. Esse comprometimento da liberdade emperra a constituição da subjetivação e como conseguinte, o cuidado de si. (FOUCAULT, 1996).

Segundo Wai (2007) esse desconforto, por ser constantemente requisitado pela população é agravado pelas expectativas que os outros profissionais cultivam sobre a realização de seu trabalho, esperando que tenham total disponibilidade para o cumprimento das visitas domiciliares, não importando para isso o trabalho aos fins de semana ou a noite, destoantes dos horários legais.

Essa cobrança de estar disponível o tempo todo aparece, conforme já explicitado logo na primeira categoria, pois às vezes trabalham até a noite:

*Ah, então quando a gente tá devendo hora, tem que ficar na rua até 7 ou 8 horas da noite III 2*

Essa situação de controle por parte da população foi elucidada nas observações participantes quando um trabalhador da recepção comenta sobre o serviço do agente comunitário de saúde:

*“acho que o serviço do agente comunitário de saúde é maravilhoso, mas não é valorizado pela população, que acha que estão passeando pela rua”. (Diário de Campo)*

#### **4) Constrangimentos na relação com a comunidade**

Se por um lado, na maioria dos casos, há um vínculo exacerbado com o usuário, há também um constrangimento em três situações distintas: a) atenderem usuários que não aderem ao tratamento, b) terem que “defender o posto” em situações de desprestígio dos serviços pela comunidade e c) desmarcarem atendimentos agendados. Há cobrança da equipe ou dos próprios Agentes Comunitários de Saúde para que os usuários permaneçam no tratamento, principalmente o medicamentoso. Sentem-se incapazes quando não conseguem cumprir essa tarefa.

Observam-se estas situações nos relatos abaixo:

*“um agente comunitário de saúde conversa com o colega e diz que a equipe urbana da unidade atendeu muito eventual e poucos casos agendados, por falta de médico na equipe rural, pensa que a equipe urbana está sendo prejudicada porque estão*

*desmarcando usuários da equipe urbana para que ela atenda usuários da equipe rural. Diz que, eles agentes comunitários de saúde, ficam numa situação constrangedora frente ao usuário, pois como são o elo entre a equipe e a população, é eles que levam o recado que a consulta foi desmarcada”. (Diário de Campo)*

Outras situações de constrangimento se explicitam a seguir:

*“É obrigação da gente fazer a mãe ir lá, o hipertenso tomar remédio... mesmo que ele não queira, o diabético tomar insulina, mesmo que ele não queira. Eles (equipe) colocam tudo em cima da gente, só falta pegar e levar lá.” I 9*

*“então é complicado, ficamos numa situação chata... porque a gente tem que defender o paciente lá dentro, mas lá fora a gente defende o posto. Porque os pacientes também acabam reclamando. A gente fica num fogo cruzado porque é tiroteio prá tudo quanto é lado, e a gente fica ali” III 3*

Outra situação é explicitada:

*É assim, a pessoa vai e entra no ônibus e conversa normal, conversa sobre outra coisa e tal, a partir do momento em que você entra no ônibus e sentou, ah, aí (a conversa é sobre o) posto, (as pessoas dizem:) ‘você viu aquele posto, ta uma porcaria, sem médico, ah, eu vou mudar de posto, eu não quero mais, E aqueles funcionários? E aqueles funcionários, tudo mal educado’, ou seja, parece que agente é um lembrete, entrou (no ônibus), ah, hoje, vamos falar mal do posto” II 6*

Segundo Gonçalves (2008, p. 97)

A relação dos usuários com a unidade de saúde mostrou-se desconfortável para o agente comunitário de saúde. As dificuldades vividas pelos usuários são repassadas durante as visitas domiciliares e os agentes comunitários de saúde, por estarem na “linha de frente do atendimento” fora da UBS, acabam sentindo-se mais expostos e algumas vezes culpados nessas situações conflituosas.

### **5) Dificuldades de trabalho em equipe.**

A dificuldade é tanto na equipe interna de cada unidade, quanto na rede de atenção à saúde do município, envolvendo média e alta complexidade, mas para facilitar a exposição dos fatos, esta categoria tratará da equipe e outra, logo a seguir, da rede. A falta de sentido no trabalho para toda a equipe é notada quando num dia de observação participante uma trabalhadora da recepção diz que:

*“não entende porque os prontuários são arquivados por família, dificultando seu trabalho de encontrá-los”* (Diário de Campo).

Por outro lado, outro trabalhador da recepção diz que:

*“entende a proposta, pois a abordagem familiar é facilitada no atendimento”* (Diário de Campo).

Parece que a compreensão do processo de trabalho depende de como cada um consegue abstrair e analisar por si só as situações cotidianas, não havendo nenhum momento em que essas questões sejam coletivamente elucidadas.

Com a fragmentação do trabalho na equipe interna da Saúde da Família, o sofrimento dos agentes comunitários de saúde aumenta, pois não conseguem fazer a ponte entre a população e a equipe da própria unidade que trabalham, parece que os usuários são só deles e não de toda a equipe.

Os usuários são considerados como casos dos agentes comunitários de saúde, pois é assim que a equipe menciona-os em reuniões ou para solicitar alguma informação sobre a pessoa atendida.

Dizem que:

*“na maioria das vezes o paciente é do Agente Comunitário, ele não é da unidade. Pra gente é muito importante que você tenha solução prá hoje. Para os demais, não. É só mais um caso”. III 2*

*“até mesmo em reunião de equipe quando a gente cita determinado caso, determinado acontecimento e você vê na expressão das pessoas ou nos comentários que se faz que tem importância prá você, prá você é prá hoje, e para os demais, não, pode esperar...” III 1*

Segundo estudo realizado na mesma cidade em que esta pesquisa se realizou,

o agente comunitário de saúde não tem sido visto com a devida importância na equipe e os difíceis casos encontrados nas visitas domiciliares não são abordados com o valor que precisariam ter, culminando assim na falta de resolutividade do serviço e no baixo suporte para o agente comunitário de saúde” (Gonçalves, 2009, p. 98).

Os agentes comunitários de saúde relatam que o cuidado que eles têm com o usuário não se repete por parte dos outros da equipe:

*“quando paciente chega na unidade, você vê auxiliar (auxiliar de enfermagem) tratando aquele velhinho que você trata tão bem, tratado em outro tom (frisa a palavra tom e faz cara de negatividade). É que o paciente tem dificuldade de assinar, assinou na linha errada. Aí o paciente fala: ‘esqueci o óculos’. você dá uma brincadeira prá ele esquecer um pouco daquilo, dá prá entender que foi uma chateação, dá dó porque você conhece o paciente, sabe que ele tem uma dificuldade de assinar. e na hora a pessoa (auxiliar de enfermagem) já vai assim, com uma arrogância prá cima do paciente.” III 3*

Diante desse relato, a pesquisadora pergunta: Você consegue dizer isso prá ela (para auxiliar de enfermagem)? A agente comunitária de saúde responde:

*“consigo, daí eles falam que já está estressada, o salário é pouco, esses negócios...”*

III 3

Essas situações de conflito entre agente comunitário de saúde e auxiliares de enfermagem demonstram que todos estão sobrecarregados, utilizam os mecanismos que conseguem para sobreviver ao desgaste e sofrimento.

Segundo Silva, Fabbro e Heloani (2009, p. 7)

medos coletivos e individuais, incitados por situações reais acopladas à dimensão do imaginário, geram ansiedade; produzem-se estratégias defensivas ansiogênicas que retroalimentam tensões e receios que se inscrevem nos indivíduos, grupos e clima organizacional. Conclui-se que a estratégia defensiva, efêmera e contraproducente, não se sustenta e adquire uma natureza patogênica. O conflito psíquico converte-se em conflitos interpessoais, que se tornam explícitos nas relações de trabalho.

Para além de todo esse desgaste, o usuário foi prejudicado. Esse fato, acima, demonstrou claramente o que Seligmann-Silva (2011) apontou sobre o que ela denomina de multiplicação social dos danos para a vida cotidiana. Nesse caso a usuária foi prejudicada, pela desestabilização da trabalhadora, que já não agüentando mais o trabalho, o faz de maneira inadequada, justificando-se por meio do “estresse e pouco salário”, sem nenhum rodeio.

O descontentamento e a falta de sentido no trabalho por causa da fragmentação fica explícita em outros componentes da equipe num relato elucidativo feito por um trabalhador da recepção, ao discorrer sobre o seu trabalho. Afirma

*“que gosta da atividade em saúde, mas que não é possível identificar os problemas e os resultados no tratamento dos usuários que chegam continuamente no posto. Já em outra atividade que fazia antes, acabador de marcenaria, conseguia ver o produto acabado, o que era bom, mas saiu porque não recebia o salário direito”.* (Diário de Campo)

Nota-se um prazer do trabalhador em ver o produto acabado, sugerindo que no trabalho de produção de saúde isso também deveria ocorrer, mas não acontece.

O desgaste é mencionado também por falta de horário reservado para discutirem os casos, bem como falta de resolubilidade. Referem-se a inexistência ou ausência parcial de reuniões de equipe. Afirmam que quando essas reuniões acontecem, não há espaço para eles. Às vezes os residentes de medicina ou enfermagem ajudam, conversam, mas não é algo que se possa contar constantemente, nem tem a resolubilidade necessária, pois eles não são da equipe e não podem decidir sobre determinadas questões.

*“Não tem reunião da equipe toda. A gente só tinha reunião de segunda feira a tarde, os agentes comunitários de saúde e a enfermeira. Nós vamos prá reunião prá nada... a gente vai prá reunião pra ficar quietinha. fica um olhando um prá cara do outro...”*

III 2

Parece que há uma tentativa de integração entre os trabalhadores, mas não se consegue um resultado satisfatório. Essa dificuldade de participação dos trabalhadores foi identificada por Vieira & Cordeiro (2005, p.9) em uma equipe de Saúde da Família, os trabalhadores “relataram não se sentirem à vontade para expor suas opiniões, pois temem ser criticados ou criar conflitos; sendo assim, acabam se omitindo e ocultando os problemas que percebem”.

O agente comunitário de saúde justifica sua omissão pela falta de espaço para dar opiniões, caracterizando-se mais uma vez um sentimento de desvalorização.

Quanto ao espaço físico, relatam que não se importam em ceder o espaço da unidade utilizado por eles, mas que isso se tornou constante, atrapalhando a rotina deles, e pior, acabam

ouvindo que o trabalho deles “é na rua mesmo”. Ao passo que deveria ser tanto na rua quanto na unidade, pois como fazer um elo entre a população e a equipe, se só ficarem na rua?

A seguir um relato dessa questão:

*“ai fica todos na salinha escrevendo porque não tem onde ir, eles falam: ‘nosso trabalho é na rua’, ‘realmente o nosso trabalho é na rua só que a gente precisa de um espaço dentro da unidade’ III 1*

Num dia de observação participante constatou-se exatamente o que relataram no grupo focal:

*“Às 8h30 iniciou-se as atividades de observação. A sala maior da unidade, (por volta de 20m<sup>2</sup>) reconhecidamente do agente comunitário de saúde estava sendo utilizada por alunos da Faculdade de Medicina da cidade, restando uma sala bem menor (por volta de 6m<sup>2</sup>) para doze agentes comunitários de saúde, que se revezavam no uso dela, fazendo diversas atividades: conversas informais sobre rotina da unidade, leitura de prontuários para preparar-se para visita domiciliar, logo a seguir, notícias de jornal, trocas sobre catálogos de cosméticos”. (Diário de Campo)*

Confirmando essa situação, o material intitulado “Manual de Treinamento Introdutório do Programa Saúde da Família” elaborado por técnicos da SES/SP (TURAZZI, BATISTA, FEITOSA e LORENZO, 2005, p. 182) ressalta exatamente que “o principal papel do agente comunitário de saúde é realizado na ‘rua’, ou seja, nas suas visitas domiciliares e nos grupos educativos.” Logo a seguir complementa que o “agente comunitário de saúde deve ter oito períodos de visitas domiciliares e dois períodos para alternar entre grupos educativos/reuniões de equipe e educação continuada”.

Cabe analisar se esses dois períodos são suficientes para essas atividades e se é possível estabelecer de maneira rígida essa conformação de horários, dado a diversidade de demandas que existem na população e que geram múltiplas formas de organização dos serviços, inclusive de divisão do tempo dos trabalhadores. Parece que a lógica neoliberal que evoca a produção em série,

no caso as visitas é preponderante, com poucas possibilidades de formação e diálogo sobre o que se faz nas visitas.

A falta de discussão dos casos atendidos fica claramente explícita pelos Agentes Comunitários de Saúde, pois relatam que ficam nas portas dos consultórios aguardando um momento para falarem com os médicos ou enfermeiras, submetem-se a situações constrangedoras para conseguirem um tempo de discussão dos casos que atenderam.

*“O desgaste, dentro da unidade, prá gente é muitas vezes pegar o caso na rua, trazer prá dentro da unidade e não conseguir resolver, é meio frustrante” I 4*

*“ficamos na porta do consultório, na hora que tiver um pouquinho liberado... abriu a porta e você aí (fala): tem um minutinho? Porque na verdade na nossa equipe, na nossa reunião nós não temos muito passagem de caso, muito livre acesso com eles... é mais no corredor, ficando na porta esperando.” I 5*

Outro agravante decorrente dessa idéia que o lugar do agente comunitário de saúde é na “rua” é o fato dos agentes comunitários de saúde vez por outra anotarem dados da visita domiciliar na rua. Acabam fazendo isso por causa da cobrança de ficarem permanentemente na rua ou pela falta de espaço na unidade para eles. Uma situação de escrever na rua é relatada a seguir:

*“ficamos no meio fio, da rua, da calçada, escrevendo; daí ficamos sentada lá escrevendo. Então, você vai dar mais atenção ao que ele (o usuário) estava falando. Precisa ficar anotando, quando a gente sai na rua, vai pegar um lugar, encontrar um lugar. Pra não perder o que o paciente está falando ...” III 3*

Contraditoriamente, há uma cobrança de produção, assunto discutido com mais detalhe logo a seguir. Querem que atendam muitos casos, mesmo sem discuti-los ou resolvê-los, com tempo determinado para cada visita domiciliar, de meia hora no máximo, o que se explicita abaixo:

*“É porque não é só prá ela, porque os idosos hipertensos e diabéticos, é difícil ficar só meia hora, porque eles se abrem mesmo e aí eles desabafam tudo, porque a maioria mora sozinha” I 3*

Continuando a discussão sobre a cobrança de produção, apresenta-se o depoimento:

*Às vezes me passa pela cabeça, é um ano que eu tô trabalhando se torna uma coisa meio que mecânica, porque chega final de mês... é aquela coisa... nem é bem final de mês... no começo do mês já... todo o dia aquela cobrança de tá passando produção, tá fazendo quantas visita por dia? e aí você chega com um caso, você fala o caso ... e às vezes a pessoa escuta por aqui (aponta o ouvido direito) e solta por ali (aponta o ouvido esquerdo).” II 4*

Parece que essa correria para se ter produção se mostra atrelada ao repasse de verba para a unidade, pois esse repasse só ocorrerá se alguns procedimentos como visitas a determinados usuários com certas patologias forem registradas e documentadas em formulários de diversos tipos (Anexo 3) com a assinatura do usuário. Essa situação foi observada no acompanhamento às visitas domiciliares:

*“Em toda casa, o usuário assina o relatório de Visita Domiciliar. Prioriza-se a visita domiciliar para usuários hipertensos, gestantes e diabéticos. Ao ser interrogada sobre motivo dessa priorização, responde que é porque precisa ir na casa dos ‘pacientes programáticos’ e depois alimentar o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) para que a verba seja repassada para a unidade. Durante a caminhada, a agente comunitária de saúde conta que se incomoda com essa obrigatoriedade em visitar os pacientes programáticos em detrimento de outros, hoje só ficaram faltando dois desses casos, pois tem que ‘fechar’ as visitas até dia 30 de cada mês” (Diário de Campo)*

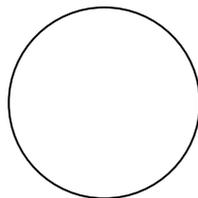
*“o negócio é a quantidade, é número, não é qualidade, é número, se você fez ótimo, se você não fez porque você não deu conta? Ninguém presta, chegam (coordenação) na secretaria, fala tal funcionária não cumpriu a meta este mês”*

Nota-se nestas situações uma contradição entre o que a portaria 648/2006 (BRASIL, 2006a) recomenda, a necessidade da Saúde da Família promover “ações coletivas”, conforme a necessidade da população e as determinações rígidas que atrelam o recebimento de verba a determinados problemas específicos de saúde, em detrimento de outros. Os instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelos agentes comunitários de saúde e que fazem parte do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) acabam por trazer uma rigidez ao processo de trabalho, pois essas fichas não detalham a natureza e o tempo de trabalho realizado, isso não importa. A ênfase do SIAB é a produção, calculada por meio das fichas que permitem a avaliação da produtividade baseada em ações individuais, é uma avaliação de indicadores de saúde (BORNSTEIN & STOTZ, 2008). Segundo Dejours (2010) essa lógica de avaliação individual do trabalho é um dos principais fatores de adoecimento e sofrimento no trabalho.

Segundo a concepção marxista, nestas situações nas quais a produtividade se sobrepõe ao sentido da atividade que se realiza, a liberdade e a expressão do desejo são capturados e atrelados a outrem. Na Saúde da Família, essas questões traduziram-se em atos parcelares e normatizados na atenção a saúde, contrariando os princípios dela mesma. Embora a Saúde da Família esteja pautada em princípios da integralidade, contradições se expressam em procedimentos fragmentados, “taylorizados”, ao invés de um trabalho conduzido por uma verdadeira equipe (MARX, 1844/2004; CAMPOS, 1998).

Na caminhada pelas ruas junto com a agente comunitária de saúde, ela expressa seu sofrimento pela falta de sentido no trabalho.

*“Desenha um círculo no seu caderno*



*e diz que o seu trabalho é assim: ‘gira, gira e não se chega a nenhum lugar, não se consegue resolver os problemas, pois não é possível falar com os técnicos da equipe sobre os atendimentos, por exemplo, sobre os diabéticos resistentes ao tratamento, que ela acabou de visitar’.* (Diário de Campo)

Para Marx (1867/1975) o trabalho é uma necessidade eterna do ser humano. Como já visto anteriormente, trabalho seria a transformação da natureza para satisfazer as necessidades do homem, e, ao mesmo tempo, modificaria a sua própria natureza e desenvolveria as faculdades adormecidas. Mas quando se torna um trabalho alienado, como no caso que a agente comunitário de saúde cita “gira, gira e não chega a nenhum lugar” perde seu sentido enquanto atividade vital, que gera vida. Ao contrário, gera sofrimento. Nos últimos dias essa questão adquiriu uma força maior, frente aos processos de produção capitalista. Estudar esse sofrimento, físico e/ou psíquico, implica em se deparar muitas vezes com processos de vida e de morte, inerentes ao ato de viver e de trabalhar alienadamente.

A fragmentação do trabalho em equipe é uma das indicações do quanto a lógica neoliberal está infiltrada nas políticas públicas de saúde. O trabalho não atende mais interesses e desejos do trabalhador, como conceito apresentado na introdução. Também não atende as necessidades do usuário, mas do mercado e do capital, tornando o trabalho sem sentido (MARX, 1844/2004; MERHY, 2002; CAMPOS, 1998). A frase dita por uma trabalhadora na pesquisa de mestrado da mesma autora desta tese é contundente: “*O que que eu senti? A gente não é nada*”.

Codo (2010) fez uma análise do quanto a fragmentação aliena o trabalhador do seu próprio trabalho, diferenciando emprego de trabalho. Cita a produção de bens materiais como o automóvel, mas sua análise se aplica aos trabalhadores de saúde, que produzem algo imaterial, pois também não se reconhecem no trabalho por estarem inseridos nessa mesma lógica, não sabem sobre o resultado de seu trabalho, de como o usuário finalizou sua passagem pelos serviços de saúde. Nas palavras do autor:

“Trabalho é criação, é construção social, é a construção de si e do outro, é a construção do mundo e de si mesmo, o trabalho envolve muito prazer. O trabalho é, acima de tudo, uma

atividade prazerosa e é um dos poucos prazeres que são especificamente humanos. Os outros prazeres nós dividimos com os animais: comer, beber, dormir e fazer sexo. Apenas o ser humano trabalha e desenvolve linguagem. O emprego transforma o homem em vendedor de tempo. O emprego pensa na jornada, o emprego pensa no salário e o salário compra a ação, a atividade do trabalhador e não permite a construção de significado. Estamos falando do velho e esquecido trabalho alienado. Estamos falando da separação entre planejamento e execução. Quando se diz que o trabalhador está vendendo sua jornada de trabalho, que está vendendo sua força de trabalho, estamos dizendo que está alienado da construção de si mesmo. Estamos dizendo que ele está alienado da possibilidade de criar significados. Ele produz o automóvel, mas não produz o automóvel. Ele produz o automóvel, mas não sabe fazê-lo. Ele produz o automóvel, mas não pode intervir na forma como o faz.” (CODO, 2010)

Conforme embasamento teórico anterior, uma forma de lidar com essa dificuldade da fragmentação da equipe, seria o apoio matricial, estratégia desenvolvida inicialmente em saúde mental, baseada na trocas de saberes. Segundo autores da saúde coletiva, como Campos e Domitti (2007) possibilita operar a construção do sistema de atenção à saúde, numa linha transversal e horizontalizada, entre os especialistas e profissionais de referência, em um dado serviço. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita, segundo as diretrizes clássicas de hierarquização.

Um documento norteador do Conselho Federal de Psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009) para a atuação dos psicólogos no Núcleo de Apoio a Saúde da Família, recomenda a utilização do apoio matricial, mas aponta que ainda há dificuldades em se realizar o trabalho em equipe e de articulação da rede de saúde, gerando angústia e sentimento de impotência das equipes frente aos problemas que se enfrentam.

*“Observa-se que o município pesquisado tenta fazer um trabalho de apoio matricial por meio de uma equipe de apoio em saúde mental, com 2 psicólogos e duas assistentes sociais, mas estes profissionais não conseguem desempenhar seu trabalho na perspectiva do matriciamento, pois na maioria das vezes atendem a população*

*nas unidades em dias pré-estabelecidos, sem trocas e discussão com as equipes”*  
(Diário de Campo).

A efetivação do apoio matricial poderia favorecer a organização da rede e do trabalho em equipe, conforme relato do documento do Conselho Federal de Psicologia (2009, p. 108).

A partir das configurações do território ele desenvolveria ações no sentido de integrar os equipamentos de atenção à saúde mental já existentes no município, organizando reuniões, facilitando a comunicação e as trocas, incentivando a co-responsabilização dos casos e as parcerias. Da mesma forma, atuaria no sentido de criação e manutenção de reuniões regulares entre os diversos setores presentes no território, apoiando iniciativas de parcerias para a resolução dos problemas. Investiria também no contato com a gestão, no sentido de capacitá-la para o entendimento do que é saúde mental e as alternativas possíveis para resolução dos problemas.

Uma intervenção da equipe de apoio em saúde mental no município favoreceria a reorganização do processo de trabalho, mas ainda não ocorria na época da realização desta pesquisa, apesar de haver uma preocupação na compreensão do processo de matriciamento, para futuramente estabelecê-lo na rede.

Outra opção de integração da rede por meio do matriciamento poderia se efetivar por meio da contribuição dos profissionais da Residência Interdisciplinar da Saúde da Família, em processo de formação nas unidades de Saúde da Família da cidade, mas poucas atividades foram observadas nesse sentido, com depoimento de um residente afirmando que

*“tentamos fazer reuniões para discutir o processo de trabalho, mas a equipe não quis”*. (Diário de campo).

Dessa forma, a atividade proposta pelos componentes da Residência em Saúde da Família para os trabalhadores da unidade era

*“um grupo com periodicidade semanal, no qual se realizava atividades de artesanato ou similar, mas o propósito dessa atividade não ficou muito clara, sugerindo-se que seria para oferecer um momento de ‘relaxamento’ para os trabalhadores. Não havia nenhum direcionamento nas conversas durante as atividades”.* (Diário de Campo)

Contrariamente a proposta de reorganização do processo de trabalho esse tipo de atividade acaba reforçando a alienação, ou seja, é um momento em que o trabalhador esquece os problemas que os faz sofrer, mas não os resolve. Na verdade é uma estratégia utilizada pela Escola das Relações Humanas (Seligmann-Silva, 1994) ou pelo modo de gestão denominado por Qualidade Total (Chanlat, 1995). Além de não resolverem os problemas, deixam a impressão que o trabalhador foi assistido, é um engodo.

De forma diferenciada, uma iniciativa foi observada por parte de um único residente da categoria odontológica, reunindo os Agentes Comunitários de Saúde para uma reunião, propondo que eles participassem da organização da fila de espera para o atendimento em odontologia. Entretanto, pouco tempo depois essa atividade foi interrompida pela saída do profissional, por não ter tido apoio da gestão para desenvolver o trabalho.

#### **6) Falta de trabalho em rede de atenção à saúde**

Mencionam que quando precisam de encaminhamentos para setor secundário e terciário, não conseguem vagas, nem contato com os profissionais da rede.

*“Daí depende do secundário, do terciário e a gente fica sem uma contra-resposta desses serviços.”* III 4

Para destacar qual o sentido do sofrimento pela falta de rede de atenção à saúde, é necessário defini-la. Segundo sanitaristas estudiosos do assunto, rede de atenção à saúde se constitui em:

*organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada - e com responsabilidade sanitária e econômica por essa população.* (MENDES, 2008, p. 6)

Desta forma, fica exposto o papel preponderante da Saúde da Família, estratégia privilegiada da AB, de coordenadora da rede geral de atendimentos, tornando-se urgente as providências no desenvolvimento do setor secundário e terciário, desde que sempre coordenados pela grande maestra, a AB/Saúde da Família. Silva (2002) afirma que para que a Saúde da Família não fracasse, é necessário

resolver o problema da média complexidade, porque senão as pessoas vão ser atendidas, vai ser requerido para elas um Raio X, um ECG, um EEG e aí, não tem, e eles vão perceber ‘esse PSF não está dando jeito em mim, não tem exame, não tem remédio, não tem especialista’” (SILVA, 2002, s/n).

Campos et al (2008) analisam que a estratégia da Saúde da Família não tem tido ampla cobertura em SP, apesar de figurar como prioridade no discurso oficial. Contraditoriamente tem tido um financiamento insuficiente e carece de um projeto consistente e singular, dedicado a cada realidade local na qual tem se implantado. Para os autores acima o impacto da Saúde da Família dependerá da sua capacidade de integrar a rede de atenção a saúde, incluindo ambulatórios, hospitais, serviços secundários e terciários, urgência e emergência, saúde mental dentre outros. Isso não tem ocorrido, com o agravante de também não organizar a atenção básica já existente antes da Saúde da Família enquanto política norteadora. Além desse entraves, os mesmos autores apontam que a portaria 648/2006 (BRASIL,2006a) acabou gerando críticas quanto a rigidez do modelo, como a regra de contratação de médico com dedicação exclusiva, com carga horária de 40 horas.

É evidente que não são só estes os problemas relacionados à rede que a Saúde da Família enfrenta. As ações em saúde que requerem um esforço mais humano, no sentido das tecnologias leves e leve-duras são imprescindíveis (MERHY, 2002). Mas as tecnologias duras também são necessárias, desde que bem colocadas e articuladas com outras ações de acolhimento e vínculo e integração entre as pessoas que compõem a rede.

Conforme último consolidado sobre a Saúde da Família, o estado de SP não tem tido ampla cobertura, no qual a porcentagem de apenas 25,6% da população do estado é coberta pela Saúde da Família, o que significa um dos piores índices de alcance da estratégia no Brasil. Entretanto, em nível nacional, a Saúde da Família continua figurando como prioridade no desenvolvimento da Atenção Básica (BRASIL, 2008b)

Provavelmente o impacto da Saúde da Família no estado de SP dependerá da sua capacidade de integrar-se a rede atenção a saúde, incluindo ambulatórios, hospitais, serviços secundários e terciários, urgência e emergência, saúde mental, dentre outros. É exatamente essa dificuldade que o agente comunitário de saúde relatou, a *“dependência do secundário, do terciário, e fica-se sem uma contra-resposta”*. Isso não tem ocorrido, com o agravante de também não organizar os serviços de saúde em toda a rede, pressuposto importante da Atenção Básica, na qual a Saúde da Família está inserida.

## 7) **Relação com a Gestão**

Como já explicitado, a relação com a gestão se efetiva muito pela cobrança de produção, cobra-se quantidade de visitas, mas não se interessa pelo que se faz nela. Cabe repetir o que os Agentes Comunitários de Saúde dizem sobre isso:

*“a visita se torna uma coisa meio que mecânica, porque chega final de mês... é aquela coisa... nem é bem final de mês... no começo do mês já... todo o dia aquela cobrança de tá passando produção, tá fazendo quantas visitas por dia? e aí você chega com um caso, você fala o caso... e às vezes a pessoa (gestor) escuta por aqui (aponta o ouvido direito) e solta por ali (aponta o ouvido esquerdo)”. II 4*

Em observação participante se constata uma situação de cobrança no dia-a-dia do serviço. Uma trabalhadora diz:

*“hoje o posto está cheio e agitado, isso me deixa agitada também, porque é final de mês e eu tenho que fechar os boletins e a produção, não estou conseguindo”*. (Diário de Campo)

Essa queixa da trabalhadora pode ser compreendida pela interferência da lógica capitalista já explicitada anteriormente. Dentre outras áreas, a saúde, a educação e a comunicação são denominadas como “setores de serviço” nos quais a mercadoria não se expressa numa corporalidade concreta, mas imaterial. De qualquer forma, bem como os demais, está incluída na lógica capitalista de produção, permeada muitas vezes por interesses neoliberais e inevitavelmente pela precarização nas relações de trabalho (RIBEIRO, PIRES E BLANK, 2004).

Seligmann Silva (1994) reflete que nessas circunstâncias o trabalhador tem a sensação de “virar uma máquina” ou estarem numa prisão, sentem-se tratados como burros de cargas. Conforme exposto na parte teórica deste estudo, o trabalho em saúde está marcado pela perda de autonomia do trabalhador, pelo excesso de normas e a definição hegemônica da missão das políticas públicas, desde a Reforma do Estado iniciada nos anos 90, em vigência até hoje. Esse fato marcou hegemonicamente a missão dos serviços de saúde, definindo economicamente as suas diretrizes, na medida em que os financiamentos do Estado passaram a ser guiados por uma prática que se pôs a serviço de interesses minoritários e poderosos, considerados legítimos ideologicamente (RIBEIRO, PIRES E BLANK, 2004).

A saúde se transformou numa arena de disputas, na qual o Estado escolheu os ‘melhores’ negócios, desconsiderando a qualidade em detrimento da quantidade (SCHMIDT, 2003). É isso que a agente comunitária de saúde explicitou acima, afirmando que não importa a qualidade da visita domiciliar, mas a quantidade.

Nessas circunstâncias, é muito comum, observarem-se processos de gestão fincados no controle exacerbado dos trabalhadores, para produzirem como a agente comunitária de saúde citou,

de forma “mecanizada”, acarretando perda de sentido naquilo que se faz. Os atos parcelares de saúde, que são denominados procedimentos, distanciam muito o trabalhador do resultado do seu trabalho, tornando o trabalho num suplício insuportável (CAMPOS, 2002).

Segundo Chanlat (1995) as pessoas adoecem em função de alguns modos de gestão, formas administrativas que uma organização adota para cumprir objetivos e atingir metas, especialmente os modos taylorizados/neotaylorizados, tecnoburocráticos e qualidade total. Nas próprias palavras do autor (1995, p. 126) “se as organizações estão com a doença do gerenciamento as pessoas que nelas trabalham adoecem com certos métodos de gestão”. O modo salutar de gestão seria o denominado de participativo, em consonância com os princípios da gestão colegiada do SUS, preconizada no Pacto pela Saúde, (BRASIL, 2006a), mas não é o que tem acontecido no cotidiano das instituições públicas de saúde, inclusive a Saúde da Família.

Dejours e Bègue (2010) relatam que essas formas perniciosas de gestão exercidas no contexto da reestruturação produtiva, principalmente quanto as suas formas de organização e controle transformam a gestão em “presente de grego”, que esfacela e destrói a “cidadela” do trabalho, fazendo com que o trabalhador sofra retaliações pelas formas perniciosas de gestão.

Uma gestão denominada por estudiosos da saúde coletiva (ONOCKO, 2005; CAMPOS, 2002) por “gestão do cuidado” poderia ser o caminho para um modo de gestão participativa, preconizada pelo SUS se efetivar, ao invés dessa gestão controladora, de fato em vigor. Entende-se que ações, tecnologias ou projetos podem disparar movimentos de mudanças por meio dessa nova gestão do cuidado. Segundo esses pesquisadores, dimensões inconscientes, traduzidas em ações dos trabalhadores durante o processo de trabalho devem ser consideradas no processo de “gestão do cuidado”, por meio da integração da área da saúde coletiva e a psicanálise. Ressalta-se a função asseguradora da vida psíquica e social das instituições, oportunizando um reconhecimento de quem se é para além da dúvida cartesiana, do racional.

Diante de tantas dificuldades, os autores acima e outros que partilharam as mesmas idéias, propõe um modo de gestão que possa acolher essas subjetividades, que ajude o trabalhador a compreender o turbilhão de emoções que o fazem sofrer. Se o trabalhador puder falar, processar suas motivações nas reuniões de equipe, estas podem tornar-se terapêuticas. Entretanto, uma forma

autoritária de gestão impede a manifestação do trabalhador, o que tem sido uma prática hegemônica no campo da saúde (ONOCKO, MASSUDA, VALLE, PELEGRINI, 2008).

Outro problema da gestão reside na rotatividade e descontinuidade desta, expressa no seguinte trecho:

*“o nosso (médico) foi prá secretaria, foi prá coordenação e o dela passou prá nós. Ficamos na saudade...” I 5*

Também neste trecho:

*“Na verdade veio uma aí não deu certo, aí veio outra não deu certo, na terceira ficou ela foi substituindo a outra que tinha... que estava de licença.” I 4*

Essa rotatividade traz consigo a instabilidade e desgaste da equipe, conforme os depoimentos revelam:

*“quando chega um enfermeira (coordenadora da unidade) diferente ela quer mudar, então ela quer mudar tudo o que a outra... então se ela está acostumada de um jeito ela já vai direto bater de frente com a gente, porque daí então isso acaba com a gente ...”*

Além das trocas de enfermeira/coordenadora, o fato do médico que trabalha em várias unidades ao mesmo tempo, se torna um motivo de desgaste, pois estão sempre ausentes.

*“Na verdade a gente ficou sem o respaldo médico, ponto chave dentro da unidade... é médico e enfermeiro, que tem que dar respaldo prá gente que ta na rua.”*

*“Não o médico... Vem lá de vez em quando” III 3*

Ao invés da gestão oferecer a ambiência e acolher as subjetividades, conforme as propostas colocadas acima, a descontinuidade acaba colaborando na desestruturação e retaliação da equipe.

Segundo cenário da Saúde da Família no estado de São Paulo, apresentado no início deste trabalho, esse é um problema que se repete em nível estadual. Conforme documento produzido pela SES/SP há por parte da gestão uma dificuldade de planejar, instabilidade, dificuldade em construir redes, descontinuidade na gestão, o que torna a situação mais preocupante, pois é um problema para além do âmbito municipal (São Paulo, SES, 2008).

No nível municipal, um estudo de Júnior, Tristão e Paula (2009) avalia a implementação da Saúde da Família no mesmo município onde se fez a pesquisa e identifica exatamente a necessidade de desenvolvimento da gestão participativa para que ocorra uma transformação no modelo de atenção à saúde, que inclua a prevenção e promoção e não somente a reabilitação. Os autores levantam alguns desafios apresentados abaixo, revelando que conflitos existem, como, mal entendidos e angústias inter-equipes e entre os próprios trabalhadores; mas podem ser superados. Para isso propõe:

uma gestão mais participativa, compartilhada, através da formação de colegiados multiprofissionais representativos que possam auxiliar os conflitos existentes desde a implantação de uma nova equipe, seja em substituição ao modelo tradicional, seja uma nova equipe no modelo de Unidade de Saúde da Família, pois notamos a existência de um sofrimento emocional inter-equipes que tem prejudicado a implantação e o desenvolvimento do novo modelo de atenção em saúde no município (...); utilizar o trabalho de supervisionar equipes do PSF como um importante dispositivo a seu favor, pois, proporciona se bem realizado, o discernimento das condições de trabalho, quais as condições em que se tem trabalhado, proporciona a possibilidade de analisar os conflitos, os sentimentos de impotência, os mal-entendidos, os ditos e não-ditos, os sentimentos de frustração (JÚNIOR, TRISTÃO E PAULA, 2009, p. 22).

Uma nova forma de gestão proposta nesta tese poderá encontrar dispositivos de trabalho que possibilitem integrar as questões da clínica e a organização do trabalho, considerando que cada trabalhador é co-gestor do processo de trabalho na sua atuação direta com o usuário. Deve romper com a dicotomia subjetividade/objetividade, racionalidade/irracionalidade, afetividade/razão, fortemente presentes nos serviços. Deve abrir espaço para que o mal-estar no sentido freudiano

possa ser abordado, interrogado e acolhido. Dessa forma passará a ser uma forma de gestão cuidadora e potencializadora do reconhecimento do trabalho, enquanto obra produzida por ele. Caso contrário o trabalhador ficará separado de sua “obra”, tanto para si mesmo, como para o usuário.

## 8) Formação

Referem-se ao despreparo que tinham no início e que muitos problemas foram por esse motivo, inclusive relacionam essa formação inadequada com o fato de uma colega ter “endoidado” e internada no hospital Psiquiátrico da cidade.

*“tem uma colega que ficou afastada e agora endoidou de vez, pirou e foi para o Cantídio (hospital psiquiátrico da cidade); é que quando a gente tem a capacitação é tudo cor de rosa, como seria na teoria e quando você vai prá rua não é dessa maneira, as pessoas que já tão trabalhando já sabem que não funciona como no papel, já tão viciados... e aí você vem de uma capacitação que é tudo lindo e vem prá prática e tenta fazer uma coisa que não funciona ... foi o que aconteceu com ela... ela chegou a pegar paciente da área dela que não tomava banho levar prá casa dela e dar banho...” I 7*

Reclamam que alguns cursos são somente para os Agentes Comunitários de Saúde, mas deveria ser para equipe toda, principalmente o de Humanização. Mencionam que a forma que os outros trabalhadores de saúde tratam os usuários é incompatível com os princípios da Humanização. Sinalizam a falta do curso introdutório, ministrado pela SES/SP para alguns. Cabe salientar que o último curso de Formação Técnica ministrado pelo CEFOR de referência da região onde a cidade pesquisada se localiza foi em 2006 (Diário de Campo).

*“Teve uma vez que foi um curso de capacitação (engasga na palavra) em cima da humanização. Eu acho que aí caberia prá toda a equipe e não só pros agentes.” I 7*

*“mas quando a gente vê que quando paciente chega na unidade, você vê auxiliar tratando aquele velhinho que você trata tão bem, tratado em outro tom (frisa a palavra tom e faz cara de tom negativo) já tomei a frente dela (auxiliar) e falei... ela tava explicando para o paciente: assim não tem jeito de liberar psicotrópico (em tom de represália, imitando a funcionária que falou com o paciente).” I 8*

Dessa forma, a formação é questionada tanto pela falta, quanto pela forma que ocorre, quando acontece. Os agentes comunitários de saúde sinalizam a falta do curso introdutório, ministrado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo para alguns e não para outros. Por outro lado, citam alguns cursos que foram ministrados somente para os Agentes Comunitários de Saúde, mas deveriam ser para equipe toda.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), política do Ministério da Saúde para acompanhar a formação permanente dos trabalhadores, teria que promover espaços de formação que envolvesse categorias diversas no processo, pois se a Saúde da Família privilegia o trabalho em equipe, a formação também deveria sê-la. Como já explicado em capítulos anteriores, a EPS passou por transformações, na tentativa de tornar-se mais participativa, seguindo as mudanças preconizadas pelo Pacto da Saúde (BRASIL, 2006a), a criação de novas instâncias deliberativas. Os fóruns ligados aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), os Núcleos de Educação Permanente (NEP), deveriam seguir exatamente o que o agente comunitário de saúde pediu, que os cursos fossem “*prá toda a equipe e não só pros agentes*”, pois é uma demanda que parece ir ao encontro de práticas solidárias e participativas. Poderiam minimizar os efeitos deletérios da fragmentação já apontados acima. Poderia ser fundamentada numa prática reflexiva da realidade, transformando-a. Entretanto parece que a EPS ainda não é uma concretude, mas uma expectativa. A Educação Permanente em Saúde poderia romper essas amarras da fragmentação, traduzindo-se como uma via de efetivação de mudanças. Nesse enfoque transformador, libertador e humano a formação poderiam se constituir num espaço que proporcionaria ações educativas entre trabalhadores, somando-se a uma gestão participativa, solidária e terapêutica.

A Educação Permanente em Saúde deveria operar na micropolítica do trabalho em saúde. Assim poderia favorecer a saúde do trabalhador, ampliando o diálogo no enfoque libertador, em

suas múltiplas possibilidades e principalmente, se ocorresse durante o processo de trabalho, em serviço, transformando os espaços de reuniões de equipe, potencializando-os como espaços de cuidado para o trabalhador.

## 9) Morte/Suicídio do Usuário

Várias situações de morte de usuário em processo de atendimento pelas agentes comunitárias de saúde foram relatadas, vivenciadas como experiências dolorosas e de sofrimento no trabalho.

Ao relatarem essas situações de morte dos usuários, lembraram-se de contar que na maioria das unidades não são liberados para ir ao sepultamento dos usuários, que na maioria das vezes são seus vizinhos. Só podem ir se tirarem folga. Também alguns não foram liberados para irem ao sepultamento de uma colega, Agente Comunitária de Saúde.

*“eu já escutei da minha chefe, se eu tava indo no velório porque eu queria ir ou porque era minha obrigação. eu falei: eu quero ir, é meu horário de almoço. Teve um (outro agente comunitário de saúde) que foi no horário dele e achou que era obrigação, porque tava há pouco tempo. A enfermeira disse que não era obrigação. Muitas vezes não é sua obrigação, mas você aprende a gostar das pessoas, é convivência, é difícil, e aí desconta horas, você tem que pagar” I 3*

Outra participante diz:

*“Eu sentia incapaz de ajudar aquela pessoa, fazer com que ela volte a vida, isso não existe, até que chega uma hora que a pessoa vinha a morrer, porque pensava que sendo agente você poderia ajudar aquela pessoa, realmente o ser humano não vale nada.” I 3*

Enquanto esses relatos ocorriam, uma Agente Comunitária de Saúde manifestou muito incômodo no decorrer do grupo focal, tosse muito e pede prá ir embora. Mas quando a

pesquisadora/coordenadora do grupo focal lhe pede prá falar sobre o que está pensando sobre o assunto exposto, conta o que lhe incomoda, chora e consegue ficar até o final, conforme se apresenta a seguir:

*“Eu também tive um paciente que morreu, se matou, logo que eu comecei, ele se enforcou, nesse dia mesmo ele tinha conversado com meu marido, (agente comunitário de saúde para de tossir) ele se enforcou a noite, logo que eu entrei, você se sente mal, ele tinha conversado com meu marido, meu marido não tinha percebido nada, naquele dia ele se matou a noite, você se sente impotente, não tinha como prever o que ele ia fazer,*

*Faz quanto tempo?*

*Faz uns três anos. (voz embargada)*

*Mas ainda é difícil?*

*É como se tivesse acontecendo agora, a gente se sente impotente porque a gente podia ter percebido algum sinal, a gente não percebeu nada que ele ia fazer aquilo.*

*Você tinha estado com ele naquele dia?*

*Sim, Naquele dia.*

*Você morava perto?*

*Morava perto, é zona rural mas é perto (continua com voz embargada)*

*Você conhecia?*

*Conhecia, ele era ex marido de uma amiga minha, separaram e seis meses depois ele se matou.” I 10*

Vários outros depoimentos se fizeram sobre morte e suicídio dos usuários, com grande manifestação de emoção no grupo, com expressão de desejo de terem impedido as mortes e os suicídios. A culpa pela morte ou suicídio é uma das manifestações que se faz numa das situações.

*“O outro (caso) foi de uma paciente minha que o filho se suicidou (abaixa muito a voz)*

*Por que foi difícil?*

*Foi difícil porque eu tenho contato com ele e com a filha dele, conversava muito com ele. Tanto que no dia que ele se suicidou, eu saí da casa chorando.*

*Ele era seu amigo?*

*Era, foi bem difícil. Eu chegava em casa... (interrompe a frase, suspira), eu não agüento mais esse serviço... é tudo na minha cabeça”*

Abaixo o relato de outro caso de suicídio, uma usuária de 22 anos, em atendimento por outro agente comunitário de saúde:

*“então, ela foi na padaria, comprou pão, cortou a cordinha do varal e se enforcou.*

*Você tinha falado com ela recentemente?*

*Com ela não, com a filha dela porque ela tinha brigado no posto porque ela queria Berotec, e não pode oferecer essa medicação, e ela já tava em acompanhamento psiquiátrico. Berotec a gente não fornece no posto, muito menos prá uma paciente em acompanhamento psiquiátrico. No dia as consultas foram todas ‘desagendadas’, de maio foi jogada prá julho. A dela, do dia 19 de maio foi prá 31 de julho. E eu levei lá (o recado da troca de consulta), e me senti culpada... ela tava precisando da consulta, se ela foi lá é porque ela tava precisando... Isso foi na quarta feira, quando foi no sábado, ela cometeu suicídio. (fala baixo)*

*E por que você falou em se sentir culpada?*

*Ah, não sei... o paciente tava precisando daquela consulta, aí eu falei, nossa será que foi por isso?*

*Mas você teria como antecipar essa consulta?*

*Não, depois pensando... se nem Deus interferiu no livre arbítrio dela na hora que ela quis se matar, porque eu teria alguma culpa, se a gente olhar por esse lado tira um pouco do orgulho de querer poder interferir em tudo, se nem Deus interfere... a gente tem que fazer o que a gente pode. I 2*

Ainda outro caso é apresentado, com o agravante da agente comunitária de saúde ter recorrido a ajuda da equipe para atender o caso, pois suspeitara do suicídio, pela história de vida da usuária, mas não teve apoio no entendimento, sua opinião sobre a gravidade do caso foi desconsiderada.

Corroborando nesta questão a pesquisa de Gonçalves (2009, p. 98): “A falta de suporte da equipe como um todo é relatada pelos agentes comunitários de saúde como um fator negativo para o atendimento da população e para o trabalho em equipe”.

A agente comunitária de saúde relata o caso, ao responder a pergunta da pesquisadora/coordenadora do grupo focal:

*Falem outras questões que afetam vocês no atendimento a comunidade.*

*Levar o profissional ( na visita) pelo que você observou e sentiu na visita porque a pessoa não tá bem, você chega na unidade e convence a pessoa (profissional) que a pessoa (usuária) não tá bem ,explica o que aconteceu na visita, e na hora que a pessoa (profissional) chega lá você sai e a pessoa (profissional) diz: você acha mesmo que a pessoa tá com tudo isso, você reparou que as unhas dela tá feita, você acha que quem tá com depressão do jeito que ela fala e que diz que vai se matar tem tempo prá fazer a unha? Resultado da história, ela se matou.*

*Quando?*

*Foi agora, neste começo de ano. Ela era da V. (outra agente comunitária de saúde) e ela (a usuária) mudou prá minha área e a V. me contou a história e fui fazer uma visita prá ela, a menina tava em prantos, chorando, desesperada, contou a vida inteira dela...*

*Você conhece a pessoa?*

*Só de ser paciente, porque ela não ficou muito tempo lá. Daí eu conversei e ouvi toda a história anterior dela, da infância dela, a mãe se suicidou na frente dela, o pai foi assassinado na frente dela, ela foi criada pela tia...*

*Outras participantes comentam: olha a vida da menina! É uma vida que...*

*Ela tava afastada do serviço, tava em tratamento psiquiátrico, já teve outras tentativas de suicídio, tava num relacionamento novo, afetivo, tava meio doentia, morava sozinha, num cômodo, morava com um filhinho dela de cinco anos, daí eu fiz a visita e ela chorou bastante,*

*O que você sentiu quando ela chorou?*

*Eu me coloquei no lugar dela, tudo que ela passou e vivenciou, ela tinha 22 anos só, com um filho de 5 anos prá criar sozinha, ela era muito bonita mesmo, tava acabada, destruída por dentro, e com o histórico dela eu fiquei preocupada a manhã inteira, eu fui prá casa almoçar, fui direto para o posto, não fiz hora de almoço inteira, fiquei lá desesperada, não via a hora que a médica chegasse prá eu falar com ela, passei o caso e fomos fazer a visita...*

*Levei a médica no mesmo dia e ela (a médica) saiu e falou: você acha que ela vai se matar? Você reparou na mão feita? Você reparou no sei no quê? Mas eu pensei comigo mesma, ela tá num relacionamento novo, ela quer aparecer mais bonita para o namorado, se arrumar, e eu levei mais a sério o que eu ouvi, o que eu escutei dela...*

*Na hora que a médica foi ela também chorou?*

*Chorou, a médica passou um remédio que fazia bem prá ela e a psiquiatra tinha tirado, a médica falou, eu vou passar esse remédio prá você, daqui a um mês eu quero que você volte a trabalhar, se você não voltar eu vou retirar o remédio, ela foi uma vez na unidade porque ela já tava melhor, tava marcado prá ela voltar a trabalhar, nessa semana que ela ia voltar a trabalhar ela veio na unidade com uma crise, a médica não estava na unidade, ela foi embora, isso foi numa quinta feira a tarde, no sábado ela se matou. Ela mandou o menino prá casa do avô... e... (voz embargada e em seguida pausa)*

*Como você se sentiu?*

*Acabada! I 6*

Para discutir especificamente a questão da dor dessas trabalhadoras em relação ao suicídio é pertinente recorrer a algumas considerações sobre a dificuldade do trabalhador de saúde em lidar com a morte, neste caso, violentamente provocada.

Dejours & Bègue definem o suicídio relacionado ao trabalho, mas é possível estendê-la para outras situações. Os autores (2010, p. 20) compreendem o suicídio como “uma conduta endereçada”, uma última e desesperada estratégia contra o medo, mas de forma mais abrangente contra *toda expressão de sofrimento*. Assim, é que o suicídio se traduz em expressões como: “um homem deve suportar o sofrimento sem pestanejar (...) um homem não reclama, não choraminga (...) é digno o homem que não deixa transparecer o seu sofrimento”.

Segundo Pitta (2003), os trabalhadores de saúde reconhecem que, mesmo que, a trajetória entre o adoecer e morrer, seja escrupulosamente acompanhada, a dificuldade de lidar com a morte é de tal ordem que ela não chega sem comprometimentos para todos que a cercam, tanto profissionais como familiares. A autora se pergunta se haveria uma formação melhor que permitiria aos trabalhadores de saúde “domesticar” esses momentos tão dolorosos, talvez novos rituais, inspirados pelo progresso das Ciências Humanas.

Combinato e Queiroz (2006) apontam a necessidade de proporcionar uma visão psicossocial aos profissionais de saúde sobre o viver e o morrer, refletindo sobre os significados da morte para eles mesmos e para cultura, preparando-os para interagir com o processo de morte e morrer na sua atividade profissional. Afirmam:

Quando discutimos sobre a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com o paciente terminal, em sua integralidade, devemos analisar essa dificuldade no seu processo de construção, na sua historicidade e na sua essência, processo esse que vai além de uma experiência imediata e da história individual desse profissional. (...) É preciso, portanto, entendermos o sentido e o fazer do profissional a partir do significado de morte atribuído pela cultura, assim como a influência dessa cultura na sua formação profissional (COMBINATO E QUEIROZ, 2006, p. 214).

Em relação ao último caso de suicídio apresentado acima, talvez essa formação inspirada nas Ciências Humanas e a visão psicossocial pudesse ter elucidado para médica que o não deixar

transparecer o sofrimento, o suposto “estar bem, de unhas e cabelos arrumados”, escondiam de fato um profundo desespero, identificado pela agente comunitária de saúde, infelizmente desconsiderado.

Barreto e Venco (2011, p. 230) discorrem sobre o suicídio, especificamente aqueles relacionados ao trabalho, mas que de forma geral pode contribuir na compreensão geral do fenômeno como “complexo e tipicamente humano, resultado de múltiplos e distintos fatores, o que lhe confere uma multiplicidade discursiva, tornando-o de alguma forma um conceito polissêmico”. Essas considerações sobre a complexidade do fenômeno reforçam a necessidade de formação ampla dos trabalhadores de saúde que lidam com o suicídio, para além de um entendimento estritamente biomédico do processo saúde-doença.

Marquetti, (2001, p. 199) menciona dois tipos de suicidas, um contumaz e o eventual. Parece que a usuária era do tipo contumaz, pela história de vida colhida pela agente comunitária de saúde. Nas palavras da autora:

“existem dois tipos de suicidas por eles (bombeiros) identificados: o suicida contumaz e o eventual. O contumaz é aquele que vem de um longo processo de distúrbios mentais, com intervenções psiquiátricas e no qual a tentativa de suicídio se repete. (...) Na situação do suicida eventual, não se sabe que tipo de pessoa está se abordando, nem mesmo se sabe o porquê de ele estar tentando o suicídio”

Como o enfoque deste trabalho não foi o suicídio, mas o fato do agente comunitário de saúde ter tido que lidar com essa problemática, as considerações sobre o assunto merecem um aprofundamento, principalmente por meio de realização de outras pesquisas na cidade, que teve o aumento de 4 para 22 casos no ano de 2009. A implantação do Centro de Valorização da Vida (CVV) pode ser uma fonte de dados a ser investigada, contribuindo tanto para a prevenção de novos casos, como no preparo dos trabalhadores de saúde que lidam com as pessoas propensas ao suicídio no seu cotidiano.

## 10) Saídas para o sofrimento

Diante das dificuldades apresentadas a saída que muitas vezes restava ao trabalhador era a utilização de mecanismos de defesa tais como o silêncio, a negação, o isolamento e outras formas paliativas.

A negação pode ser observada na pesquisa de mestrado da mesma autora (RIBEIRO, 2006), pela afirmação que fazem de “acostumar-se” ao sofrimento, como se isso fosse possível. Dizem:

*“Sofri bastante. Agora tou melhor. O tempo já passou. A gente até fala pras novas. Que acostumem com a idéia, que no começo se passa mal, entra em depressão, pressão alta.”*

São ações que segundo a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1994) reforçam a alienação do trabalhador frente a uma sociedade capitalista que é alimentada exatamente por esses mecanismos. A falta de noção clara pelo trabalhador, da relação desses aspectos com o seu sofrimento, faz com que o trabalhador atribua as falhas a si próprio ou ao colega, intensificando a culpabilização de si mesmo ou conflitos e embates internos (HELOANI, 2003). O perigo da utilização excessiva desses mecanismos de defesa é a loucura do trabalho, pois de um ponto em diante deixam de ser efetivos e se rompem (DEJOURS, 1994).

No limite do sofrimento expressam o medo de “endoidecer”, conforme caso já apresentado no início deste capítulo.

*“se a gente for tentar consertar a vida de todos os pacientes... (pausa) a gente acaba ficando doente... tem uma colega que ficou afastada e agora endoidou de vez, pirou e foi para o Cantídio (hospital psiquiátrico da cidade)... é meio preocupante, (reluta um pouco prá falar) porque às vezes parece que você tá indo pelo mesmo caminho”.*

I 7

Em outro grupo, uma trabalhadora relata seu adoecimento, claramente por questões do trabalho:

*“Devido ao trabalho mesmo, problemas familiares, estou ainda em depressão, fazendo tratamento. Há uns dias atrás eu tive que tirar duas semanas porque eu não conseguia olhar pro paciente, não conseguia abordar, ou fazer uma visita. Por questões pessoais, suas mesmos ou relacionados ao trabalho? Sim, relacionado ao trabalho” III 7*

Logo a seguir ela explica melhor a relação de seu adoecimento com o trabalho:

*Eu sinto muito, mas eu acho que não vou consegui falar. Prefiro ficar quieta. Você está sendo acompanhada por alguém, com medicação e com psicoterapia? É só com medicação.*

*Vou deixar você à vontade...*

*Silêncio*

*Eu gosto da profissão, eu gosto de poder ajudar, mas eu sofro muito pelo o que as pessoas desabafam, por você não poder ajudar, entendeu? Eu sou o tipo de pessoa que não coloca pra fora, guarda tudo. III 7*

Ficou esclarecido que “guardar tudo e não colocar prá fora” era relacionado aos conteúdos trazidos pelos usuários, causando-lhe sofrimento pela impotência em ajudá-los.

Várias trabalhadoras contam seu processo de adoecimento a partir da falta de apoio da Secretaria de Saúde para o trabalho, e que a única saída que encontraram foi a medicalização. As falas foram se sobrepondo, dificultando a identificação de cada um, por isso os diálogos serão apresentados sem a colocação dos números indicativos dos participantes da pesquisa.

*Nunca tem resposta pra nada, às vezes a gente precisa deles (Secretaria de Saúde) pra fazer algum evento, alguma coisa. Eles quem?*

*Da secretaria (de Saúde), pra fazer algum evento, alguma coisa, nunca tem nada, não pode, ah não vou mandar e não manda.*

*E como que é o desgaste seu em relação a isso?*

*O desgaste meu também é na base do Rivotril, Fluoxetina. Mas Rivotril eu já parei, por opção minha porque me deixava muito cansada e eu não conseguia (trabalhar), então eu to tomando só o Citalopran, e foi justamente por muita carga que começou a me sobrecarregar, sobrecarregar e um monte de coisa acontecendo ao mesmo tempo.*

*Só um minutinho, porque você fez assim (gesto de mãos para cima)?*

*Porque eu também to com hipertensão arterial.*

*E você passou a ter hipertensão arterial desde quando?*

*Uns, uns, uns dois anos.*

*Você já trabalhava?*

*Já trabalhava.*

*Antes não tinha?*

*Antes não, não tinha nada. Acho que a maior parte aqui já tomou um... (remédio)*

*Eu já tomei Fluoxetina, Diazepam, mas eu parei por conta porque eu já não tava agüentando mais, a gente toma e...*

*Eu comecei tomar porque eu tava, tava tendo uns sintomas feios assim que já fazia um ano que eu tava sentindo.*

*Que sintomas?*

*Vixe, vários, tremor, aperto no peito, falta de ar, cansaço excessivo, um sono demais durante o dia e durante a noite eu não dormia nada, falta de apetite, taquicardia, um medo excessivo, não queria ver gente.*

Um dos depoimentos tem o agravante da trabalhadora ter interrompido o uso do remédio (Rivotril), por conta própria por não conseguir trabalhar em decorrência dos efeitos considerados por ela da medicação, “deixá-la cansada”, impedindo-a de trabalhar. É uma situação lamentável que

se apresenta, a trabalhadora precisar trabalhar adoecida, num ambiente desestabilizante, precipitador da sua doença.

O autor, sanitarista da cidade de São Paulo, coordenador do Projeto Qualis/PSF conta casos de desestabilização dos trabalhadores, melhor compreendidos relatados nas palavras do próprio Lancetti (2000,p. 44):

Já vínhamos intervindo no caso de dois médicos que entraram em crise psicótica e atendemos com sucesso duas agentes comunitárias de saúde. Uma delas, com diagnóstico de distúrbio bipolar, parou de ser internada a cada quatro ou cinco meses e, hoje, desenvolve seu trabalho normalmente. Outra agente comunitária, foi transferida para outra unidade de saúde, realizando tarefas de limpeza e continua evoluindo favoravelmente, sem mais episódios de crise psicótica”

O medo de enlouquecer das agentes comunitárias de saúde se comprova na literatura, com esse relato detalhado de casos de adoecimento no Projeto Qualis/PSF em SP, coordenado por Lancetti.

Outra saída que encontram é provar que o trabalho foi “bem feito”. Discorrem sobre a necessidade de provar isso para eles mesmos e para os colegas, levam-nos nas visitas que fazem, para testemunharem que fizeram o trabalho. Em outras situações procuram provar que o trabalho foi “bem feito” para a família ou vizinhos, que cobram deles produtividade.

*“Vou e quero que alguém vá comigo prá poder ser uma assistência. Se no futuro ela chega prá mim e fala não foi tomado, a P( outra agente comunitário de saúde) não passou dar a medicação... tenho como provar” II 7*

Por último, outra saída que encontram é o desabafo em casa com parceiros/pares ou filho. Diante da falta de espaço para discutirem os casos na unidade, buscam, ajuda em casa, até com filhos/as menores, com idade entre 13 ou 14 anos.

*“O problema é que ela (outra agente comunitária de saúde) não tá bem. E não tem prá quem você desabafar. Ou a gente desabafa com os agentes ou com os parceiros, na casa, que vira psicólogo (risos) O marido, no meu caso.” I 5*

*“tem dia que ele (marido) tá com paciência de escutar e tem dia que ele fala deixa isso lá na rua, saiu de lá acabou! Só que eu não sou **uma máquina** que vai desligar depois das cinco.” III 6*

Neste último depoimento observou-se que a agente comunitária de saúde teve problemas com o marido, que pediu que ela não falasse do trabalho, mas ela diz não ser possível, acarretando-lhe dificuldades na sua vida familiar. O termo utilizado é contundente, “não sou uma máquina”, sugerindo que talvez fosse o que se espera dela no trabalho. Essa analogia do trabalhador como máquina é feita por Chanlat (1995, p 120) ao discorrer sobre a gestão tayloriana, afirmando que:

*“a empresa é considerada como uma máquina e os homens e mulheres como engrenagens dessa máquina de produção. É o universo por excelência do cálculo, da medida e da padronização das tarefas com a finalidade de reduzir custos, aumentar os lucros e controlar o processo de trabalho”*

Talvez seja dessa forma que a agente comunitária de saúde perceba que é vista no trabalho, uma peça, uma engrenagem da máquina que se liga e desliga quando se quer, com um agravante, a proximidade entre o lugar que trabalha e reside, o que, nessa analogia com a máquina, a deixaria “ligada” 24 horas por dia.

O que se aponta como saída mais saudável para essas trabalhadoras seria a transformação dos mecanismos defensivos em resistências, abrindo novos caminhos para o trabalhador. A psicodinâmica do trabalho propõe abertura de espaços públicos de palavra, ou melhor de um “território”. São espaços no qual se possa manifestar a verdadeira inquietude medos e angústias provenientes do espaço laboral sem a sensação de ter que pagar caro por isso. Para Seligmann Silva (1994, p. 69) é necessário conhecer o processo histórico e social no qual se insere o trabalhador para que esses espaços públicos de discussão sejam abertos, nas suas palavras são “canais de negociação

capital/trabalho, capazes de conduzir a transformações positivas da qualidade de vida no trabalho”. A mesma autora explicita claramente quando mecanismos como negação e repressão se tornam em resistências.

“Quando a defesa contra o sofrimento integra em seu significado a afirmação da identidade em oposição a dominação, passa a se constituir uma forma de resistência. Este não é o caso da negação e da repressão. Por outro lado, as práticas do cotidiano externo ao trabalho e voltadas para a garantia da sobrevivência da identidade também assumem conotação de resistência”.

Apesar de poucos e sem continuidade, observaram-se relatos de alguns espaços de discussão do trabalho pela categoria de agente comunitário de saúde. Este relato conta como isso acontecia no município:

*“Numa caminhada, acompanhando visitas domiciliares, um agente comunitário de saúde conta que até 2008, representantes dos agentes comunitários de saúde de todas as equipes se reuniam com coordenação da Saúde da Família para conversarem sobre a situação de trabalho, alinhamento de condutas e mudança de vínculos administrativos dos agentes comunitários de saúde com a prefeitura, tendo em vista a lei 11.350/2006 que regulamenta a contratação do agente comunitário de saúde direto pela prefeitura e não mais por empresas terceirizadas. Depois, essas reuniões foram sendo desmarcadas, até que se interromperam permanentemente, sem justificativas”. (Diário de Campo)*

Num dia em que os agentes comunitários de saúde estavam conversando na sala da unidade que lhes é reservada para relatórios (sala maior) comentam:

*“não há espaço para discussão de casos, com exceção de quando alguém da secretaria de saúde liga cobrando sobre um caso específico. Nesses momentos eles*

*(agentes comunitários de saúde) são procurados para dizer o que sabem sobre a situação. Dizem em tom de revolta: ‘o PSF é um Programa (referem-se a designação anterior Programa Saúde da Família) que não faz o programa, já viu isso?’. Estão se referindo aos pressupostos da Saúde da Família que inclui trabalho em equipe, o que no entender deles não está ocorrendo.’ (Diário de Campo)*

É lamentável que estes espaços tenham acabado, pois é neste processo dialógico que questões “intratáveis” no espaço de trabalho, “espaço de poder”, se tornam passíveis de uma manifestação do desejo e podem gerar certo efeito “terapêutico”. Compreende-se que a impossibilidade da linguagem se materializar nas relações de trabalho cristaliza sofrimentos e naturaliza-os como inevitáveis. Ao se possibilitar a expressão desse sofrimento, há um resgate do sentido do trabalho e do desejo. Assim, a repercussão aparece na atenção ao usuário, que também pode se expressar espontaneamente e com liberdade. Segundo a psicodinâmica do trabalho “a transformação do sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa depende fundamentalmente do uso da palavra e de um espaço de discussão onde perplexidades e opiniões são públicas”. (DEJOURS, 1992).

De maneira geral, foi possível identificar alguns pontos que intensificaram o desgaste do agente comunitário de saúde, uns diretamente relacionados a perda da privacidade, por morar no território que trabalha, dificilmente contornáveis, pois lidar com o processo saúde-doença de pessoas que fazem parte da convivência diária, às vezes amigos e parentes é uma situação que dificilmente algum manejo técnico dê conta de resolver. Outros, como a falta de espaço para discutir os casos atendidos, desvalorização, poderiam ser minimizados por meio de mudanças na gestão e formação permanente.

Em relação a perda da privacidade, observou-se que o grande envolvimento com o trabalho comprometia a privacidade na vida pessoal do trabalhador, chegando ao extremo de levantarem a noite para estudar e fazer anotações sobre os casos, e ir ao local de trabalho em dias de feriado e finais de semana, nos quais a unidade não funciona.

Nesse sentido, Rosa & Labate (2003) apontam semelhanças entre as práticas em PSF e em saúde mental, pois o vínculo é ponto fundamental em ambas; aproxima o usuário do trabalhador

favorecendo o aparecimento de queixas de caráter psíquico. O problema é que por morarem no território, sem preparo para demandas tão diversas como morte e suicídio, ficam vulneráveis, envolvendo-se pessoalmente nos casos que tratam. Outro problema que os torna vulneráveis é o medo, por deterem segredos da comunidade que os coloca sob ameaça dessa mesma comunidade, fato comprovado nos relatos sobre tráfico de drogas e violência doméstica. O apoio matricial e uma gestão que acolhesse as subjetividades (Onocko, 2005) poderia ser um caminho para lidar com alguns problemas: falta de apoio da equipe, a desvalorização e desconsideração representadas por exclusão de momentos de descontração ou da própria assistência, opiniões desconsideradas, desarticulação entre gestão e trabalhadores, conflitos na equipe, descontinuidade e instabilidade da gestão e outros de natureza semelhante. Entretanto a pergunta que se faz, é se dariam conta do problema da perda da privacidade e da falta de segurança frente às ameaças da violência do território, desde que moram no lugar expondo muitas vezes não somente eles, mas também os familiares.

Mas é preciso ter força  
É preciso ter raça  
É preciso ter fana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
Maria, Maria  
Mistura a dor e a alegria...

CONSIDERAÇÕES

FINAIS

## Capítulo VII

### Considerações finais

**A** gestão e a formação foram temas transversais neste trabalho, com repercussões no sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde, inserido no processo de trabalho da Saúde da Família. Sob a ótica foucaultiana, na perspectiva do poder e seu caráter disciplinatório, as pessoas em sociedade vivem dominadas pela microfísica do poder, um poder disseminado e sutil, mas tão deletério e desestabilizador como os processos rudimentares de dominação da Idade Média, quando as pessoas eram queimadas nas fogueiras por não obedecerem às regras instituídas. Esses processos foram substituídos na modernidade por um poder normatizador, tornando os corpos dóceis e submissos, diante de dispositivos de vigilância constante. Embora visíveis, não se apresentam claramente, representados enquanto pessoas ou setores. É pulverizado, tornando-se disseminado por onde quer que se vá.

Assim, é característica fundamental dessa vigilância ser visível, porém inverificável. Numa situação específica de trabalho, o trabalhador tem sempre sob seus olhos a representação da vigilância, sem saber ao certo se está ou não sendo visto e observado por todo o tempo. Mas “ter certeza de que sempre pode sê-lo” é o suficiente para se manter submisso. A figura apresentada por Foucault (1995) para ilustrar tal mecanismo é a do Panóptico, uma torre construída no centro de celas em forma de anel. Nessa torre permanece um vigia, que pode ou não estar presente, que tudo vê, mas sem ser visto. É a masmorra, ao contrário. Transporta-se a idéia para os diversos âmbitos, em sua torre de controle, o diretor pode espionar todos os empregados que tem a seu serviço: enfermeiros, médicos, contramestres, professores, guardas; pode modificar comportamentos, impor métodos que considerar melhores.

É com esse poder, disseminado e sutil, que o trabalhador, especificamente o agente comunitário de saúde, tem que lidar no seu dia-a-dia de trabalho em saúde, tornando-se desprotegido e vulnerável aos mais variados problemas, que em efeito cascata levam-no a um sofrimento psíquico cada vez maior.

A Educação Permanente em Saúde deveria colaborar no exercício de uma prática na qual a liberdade fosse vivenciada, fundamentando-se num exercício reflexivo da realidade. Seria necessário lidar com alguns entraves na operacionalização da Educação Permanente em Saúde, como a falta de formação em serviço, que impede a consideração de aspectos específicos da realidade laboral na formação. Entretanto, como mencionado antes, a questão que envolve a proximidade do território e o comprometimento da privacidade, dificilmente seria totalmente equalizada.

Segundo estudiosos da saúde coletiva é urgente que se reconheça as fragilidades das instituições e da gestão, que repercutem desfavoravelmente na clínica e na saúde do trabalhador. Há que se oferecer um espaço de compartilhar solidário e de potencialização da competência técnica, levando em conta a si mesmo e os outros num espaço transicional. É favorável que a gestão assuma essa função, de democratização, mas também de elucidação das pulsões inconscientes que volta e meia fragilizam as instituições.

Uma constante foi constatada no trabalho em equipe, indicando que os trabalhadores tentam fazer um trabalho em equipe, mas não conseguem. O que os trabalhadores apontam é que falta entre eles e o gestor uma prática comunicacional efetiva, o mesmo ocorrendo entre eles enquanto equipe. Repetem entre si a atitude criticada no gestor.

É necessário existir por parte da gestão a preocupação com a demanda dos trabalhadores, com os aspectos subjetivos e idiossincráticos no processo de organização do trabalho, assim as relações intersubjetivas e diferenças não se constituirão na base de conflitos insuperáveis, mas em relações diferenciadas, transformando-se em questões epistemológicas transitivas.

Numa recente experiência de Educação Permanente em Saúde, realizada pela pesquisadora com dezessete cidades de um Colegiado de Gestão Regional, mesmo que não numa pesquisa sistematizada, foi possível perceber que o processo de formação colaborou na saúde do trabalhador, apresentando melhoras, conforme próprio relato das pessoas envolvidas. Esse processo de formação da gestão, com presença dos secretários de saúde dos municípios e suas respectivas equipes, permitiu elaboração de um plano de trabalho em equipe por município e abertura de integração dos trabalhadores, com tentativas de abertura de espaço reservado para discussões do processo de trabalho durante a jornada laboral.

Como foi mencionado, as defesas se constituem em campo propício para a alienação, enquanto a resistência de transformação. Segundo experiência relatada por Seligmann-Silva, as resistências organizadas coletivamente têm maior alcance, apesar de terem desenvolvimento heterogêneo nas diferentes realidades contextuais. Um exemplo favorável de resistência coletiva citada pela autora é a militância dos sindicatos, “especialmente os que têm superado a tendência assistencialista – durante muito tempo incentivada pela esfera oficial – partindo para estudos e lutas voltados para a supressão das condições de trabalho prejudiciais à saúde” (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 253).

Talvez assim, a atividade do trabalho possa recuperar um pouco da sua função constituinte do ser humano, uma das poucas atividades prazerosas, que só os humanos podem realizar, restituindo o significado da vida, de forma criativa, prazerosa, desenvolvendo prioritariamente as tecnologias leves em saúde, as do acolhimento e integração em detrimento das tecnologias duras, necessárias, se estiverem a serviço da vida e não do lucro e da lógica neoliberal (MERHY, 2002). É nessa perspectiva que Codo (2010) faz a indagação: “Ora, como a alta tecnologia, produzida pelos homens, animaliza o próprio homem? Animaliza porque retira dele a produção de significado. Se o signo não fica, não há possibilidade de falar do humano.” Apesar da vida do indivíduo não ser sinônimo de trabalho, não é possível vivê-la na ausência dele.

Em caráter de finalização, talvez de maneira pouco usual, cabe refletir sobre o método utilizado nesta pesquisa, pois foi ele que possibilitou ampliar de forma tão diversa as questões no entorno do fenômeno sobre o sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde. Poder-se-ia dizer que foi um mergulho em águas bem mais profundas do que inicialmente se imaginava, nas palavras de Benjamim (1980), “método é desvio, eis o caráter metodológico do tratado, renunciar ao curso ininterrupto é a sua primeira característica, incansavelmente o pensamento começa sempre de novo, volta minuciosamente a própria coisa”. É com essa inquietação, com pensamentos que param, voltam para trás, vêm de novo, esperam, hesitam, tomam fôlego que a pesquisadora continuará seu itinerário, no desvendar de caminhos mais saudáveis, conquistados na coletividade dos trabalhadores, desamarrando-os dos mecanismos defensivos, transformando-os em resistência.

Mas é preciso ter manha  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho, sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida

# REFERÊNCIAS

---

## Referências

- ARAÚJO, A. M. C. Apresentação: Dossiê Gênero no trabalho. *Cadernos Pagu* (17/18) 2001/02: pp.131-138.
- BARRETO, M.; VENCO, S. Da violência ao suicídio no trabalho. In: , M.; Netto, N. B.; Pereira, L. B. Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho. São Paulo: Matsunaga, 2011.p. 221-248.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa. Edições 70. 1977. 226p.
- BENJAMIM, W. A obra de arte na época de suas técnicas de reprodução. In: BENJAMIM, W; HORKHEIMER, M.; ADORNO, T.W.; HABERMAS, J. *Textos escolhidos*. São Paulo: Abril, 1980. p.3-28.
- BICHUETTI, J.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M. O agente de saúde e a mudança: do espanto ao encanto. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.433-438, 2005.
- BLEGER, J. - Psicanálise do Enquadramento Psicanalítico. In: *Simbiose e Ambiguidade*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1977.
- BLEGER, J. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1984.
- BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p259-268, 2008.
- BRANT, L.C.; GOMEZ, C.M. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.10, n.4, p.939-952, 2005.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 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: 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto de lei n. 3.994. Dispõe sobre o exercício da profissão de agente comunitário de saúde. Brasília, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994. Disponível em: <http://www.portalweb01.saude.gov.br/saude> . Acesso em 18 maio de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 1.886. Aprova as normas e diretrizes do PACS e PSF. Brasília: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. *Dispõe sobre a NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde*. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde/Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília:Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 2.437/GM de 07 de setembro de 2005. Dispões sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília, 2005b.

BRASIL. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde 2006a

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.*2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. 2007.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008a.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde Família, 2008b. *Disponível* em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#consolidado>> Acessado em: 11 de fevereiro de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de Produção de Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.
- BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. Texto preparado para apresentação no Seminário Internacional Gênero e Trabalho. Brasil. 2007.
- CAMPOS, G. W. S.; Domitti, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23, n. 2. 2007.
- CAMPOS, G. W. S. Reforma da reforma: repensando a saúde. 3. ed. Hucitec. 2006.
- CAMPOS, G. W. S. *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde*. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 229- 292.
- CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A.V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo, HUCITEC, 2008. p.132-153
- CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.4, p.863-70, 1998.
- CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.
- CARVALHO, S. R. ; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.;

- CARVALHO, Y. M. (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 837-868.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes. 1998.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, n.10, v.4, p.975-986, 2005.
- CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV), Comissão Redatora do Boletim. Suicídio: causas remotas e precipitantes. 2010. Disponível em: [www.cvv.org.br/site/referencias/12-suicidio/69-suicidio-causas-remotas-e-precipitantes.html](http://www.cvv.org.br/site/referencias/12-suicidio/69-suicidio-causas-remotas-e-precipitantes.html). acessado em 12/08/2011.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a) / -- Brasília, CFP, 2008. 74p.
- CHANLAT, J. F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: VASCONCELOS, E. D. J. (Org). Recursos humanos e subjetividade. Petrópolis/RJ: Vozes, 1995.
- CIAMPA, A. C. Identidade. Em Lane, S. I. M. & Codo, W (org.). *Psicologia Social*. O homem em movimento. São Paulo. Brasiliense, 1984.
- CODO, W. Democracia e subjetividade: a produção social dos sujeitos democráticos. In: Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010. p. 217-221.
- CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C. ; HITOMI, A.H. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, Vozes, 1993. 280p.
- COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. Em: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, M.R.; BUSCHINELLI, J. T. P. (orgs.). *Isto é trabalho de gente: vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p. 56- 75.
- COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*. n. 11, v. 2. 2006. p. 209-216.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. A prática da psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Conselho Federal de Psicologia. – Brasília : CFP, 2009. 172 p.

- DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. Tradução Luiz Alberto Monjardim. 7. ed. São Paulo: FGV. 2006. 156p.
- DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. (Coord.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. Tradução Arakcy Martins Rodrigues et. al. São Paulo: Atlas, 1996. p.149-173.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5 ed. São Paulo: Oboré, 1992. 168p.
- DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. Tradução Maria Irene S. Betiol, revisão Edith Seligmann-Silva. *Rev. Adm. Empres.*, v.33, n.3, p.98-104, 1993.
- DEJOURS, C; BÈGUE, F. (2010). *Suicídio e trabalho: O que fazer?* (F. Soudant, Trad.) Brasília/DF: Paralelo 15.
- DELORS J, (org.). Educação: um tesouro a descobrir - *Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. 6ª. ed. São Paulo (SP): Cortez; 2001.
- DOMENICO, U. H.; OLIVEIRA, I. C.; KODA, M. Y. Sofrimento psíquico em uma instituição pública: entre o cuidado e a violência. *Vínculo – Revista do NESME*, 2008, v. 1, n. 5, pp. 01-99 75
- DRUCK, G.; FRANCO, T. *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. Boitempo: São Paulo. 2007.
- FACCHINI, L.A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, M.R.; BUSCHINELLI, J.T.P. (Orgs.). *Isto é trabalho de gente: vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p.33-55.
- FACÓ, E. F.; VIANA, L. M. O.; NUTO, S. A. S. O cirurgião-dentista e o Programa Saúde da Família na microrregião II, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira em Promoção a Saúde*, v. 18(2), p. 70-77, 2005.
- FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.10, n.2, p.347-355, 2005.
- FERREIRA, L. D.; MACIEL, R. A.; PARAGUAY, A. I. A contribuição da ergonomia. Em: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, M. .R.; BUSCHINELLI, J. T. P. (orgs.). *Isto é trabalho de gente: vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes. 1993. p. 216-231.
- FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.5, p.1328-1333, 2004.

FOUCAULT, M. Sobre La ilustración. Tecnos. 1984.

FOUCAULT, M. *Hermenéutica del sujeto*. Editorial Altamira. 1996.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. (1975) *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução Raquel Ramallete. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 288p.

FRANCHINI, A. A., CASTRO, G. P. C. A teoria da regulação: uma revisão. *Revista Eletrônica de Economia*. n . 4, set. 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E., E.; JUNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Hucitec: São Paulo, 2006. p. 53-160.

FREIRE P, *Pedagogia da Autonomia*. Saberes necessários à prática Educativa. 33<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Paz e Terra. 2006, 148p.

FREIRE, P. *Extensão ou comunicação*. Rio de Janeiro: Paz e terra. 1983

FREUD, S. O mal estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago, 1974. 109 p.

GEORGES, I. Trabalho precário ou inclusão social e econômica ? O caso dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de proteção social (APS) da região metropolitana de São Paulo (RMSP), Brasil. Comunicação para o VI Congresso do ALAST. México, Mesa 16 : Trabajo atípico y precarización. 2009.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. Saúde mental no trabalho: da teoria a prática. São Paulo: Roca. 2010. 444p.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E.; BATISTA, M.L.; MENDONÇA, M.G.V. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad. Saúde Pública*, v.17, n.3, p.607-616, 2001.

GONÇALVES, A. A saúde e a população: Contribuição para entendimento deste binômio em nosso meio. *Ciência e Cultura*, v.33, p. 1425-1429, 1981.

GONÇALVES, R. I. O cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: relações com os usuários e equipe de saúde. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2009.

- GOULART, I. B.; GUIMARÃES, R. F. Cenários contemporâneos do mundo do trabalho. In: I. B. Goulart (Org.). *Psicologia Organizacional e do Trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. P. 17-36
- HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. Tradução de Adail Ubirajara Sobral, Maria Stela Gonçalves. 8. Ed. Loyola: São Paulo, 1999.
- HELOANI, J. R. *Gestão e organização no capitalismo globalizado: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho*. Atlas: São Paulo, 2003. 240p.
- HELOANI, J.R.; CAPITÃO, C.G. Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo Perspec.*, v.17, n.2, p.102-108, 2003.
- HELOANI, R., LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Revista produção*, v. 14, n. 3, p. 077-086, set./dez. 2004.
- HIRATA, H. *Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2002.
- HIRATA, H. Reestruturação produtiva, trabalho e relações de gênero. In: *Gênero, Tecnologia e Trabalho: Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho – Associação Latino-americana de Sociologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: 1998, ano 4, nº 7, 1998.
- IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. 2011.
- JÚNIOR, G. G.; TRISTÃO, J. A. M.; PAULA, R. A. C. O Programa Saúde da Família: uma avaliação do desempenho no município de Botucatu. *Pesquisa em Debate*, edição especial, 2009.
- KAËS, R. - *A Instituição e as Instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. *O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura*. *Rev Latino-am Enfermagem*. novembro-dezembro; 14(6). 2006
- LANCETTI, A. *Saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2000. 220p. (Saúdeloucura, 7)

- LEITE, M. P. *O trabalho e suas configurações* : conceitos e realidades. Texto realizado no âmbito do projeto A crise e as experiências de geração de emprego e renda: as distintas faces do trabalho associado e a questão de gênero. Unicamp. 2008.
- LEITE, M. P. *Trabalho e sociedade em transformação*: mudanças produtivas e atores sociais. Ed. Fundação Perseu Abramo: São Paulo. 2003.
- LOTTA, G. S. Saber e Poder: Agentes Comunitários de Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas Públicas. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. EAESP/FGV. 2006
- LUCKESI, C. C. O papel da didática na formação do educador. In: CANDAU, V. M. (Org.). *A didática em questão*. Petrópolis, Vozes, 1999. p. 25-34.
- MAIA, L. D.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Rev. bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, 36 (123): 93-102, 2011.
- MALTA, D. C., SANTOS, F. P. O programa de saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. *Rev Med Minas Gerais*, 13(4):251-9. 2003.
- MARQUETTI, F. As mortes violentas como forma de transgressão: o suicídio. In: Barreto, M.; Netto, N. B.; Pereira, L. B. Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho. São Paulo: Matsunaga, 2011. p. 175-202.
- MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p.426-433, 2006.
- MARTINS, S.T.F. Processo grupal e a questão do poder em Martin-Baró. *Psicol. Soc.*, v.15, n.1, p.201-217, 2003.
- MARX, K. (1844). Trabalho Alienado. Em: MARX, K. *Manuscritos econômicos-filosóficos*. Trad. Alex Martins. São Paulo: Martin Claret, 2004. p. 110-122.
- MARX, K. (1867) *O capital*: crítica da economia política. Tradução Reginaldo Sant'Anna. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.
- MEDEIROS, M. S. ; GUIMARÃES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 571/579, 2002.
- MENEGOLLA, V.L; POLLETO, D.S.; KRAHL, M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. *Boletim da Saúde*. Porto Alegre, v. 17, n. 2 jul./dez. 2003

- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18 (6 4 Supl 4): S3-S11.
- MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colect*, La Plata, v.2, n.2, p.147-160, 2006.
- MERHY, E.E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS SAÚDE. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, p.147-149, 2001.
- MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Hucitec: São Paulo, 2002. 189p.
- MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. 269p.
- MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. ; GUIMARÃES, C. O agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (orgs.) *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 189-211.
- NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Med. Trab.*, v. 1, n. 1 p. 56-68, 2003.
- ONOCKO, R. T. C. , 2005. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3): 573-583, 2005.
- ONOCKO, R. T. C.; MASSUDA, A.; VALLE, I.; PELLEGRINI, O. Salud Colectiva y psicoanálisis: entercruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. *Salud Colectiva*, 4 (2): 173-185, 2008.
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. 1996. *Promoción de la salud: una antología*, OPAS (Publicación Científica, 557). p.143-146, 2001.
- PAIM, J.S. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.4, n.2, p.243-261, 1999.
- PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.5, n.9, 2001
- PAPARELLI, R. ; SATO, L. ; OLIVEIRA, F. A Saúde Mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. *Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo*, 36 (123): 118-127, 2011

- PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v.35, n.3, p.303-311, 2001.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). *Saúde do adulto programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.234-250.
- PIERO, S. Organizaciones de la Sociedade Civil, Tensiones de uns agenda en construcción, Paidós, Bs.As. 2005.
- PITTA, A. M. F. *Hospital, dor e morte como ofício*. 5. ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003. 198 p.
- REIS, R.C.; TONHÁ, M.G.D.C; PADOANI, M.P. Trabalhar em rede: m desafio para as escolas técnicas do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.2,n.1, p. 189-201, 2004.
- RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr., 2004.
- RIBEIRO, S. F. R. *O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2006.
- RIBEIRO, S.F.R.; Martins, S.T.F. Oficina de teatro espontâneo com trabalhadores do Programa de Saúde da Família: um espaço de expressão e reflexão. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1), 2007, p.221-28.
- RIMOLI, J. Análise de uma intervenção pedagógica em centros de saúde e seu impacto na assistência e gestão. In: MERHY, E., E.; JUNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Hucitec: São Paulo, 2006.
- ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. *Rev. Bras. Enferm.*, v.56, n.3, p.230-235, 2003.
- SANTOS, B S. *Los Nuevos Movimientos Sociales*, Observatorio Social de América Latina, FLAGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDEO. 2001.

- SANTOS, B. S. *Produzir para viver*. Os caminhos da produção não capitalista. 2. Ed. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro. 2005
- TURATO, E.R. Método clínico-qualitativo: definições diferenciais e fundamentações. In: TURATO, E. R. (Org.). *Psicologia da saúde: estudos clínico-qualitativos*. Taubaté: Cabral, 2003. p.27-38.
- SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. São Paulo: SESSP; 2008a.
- SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. Relatório das oficinas para facilitadores e macro regionais da atenção básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo; SESSP; ago. 2008b. 57 p
- SCHMIDT, M. L. S. Políticas públicas e saúde mental: In: TRINDADE: Z. A. *Psicologia e saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 55-71
- SEADE. Perfil Municipal. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>. acessado em 12/08/11.
- SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. Em: MENDES, R. *Patologia do trabalho*. São Paulo: Ateneu, 2003. v.2 . p. 1142-1182.
- SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. 322p.
- SELIGMANN-SILVA, E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.
- SEGRE, M; FERAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.31, n. 5, p. 538-542, 1997.
- SILVA, J. J. *Apoio ao Programa Saúde da Família*. Biblioteca Virtual em Saúde, Brasil. 01 set. 2002. Entrevista concedida a L.F. Rolim-Sampaio.
- SILVA, C. A. B. Os dez anos do programa Saúde da Família – PSF (editorial). *Revista Brasileira de Promoção a Saúde*, v. 17 (3), p. 97-98, 2004.
- SILVA, M.R.F.; JORGE, M.S.B. Prática dos profissionais no Programa de Saúde da Família: representações e subjetividades. *Rev. Bras. Enferm.*, v.55, n.5, p.549-555, 2002.
- SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, p.75-96, 2002.

- SILVA, P. E.; FABBRO, M.R.C.; HELOANI, R. O trabalho de enfermeiras e guardas municipais: identidade, gênero e poder. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.31, 2009.
- SIMÕES, A.R. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. *R. Saúde Públ., Florianópolis, Santa Catarina, Brasil*, v.2, n.1, jan./jul. 2009.
- SPAGNUOLO, R.S. *Coordenar equipes multiprofissionais: um desafio para o enfermeiro do Programa Saúde da Família*. 2006. 163p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.
- TANAKA, O, Y; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n1. p. 7-17. Jan/abr/2007.
- TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde – a assistência à saúde da família. *Rev. Bras. Enferm.*, v.53, n.2, p.193-206, 2000.
- TURAZZI, M. C.; BATISTA, K. B. C.; FEITOSA, C. R. DE B.; LORENZO, R. A. V.. Manual de treinamento introdutório do Programa Saúde da Família. São Paulo, s.n, 2005. 212p.
- VIANA, A.L.D. et al. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2317-2326, 2010
- VIEIRA, E.T.; BORGES, M.J.L.; PINHEIRO, S.R.M.; NUTO, S.A.S. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Prom. Saúde*, v.17, n.3, p.119-126, 2004.
- VIEIRA, C. M.; CORDEIRO, M. P. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do “Programa Saúde da Família”. *Arq. Bras. Psicol.*, v.57. n.1, p. 58-74, 2005.
- VYGOTSKY, L.S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. Tradução José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 191p.
- VYGOTSKY, L.S. (1995) Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. Em L.S. Vigotski. Problemas del desarrollo de la psique. (L. Kuper, Trad, pp.09-340). Madrid: VisorDist. (Obras escogidas, III) (Original publicado em 1931).
- WAI, M.F.P. O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento. Ribeirão Preto, 2007. 137p. [Dissertação de Mestrado]

WESTPLTAL, M. F.; BOGUS, M. C.; FARIA, M. M Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*. V.120 n. 6.. 1996. p. 472-482.

**ANEXOS**

## Anexo 1

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade \_\_\_\_\_, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa: **“Sofrimento psíquico privacidade do Agente Comunitário de Saúde”** com o objetivo de investigar a influência da atividade do Agente Comunitário de Saúde na sua privacidade por morar próximo ao local de trabalho, considerando os benefícios no desenvolvimento profissional desses trabalhadores.

Qualquer dúvida quanto ao procedimento e metodologia será esclarecida antes e durante a pesquisa. Se for necessário algum tipo de atendimento específico será feito encaminhamento para os respectivos profissionais.

Caso, durante o estudo for identificada a vontade de deixar de participar da pesquisa, isso será prontamente atendido, sem qualquer prejuízo ao trabalhador na unidade.

Fica autorizado que os grupos focais e entrevistas sejam gravada em fita K-7, destruídas depois do processo de pesquisa, com o compromisso de sigilo das informações, concordando que os conteúdos sejam utilizados para efeito de análise e divulgação científica, sendo preservada a identidade do entrevistado, acompanhado de um compromisso de proporcionar informação após a conclusão do estudo.

Fica claro que o participante da pesquisa pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, deixando de participar desta pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional, conforme Código de Ética do Psicólogo.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

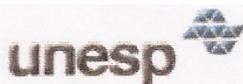
Botucatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

\_\_\_\_\_  
**Trabalhador(a) Entrevistado(a)**

\_\_\_\_\_  
**Pesquisadora Sandra F. R. Ribeiro**

Pesquisadora: Sandra Fogaça Rosa Ribeiro  
Rua Antonio Cardoso do Amaral, 636  
Jardim Paraíso/ Botucatu  
Fone: 14 9787 4609

Orientador: José Roberto Heloani  
Pça Amadeu Amaral, 84/Ap61  
São Paulo – SP  
Fone: 11 3287 3931



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 06 de julho de 2.009

OF. 256/2009-CEP

Ilustríssimo Senhor  
Prof. Dr. José Roberto Heloani  
Departamento de Educação da UNICAMP  
Universidade Estadual de Campinas.

Prezado Prof. José Roberto,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto: **(Protocolo CEP 3255-2009) Sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde: privacidade do trabalhador no campo de trabalho, a ser conduzido por Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, orientada por Vossa Senhoria recebeu do relator parecer favorável**, aprovado em reunião do CEP de 06/07/09.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "**Relatório Final de Atividades**".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP.

PROGRAMA DE SAÚDE DE FAMÍLIA



Relatório SSA2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			MÊS	ANO
MUNICÍPIO (nome):	MUNICÍPIO (código):	SEGMENTO	UNIDADE	_ _ _	_ _ _
		_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	ÁREA  _ _ _

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE

MICROÁREA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
<b>Nascidos vivo no mês</b>											
RN pesados ao nascer											
RN pesados ao nascer < 2500g											
<b>De 0 a 3 meses ou 29 dias</b>											
Aleitamento exclusivo											
Aleitamento misto											
<b>De 0 a 11 meses ou 29 dias</b>											
Com vacinas em dia											
Pesadas											
Desnutridas											
<b>De 12 a 23 meses ou 29 dias</b>											
Com vacinas em dia											
Pesadas											
Desnutridas											
<b>Menores de 2 anos</b>											
Que tiveram diarreia											
Que tiveram diarreia e usaram TRO											
Que tiveram infecção respiratória aguda											
Cadastradas											
Acompanhadas											
Com vacina em dia											
Fez consulta de pré - natal no mês											
Com pré - natal iniciado no 1º TRI											
< 20 anos cadastradas											

**Anexo 3 - Fichas preenchidas pelos ACS participantes da pesquisa**

MICROÁREA ⇨	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
	Diabéticos										
Cadastrados											
Acompanhados											
Cadastrados											
Hipertensos											
Acompanhados											
Pessoas com											
Tuberculose											
Acompanhados											
Pessoas com											
Cadastradas											
Acompanhadas											
Hanseníase											
Menores de 5 anos por pneumonia											
Menores de 5 anos por desidratação											
Por abuso do álcool											
Por complicação de Diabetes											
Por outras causas											
Total											
Internação em hospital psiquiátrico											
De menores de 28 dias											
Por diarreia											
Por infecção respiratória aguda											
Por outras causas											
De 28 dias a 11 meses ou 29 dias											
Por diarreia											
Por infecção respiratória											
Por outras causas											
De menores de 1 ano											
Por diarreia											
Por infecção respiratória											
Por outras causas											
De mulheres de 10 a 49 anos											
De 10 a 14 anos											
De 15 a 49 anos											
Outros óbitos											
Total de óbitos											
De adolescentes(10-19anos)por violência											
Total de famílias cadastradas											
Visita familiar - ACS											

Ó B I T O S

H O S P I T A L





Anexo 3 - Fichas preenchidas pelos ACS participantes da pesquisa

PROGRAMA DE SAÚDE DE FAMÍLIA



FICHA B - GBS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

ANO \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ SEGMENTO \_\_\_\_\_ UNIDADE \_\_\_\_\_ ÁREA \_\_\_\_\_ MICROÁREA \_\_\_\_\_ NOME ACS: \_\_\_\_\_

ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

Identificação da Gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da vacina									Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida	Data de consulta de pré - natal									Fatores de risco	Resultado da gestação atual	Data da consulta de puerpério							
			1	2	3	R	1	2	3	4	5		6	7	8	9	1	2	3	4	5				6	7	8	9			
Nome: _____ Endereço: _____			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6 ou mais gestações Nascimento/Aborto 36 anos ou mais Menos de 20 anos Sangramento Edema Diabetes Pressão Alta	NV	NIM	AB	1	2	
OBS: _____																										Data da visita do ACS					
Nome: _____ Endereço: _____			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6 ou mais gestações Nascimento/Aborto 36 anos ou mais Menos de 20 anos Sangramento Edema Diabetes Pressão Alta	NV	NIM	AB	1	2	
OBS: _____																										Data da visita do ACS					
Nome: _____ Endereço: _____			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6 ou mais gestações Nascimento/Aborto 36 anos ou mais Menos de 20 anos Sangramento Edema Diabetes Pressão Alta	NV	NIM	AB	1	2	
OBS: _____																										Data da visita do ACS					

Anexo 3 - Fichas preenchidas pelos ACS participantes da pesquisa

PROGRAMA DE SAÚDE DE FAMÍLIA



FICHA B - TB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ SEGMENTO \_\_\_\_\_ UNIDADE \_\_\_\_\_ ÁREA \_\_\_\_\_ MICROÁREA \_\_\_\_\_ NOME ACS: \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade	Data da visita do ACS Toma medicação diária Reações indesejáveis Data da última consulta Exame de escarro Comunicantes examinados < 5 anos com BCG	Meses												Outras Informações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome: Endereço:			Data da visita do ACS Toma medicação diária Reações indesejáveis Data da última consulta Exame de escarro Comunicantes examinados < 5 anos com BCG														Nº de Comunicantes Comunicantes < 5 anos
Nome: Endereço:			Data da visita do ACS Toma medicação diária Reações indesejáveis Data da última consulta Exame de escarro Comunicantes examinados < 5 anos com BCG														Nº de Comunicantes Comunicantes < 5 anos
Nome: Endereço:			Data da visita do ACS Toma medicação diária Reações indesejáveis Data da última consulta Exame de escarro Comunicantes examinados < 5 anos com BCG														Nº de Comunicantes Comunicantes < 5 anos





# Anexo 3 - Fichas preenchidas pelos ACS participantes da pesquisa



**ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**



## FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR

### SiMIS - Sistema Municipal de informações em Saúde de Famílias da ESF (Ficha A-1)

Domicílio/SiMIS: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Código do cadastrador: \_\_\_\_\_

Segmento: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_ Microárea: \_\_\_\_\_ Nº família na Microárea: \_\_\_\_\_ Qtda. Pessoas: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Recado: \_\_\_\_\_

#### Dados de Moradia

Nº de Cômodos: \_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>- Tipo de domicílio</b> <input type="checkbox"/> Tijolo/Alvenaria <input type="checkbox"/> Adobe <input type="checkbox"/> Taipa Revestida <input type="checkbox"/> Taipa não Revestida <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Madeira aproveitado <input type="checkbox"/> Outros	<b>- Tratamento de Água no Domicílio</b> <input type="checkbox"/> Filtrada <input type="checkbox"/> Fervida <input type="checkbox"/> Cloração <input type="checkbox"/> Mineral <input type="checkbox"/> Sem tratamento	<b>- Energia Elétrica</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<b>- Abastecimento de Água</b> <input type="checkbox"/> Rede Pública <input type="checkbox"/> Poço ou nascente <input type="checkbox"/> Outros	<b>- Esgotamento Sanitário</b> <input type="checkbox"/> Rede Pública <input type="checkbox"/> Fossa <input type="checkbox"/> Céu aberto
<b>- Tipo de Moradia</b> <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Própria com Financiamento	<b>- Banheiros</b> <input type="checkbox"/> Dentro <input type="checkbox"/> Fora <input type="checkbox"/> Ausente	<b>- Destino do Lixo</b> <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Queimado / enterrado <input type="checkbox"/> Céu aberto

Família possui Plano de Saúde?  Sim     Não    Nº de pessoas cobertas: \_\_\_\_\_

Nome do Plano de Saúde: \_\_\_\_\_

#### Que recursos de Saúde procura em caso de doença?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulatório de Especialidades | <input type="checkbox"/> Farmácia                  |
| <input type="checkbox"/> Benzedeira                    | <input type="checkbox"/> Pronto Socorro Unesp      |
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde               | <input type="checkbox"/> Pronto Socorro Sorocabano |
| <input type="checkbox"/> Consultório Médico Particular | <input type="checkbox"/> Pronto Socorro Municipal  |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____                 |  |

#### Meios de comunicação utilizados para obter informações:

- Jornal     Televisão     Internet     Rádio  
 Outros: \_\_\_\_\_

#### Participa de grupos comunitários:

- Cooperativas     Religioso     Associações     Outros: \_\_\_\_\_

#### Meios de transporte que utiliza:

- Bicicleta     Motocicleta particular     Ônibus de transporte público  
 Carro particular     Carroça     Outros veículos a motor: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

- Médico     Enfermeiro     ACS     Aux. Administrativo     Aux. Enfermagem







# Anexo 3 – Fichas preenchidas pelos ACS participantes da pesquisa

## FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

Nome: .....

Registro: .....

ÉPOCA DA CONSULTA	DATA DE NASCIMENTO	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)	IDADE (MESES)															
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15			
1 mês		Abre e fecha os braços em resposta a estimulação (Reflexo de Moro).																
		Postura: barriga para cima; pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada.																
		Olha para a pessoa que a observa.																
2 meses		Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente.																
		Sorri espontaneamente.																
		Fixa e acompanha objetos em seu campo visual.																
4 meses		Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço.																
		Alcança e pega objetos pequenos.																
		Emite sons - vocaliza.																
6 meses		Levantada pelos braços ajuda com o corpo.																
		Segura e transfere objetos de uma mão para a outra.																
		Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.																
9 meses		Senta-se em apoio.																
		Arrasta-se ou engatinha.																
		Responde diferentemente a pessoas familiares e estranhas.																
12 meses		Anda com apoio.																
		Faz gestos com a mão e cabeça (de tchau, de não, bate palmas, etc.)																
		Emprega pelo menos 1 palavra com sentido.																
ÉPOCA DA CONSULTA		MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)	IDADE (MESES)					IDADE (ANOS)										
			11	14	15	18	21	2	3	4	5	6						
18 meses		Anda sozinha; raramente cai.																
		Combina pelo menos 2 palavras.																
		Tira qualquer peça do vestuário.																
2 anos		Corre e/ou sobe degraus baixos.																
		Em companhia de outras crianças, brinca isoladamente.																
		Diz seu próprio nome.																
3 anos		Fica sobre um pé momentaneamente.																
		Usa frases.																
		Veste-se com auxílio.																
4 anos		Pula sobre um só pé.																
		Brinca com outras crianças.																
		Reconhece mais de 2 cores.																
5 anos		Pula alternadamente com um e outro pé.																
		Veste-se sozinha.																
		Pede ajuda quando necessário.																

**P** = Presente

**A** = Ausente

**NV** = Não Verificado