

**TATIANA DE ANDRADE JARDIM**

**Morar e trabalhar na comunidade: a realidade dos  
agentes comunitários de saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Movimento, Postura e  
Ação Humana

Orientadora: Profa. Dra. Selma Lancman

São Paulo

2007

### **Você Aprende...**

*Aprende que, ou você controla seus atos ou eles o controlarão,  
e que ser flexível não significa ser fraco  
ou não ter personalidade, pois não importa  
quão delicada e frágil seja uma situação, sempre existem dois lados.*

*Depois de um tempo você aprende que o sol queima  
se ficar exposto por muito tempo.*

*E aprende que não importa o quanto você se importe,  
algumas pessoas simplesmente não se importam...  
E aceita que não importa quão boa seja uma pessoa,  
ela vai feri-lo de vez em quando e você precisa perdoá-la por isso.*

*Aprende que falar pode aliviar dores emocionais.  
Aprende que paciência requer muita prática.  
E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher.*

*Aprende que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas  
distâncias.  
E o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida.*

*Aprende que as circunstâncias e os ambientes  
têm influência sobre nós, mas nós somos responsáveis por nós mesmos.  
Começa a aprender que não deve se comparar com os outros,  
mas com o melhor que pode ser.*

*Aprende que maturidade tem mais a ver com os tipos de experiência que se teve  
e o que você aprendeu com elas, do que com quantos aniversários você celebrou.*

*Aprende que há mais dos seus pais em você do que você supunha.*

*Aprende que nunca se deve dizer a uma criança que sonhos são bobagens,  
poucas coisas são tão humilhantes e seria uma tragédia se ela acreditasse nisso.*

*Aprende que o tempo não é algo que possa voltar para trás.  
Portanto, plante seu jardim e decore sua alma,  
ao invés de esperar que alguém lhe traga flores.*

*E você aprende que realmente pode suportar...  
que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe  
depois de pensar que não se pode mais.  
E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!*

*William Shakespeare*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos agentes comunitários de saúde e toda equipe de pesquisa do Projeto PROESF por despertarem o desejo em desenvolver esse estudo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Selma Lancman, por ter acreditado em minha possibilidade de progresso pessoal e profissional.

Aos grandes e eternos mestres que compuseram a banca de qualificação, pela paciência, disponibilidade, carinho e dedicação a essa aluna. Vossas contribuições foram valiosas nesse percurso.

À Profa. Dra. Eda Tassara pela disponibilidade e generosidade em compartilhar seus conhecimentos.

A Eva, pelo excelente trabalho de revisão e correção gramatical.

Aos meus pais, Marlene e Manuel, pelo amor, paciência e palavras de incentivo sempre. Se não fosse a importância que vocês tem para mim, outros ventos teriam direcionado meu caminho em um momento de encruzilhada.

Aos meus irmãos, Rafa e Lili, pela força e conversas sempre que recorri aos seus ombros.

À grande amiga, Maria Santos, pela paciência, leitura atenta, generosidade e acolhida em momentos difíceis dessa jornada.

As amigas de LIIST, Carol e Rita, pela força, incentivo, debates e muito risos após as aulas, grupos de estudo e por acreditarem na minha potencialidade em momentos que nem eu acreditara.

A uma pessoa muito especial, Thiago Rovito, pela paciência e pelo dia da flor roxa. Meu empenho não seria o mesmo se não fosse aquela frase.

Minha gratidão e admiração a todas essas pessoas especiais que me ensinaram lições de vida e me ajudaram a crescer pessoal e profissionalmente e a buscar ser uma pessoa melhor frente a cada tropeço.

É muito prazeroso fazer algo quando se sabe existirem pessoas muito queridas que se interessam e torcem por você. Muito obrigada!

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Frddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campo Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

## SUMÁRIO

### Lista de figuras

1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1 A inserção do Agente Comunitário de Saúde no Sistema Único de Saúde .....	3
1.2 A expansão do Programa Saúde da Família e do Agente Comunitário de Saúde .....	9
1.3 O Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo.....	10
1.4 O Agente Comunitário de Saúde .....	12
1.5 Outros apontamentos da revisão bibliográfica.....	21
2. BASE TEÓRICA .....	27
2.1 Aporte Teórico .....	28
2.1.1 Psicodinâmica do Trabalho .....	30
2.1.2 Análise psicodinâmica das situações de trabalho: apresentando o método de pesquisa.....	37
2.1.2.1 Pré-enquete .....	39
2.1.2.2 A enquete .....	40
2.1.2.3 Validação e Refutação.....	43
JUSTIFICATIVA e OBJETIVO .....	45
3. MÉTODO.....	47
3.1 Material .....	48
3.1.1 Origem histórica do material.....	49
3.1.2 Aspectos da Análise Psicodinâmica do Trabalho.....	50
3.1.3 Caracterização do grupo realizado.....	50
3.2 Método .....	55
3.2.1 Procedimentos, pré-pesquisa e criação de categorias.....	55
3.2.1.1 Fase da Pré-análise.....	55
3.2.1.2 Fase da exploração do material.....	57
3.2.1.3 Fase do Tratamento dos resultados obtidos.....	58

3.2.1.4	Critérios de interpretação das categorias de análise .....	59
4.	RESULTADOS .....	60
4.1	Processo de construção da credibilidade e as relações de trabalho: ACS e usuário.....	61
4.2	Credibilidade versus invasão da privacidade dos moradores da Comunidade.....	66
4.3	Privacidade do ACS e sua família.....	68
4.4	Relação com a comunidade e com o serviço de saúde como morador da região.....	72
4.5	Construção de uma ética: foco na privacidade do usuário .....	74
4.6	Fronteira trabalho versus militância (voluntarismo).....	75
5.	DISCUSSÃO .....	77
6.	CONCLUSÃO.....	94
7.	ANEXO.....	98
8.	REFERÊNCIAS.....	100

## LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Evolução nacional das equipes de saúde da família implantadas, por ano .....	9
Quadro 2 - Quantidade de agentes comunitários de saúde no Brasil, por ano.....	9
Quadro 3 - Evolução das equipes de saúde da família implantadas e Dos agentes comunitários de saúde, no Município de São Paulo, por ano .....	11
Quadro 4 - Distribuição dos agentes comunitários de saúde do Grupo de Psicodinâmica do Trabalho, das Unidades de Saúde da Família, segundo o sexo.....	51



## RESUMO

Jardim TA. Morar e trabalhar na comunidade: a realidade dos agentes comunitários de saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 108p.

**INTRODUÇÃO:** O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o elo entre a comunidade e o sistema de saúde no Programa Saúde da Família. Seu trabalho é pautado no contato direto com a comunidade local e se configura como a possibilidade de comunicação e de acesso desta aos serviços de saúde. É o único profissional da área de saúde que tem como um requisito profissional residir na comunidade onde trabalha. A pesquisa objetivou conhecer aspectos subjetivos do trabalho dos agentes comunitários de saúde relacionados ao morar e trabalhar na mesma comunidade. **MÉTODO:** Foi desenvolvida uma análise de conteúdo dos documentos 'Relatório da Análise Psicodinâmica do Trabalho realizada com os Agentes Comunitários de Saúde da região de Pirituba/São Paulo' e 'Anotações das sessões de grupo'. Primeiramente, realizou-se a leitura flutuante seguida por análises estruturais para identificar categorias significativas aos objetivos da pesquisa. Como referencial teórico para a interpretação dos resultados utilizou-se a teoria da Psicodinâmica do Trabalho. **RESULTADOS:** Os resultados foram apresentados nas seguintes categorias: 1. Processo de construção da credibilidade e as relações de trabalho: ACS e usuário; 2. Credibilidade *versus* invasão da privacidade dos moradores da comunidade;

3. Privacidade do ACS e sua família; 4. Relação com a comunidade e com o serviço de saúde como morador da região; 5. Construção de uma ética: foco na privacidade do usuário; 6. Fronteira trabalho *versus* militância (voluntarismo). CONCLUSÕES: Concluímos que os agentes vivenciam sofrimentos no trabalho decorrentes de pertencerem à mesma comunidade na qual desempenham seu papel profissional. Tal sofrimento decorre, principalmente da impossibilidade de flexibilização da organização do trabalho no que se refere à obrigatoriedade de residir na região. Há uma contaminação do tempo do não trabalho de ordem psíquica e física (espacial).

Palavras Chave: Pessoal de saúde / Saúde do trabalhador / Condições de trabalho / Princípio do prazer – desprazer / Programa de saúde da família / Terapia Ocupacional / Pesquisa Qualitativa.

## SUMMARY

Jardim TA. Inhabiting and working at the same community: the reality of the community health agent [dissertation]. Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, SP (Brazil); 2007. 108 p.

INTRODUCTION: The Community Health Agent (ACS) is the link between the community and the health system in the Program of Health of the Family. His work is outlined on the direct contact with the local community and configures itself as a possibility of communication and access to the health services. He is the sole worker of the health staff that has as a professional requirement to inhabit in the community where he works. The objective of the research was to to be acquainted with the subjective aspects of the work of the community health agent related to the fact of living and work in the same community. METHODS: Was developed an analyses of the content in the following documents 'Report of the Analysis of the Psychodynamic of the Work with ACS of Pirituba/São Paulo' and 'Notations of the group sessions'. A naïve reading of *documents* notes was primairily performed. This was followed by a structural analyses to identify the categories with meaningful connections to the research objeticves. The theory of the Psychodynamic of the Work was the theoretical referencial used to interpret the results of the research. RESULTS: It had been presented in the following categories: 1. Construction of the credibility and the relations of work: ACS and users; 2. Credibility *versus* privacy invasion of the inhabitants of the community; 3.

Privacy of the ACS and his family; 4. Relation with the community and the health service as resident of the region; 5. Construction of an ethics: focus in the user's privacy; 6. The boundaries of working and militancy (voluntarism).  
CONCLUSIONS: We concluded that those workers experienced deeply work's sufferings decurrent to the fact of belonging to the same community to which they perform their professional role. The suffering elapses mainly from the impossibility of flexibilization of the work organization with respect to the obligation of inhabiting in the same area. This requirement produces a phisical (spacial) and psychic contamination.

Key-words: Health personal / Occupational health / Work conditions / Pleasure- pain principles /Occupational therapy / Qualitative research.

# INTRODUÇÃO

---

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o elo entre a comunidade e o sistema de saúde no Programa Saúde da Família (PSF). Seu trabalho, pautado no contato direto com a comunidade local, se configura como a possibilidade de comunicação e de acesso desta aos serviços de saúde.

O agente trabalha em uma micro-área de *sua comunidade*. Enfatiza-se 'sua comunidade', pois além de trabalhar nela, o ACS é sujeito da mesma. Ou seja, ele mora na região e, para além do ato de residir, ele pertence a essa comunidade.

Conhecer os aspectos subjetivos do trabalho, decorrentes do morar e trabalhar na mesma comunidade e realizar reflexões teóricas à luz dos conceitos da Psicodinâmica do Trabalho foi o objetivo dessa pesquisa. O método utilizado foi a análise documental.

O interesse pelo tema dessa pesquisa decorreu da participação em um grupo de Psicodinâmica do Trabalho realizado com agentes comunitários da região de Pirituba/São Paulo (Lancman et al., 2005a, 2006; Sznelwar et al., 2006). Os aspectos subjetivos evidenciados chamaram a atenção para questões desconhecidas sobre o trabalho desses profissionais. Essas questões resultaram da experiência desses agentes e a condição de terem como um requisito para o exercício profissional morar na micro-área na qual desenvolvem suas atividades emergiu como uma questão a ser estudada.

## **O Agente Comunitário de Saúde e o Sistema de Saúde**

### **1.1 A inserção do Agente Comunitário de Saúde no Sistema Único de Saúde**

A incorporação do agente comunitário de saúde (ACS) no sistema de saúde, no Brasil, deveu-se às repercussões da Conferência Internacional de Cuidados Primários, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas (Unicef), em 1978 (Silva e Dalmaso, 2002).

Os cuidados primários de saúde constituem o primeiro nível de organização do sistema de saúde, a atenção básica. Essa modalidade prevê um conjunto de ações que contempla a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde; podendo, tais ações, ser de caráter individual e/ou coletivo (Rosa e Labate, 2005).

Atualmente, o foco da atenção básica está voltado para o resgate e garantia da qualidade de vida das pessoas e sua rede social como também para a relação da equipe de saúde com a comunidade na qual trabalha. Os centros de ação são os núcleos sociais primários, ou seja, a ação, nesse setor da saúde, direciona seu foco para as famílias. Nesse sentido, foram desenvolvidas novas estratégias de ação destinadas à população (Brasil, 1996; 2006).

Os itens I e III da Portaria nº 648, do Ministério da Saúde (MS), apresentados a seguir, salientam os fundamentos estabelecidos para a Política Nacional de Atenção em Saúde (Brasil, 2006).

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2006; p3).

Concomitantemente às discussões e formulações acerca dos fundamentos, princípios e ações pertinentes à Atenção Básica, nacionalmente, deu-se início à implantação do Programa Agente de Saúde (PAS). Em 1979, com o apoio da Unicef, o Estado do Maranhão foi pioneiro em concretizar tal programa. O ACS estava vinculado, principalmente, aos postos de saúde situados em áreas rurais, de início, em cidades pequenas, localizadas em locais de baixa densidade populacional e com escassez de serviços e profissionais de saúde. O foco de ação voltava-se para as questões materno-infantis (gestação, parto, aleitamento materno, vacinação e desnutrição infantil) e de saneamento básico (Capistrano Filho, 1999).

Em 1987, o programa foi implementado no Estado do Ceará que, por ter reduzido em 32% o índice de mortalidade infantil, ganhou notoriedade



nacional, após, aproximadamente, quatro anos de funcionamento (Brasil, 1993; Carvalho, 2002; Gil, 2006).

No Estado de São Paulo, as primeiras experiências de inserção do ACS aconteceram na cidade de São José dos Campos e na região do Vale do Ribeira, também no período entre 1979-81, com atuação semelhante à do agente de saúde das regiões Norte e Nordeste do País.

Considerando as novas diretrizes do Sistema Único de Saúde<sup>1</sup> e os resultados positivos decorrentes da ação do agente de saúde, o Governo Federal implantou, no ano de 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) \_ trata-se do processo de consolidação e efetivação de parcela das ações previstas para a Atenção Básica em saúde (Carvalho, 2002).

Para operacionalizar o programa, foram definidas áreas estratégicas de atuação, em todo o território nacional e, assim, as ações do agente direcionaram-se para a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras ações regionalizadas também foram realizadas, cuja determinação, porém, esteve sempre em consonância com as prioridades e o plano de metas anuais estabelecidos a partir dos indicadores estaduais da Atenção Básica (Viana e Dal Poz, 1998b; Brasil, 1999; 2000; Silva e Dalmaso, 2002).

---

<sup>1</sup> O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído com a Constituição Brasileira de 1988. Amplia-se, a partir de então, o conceito de saúde e há o redirecionamento de ações visando à universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade nas ações de saúde (Brasil, 1990;1990a). A implantação do SUS traz, como um de seus alicerces, a municipalização da gestão em saúde (Brasil, 1997a).

Trata-se da extensão de cobertura dos serviços de saúde, mas com um enfoque diferenciado: atuar de forma integrada com a comunidade, desenvolvendo um trabalho educativo com as famílias. Portanto, é no papel de agente educativo que o ACS se insere no SUS (Diehl e Fuentes, 2004). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1993; p3), o objetivo central do PACS é

melhorar, através dos Agentes Comunitários de Saúde, a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde.

Em 1993, 13 estados das regiões Norte e Nordeste possuíam mais de 29 mil ACS. Os resultados positivos, obtidos por meio do trabalho desses agentes, motivaram a expansão do número de trabalhadores, quando do surgimento de uma epidemia de cólera em tais regiões (Solla et al., 1996).

Assim, a inserção inicial e a expansão do ACS no trabalho foram determinadas pela oferta deficitária na atenção primária em saúde (Brasil, 1993; Carvalho, 2002; Araújo e Gomide, 2004).

Para implantar e financiar o PACS, nos municípios, o Ministério da Saúde estabeleceu, dentre outros requisitos mínimos, a contratação de um enfermeiro supervisor para cada 30 agentes e a existência de unidades de saúde na área de atuação desses agentes (Brasil, 1993; 1997b; Carvalho, 2002; Silva e Dalmaso, 2002). Assim, o trabalho passa a vincular-se a uma unidade de saúde, que se torna referência para os agentes e para a

comunidade, e a acontecer sob supervisão de um enfermeiro, que auxilia na solução das demandas da comunidade trazidas pelo ACS.

O PACS é compreendido, pelo Ministério da Saúde, como uma política que favorece a construção e a consolidação do SUS. Considerando seus aspectos positivos e para dar continuidade à implantação e reorganização do sistema de saúde, uma nova estratégia é idealizada, em 1993: o Programa Saúde da Família, cuja expansão efetiva ocorre a partir de 1995 (Viana e Dal Poz, 1998a; Silva e Dalmaso, 2002; Diehl e Fuentes, 2004).

o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (Rosa e Labate, 2005; p1028).

Os bons resultados obtidos pela atuação do ACS, através do PAS e do PACS, contribuíram para que o foco na família fosse definido como o eixo central da política e para que uma equipe de saúde passasse a trabalhar em co-responsabilidade em prol da saúde da população.

Voltado para promover a saúde e garantir melhorias na qualidade de vida, o PSF direcionou-se não somente para a cura e prevenção de doenças mas, sobretudo, para a valorização e ênfase do papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e da comunidade. A equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade; o conhecimento das

realidades; e a definição das prioridades de ação, independentemente da idade e do estado de saúde de cada membro da família (Brasil, 1997a, 2006; Silva e Dalmaso, 2002; Rosa e Labate, 2005).

As atividades são organizadas segundo um território geograficamente definido, com o propósito de fazer frente e resolver os problemas identificados.

O PSF passa a ser a porta de entrada para o sistema de saúde, em todas as localidades onde está implantado, e exerce papel estratégico na reorientação do modelo assistencial, substituindo a rede básica tradicional e imprimindo nova dinâmica de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Rosa e Labate, 2005).

O ACS é o trabalhador de destaque nessa nova proposta de atenção e passa a ter duas possibilidades de inserir-se no sistema de saúde: por meio do PACS e do PSF. Assim, está diretamente ligado a um enfermeiro e à unidade de saúde, vinculados ao PACS; ou, então, compõe a equipe de saúde da família em uma Unidade Saúde da Família (USF), vinculados ao PSF. Em ambos os casos, é importante profissional, facilitador do contato com a comunidade e no desenvolvimento da proposta de atenção à família (Rosa e Labate, 2005).

## 1.2 A expansão do Programa Saúde da Família e do Agente Comunitário de Saúde

Documentos recentes do Ministério da Saúde evidenciam a expansão do PSF, através do aumento do número de municípios cobertos pelo programa; de equipes de saúde da família implantadas; e de agentes comunitários de saúde em atividade. Os Quadros 1 e 2 indicam que o programa vem se consolidando, como estratégia prioritária de ação, no cenário da atenção básica brasileira (Brasil, 2007).

**Quadro 1** - Evolução nacional das equipes de saúde da família implantadas, por ano

	2003	2004	2005	2006
<b>Equipes de saúde da família (mil)</b>	19	21,3	24,56	26,73
<b>Total de municípios (mil)</b>	4,4	4,6	4,99	5
<b>Cobertura da população brasileira (%)</b>	35,7	39,0	44,35	46,19
cerca de x pessoas (milhões)	62,3	69,1	81,6	85,4

Base: Departamento de Atenção Básica, 2007/ Ministério da Saúde.

**Quadro 2** - Quantidade de agentes comunitários de saúde no Brasil, por ano

	2003	2004	2005	2006
<b>Agentes comunitários de saúde (mil)</b>	148,3	192,7	208	219,5
<b>Total de municípios (mil)</b>	5,1	5,1	5,2	5,2
<b>Cobertura da população brasileira (%)</b>	54,0	55,5	58,4	59,1
cerca de x pessoas (em milhões)	94	98,3	105,1	108,7

Base: Departamento de Atenção Básica, 2007/ Ministério da Saúde.

A quantidade de agentes é oito vezes superior à de equipes de saúde da família (ESF), devido ao fato de cada uma delas possuir, em média, seis

agentes e da existência do PACS em alguns estados brasileiros. Os dados evidenciam a importância do agente na atual configuração da atenção básica, o crescimento das equipes e, portanto, do PSF, em substituição ao PACS (Brasil, 2007).

### **1.3 O Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo**

No Município de São Paulo, a ação dos agentes comunitários é evidenciada a partir de 1996, os quais estão vinculados, inicialmente, ao Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis), pois ainda não havia o PSF. Vigorava, no município, um modelo de assistência à saúde dissociado do SUS (Silva e Dalmaso, 2002). Assim, o Projeto Qualis (uma parceria entre o MS, a Secretaria Estadual de Saúde e entidades não-governamentais) pautou-se nos princípios do PSF, congruindo com as ações, previstas pelo SUS, para a atenção básica e se estruturou com o foco na qualidade da atenção, e com intensa mobilização da comunidade (Capistrano Filho, 1999).

O Projeto Qualis I, primeira experiência no município, foi implantado em parceria com a entidade filantrópica Casa de Saúde Santa Marcelina, na região leste da capital. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (1999), o objetivo geral do Projeto Qualis pauta-se nos princípios e diretrizes do SUS e na proposta de prevenção, promoção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, pensada para o PSF.

Devido à elevada aceitação, por parte da população atendida, e aos resultados positivos obtidos, em 1997, em parceria com a Fundação Zerbini, foi criado o Qualis II (Capistrano Filho, 1999). Até o final do ano seguinte, os Qualis I e II contavam com 75 equipes de saúde da família, atuando em áreas das zonas leste, norte e sudeste da cidade (Silva e Dalmaso, 2002).

Em 2001, o Projeto Qualis foi municipalizado, já com 28 unidades de Saúde da Família e 86 equipes. O município passa, então, a implantar o PSF e a expansão das unidades de Saúde da Família promove novas parcerias entre a prefeitura e organizações não-governamentais, abrangendo novas áreas da cidade, entre elas a região de Pirituba (zona noroeste). O Quadro 3 sintetiza o recente processo de expansão do PSF (Brasil, 2007).

**Quadro 3** - Evolução das equipes de saúde da família implantadas e dos agentes comunitários de saúde, no Município de São Paulo, por ano

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Equipes de saúde da família (mil)</b>	600	619	696	791
Cobertura da população (%)	19,53	20	22,49	24,97
<b>Agentes comunitários de saúde (mil)</b>	4,33	4,30	4,84	5,20
Cobertura da população (%)	23,52	23,2	26,07	27,38
População estimada (milhões)	10,6	10,7	10,7	10,93

Base: Departamento de Atenção Básica, 2007 / Ministério da Saúde.

Até o primeiro trimestre de 2007, a cidade de São Paulo contava com 791 equipes, registradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), o maior contingente de equipes por município brasileiro, efetivando a cobertura de 24,97% da população do município, ou seja, 2,732 milhões de

peças. A meta da Secretaria Municipal de Saúde é chegar a 1.200 equipes, em 2009 (Prefeitura de São Paulo, 2006).

#### **1.4 O Agente Comunitário de Saúde**

No PSF, o agente comunitário de saúde integra a Equipe de Saúde da Família, que é composta, ainda, por médico da família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem. Eixo estruturante do programa, essa equipe empreende ações diretas com e na comunidade, desenvolvendo-o e, de fato, consolidando-o.

A equipe trabalha em área geograficamente delimitada, cujos contornos são determinados pela quantidade de pessoas (ou famílias) que a equipe deve atender. Os parâmetros da área de atuação da ESF, fornecidos pelo Ministério da Saúde, são de 2.500 a 4.500 pessoas, por equipe de saúde, e 450 a 750 pessoas para cada ACS (Brasil, 1997a; Silva e Dalmaso, 2002; Rosa e Labate, 2005). Assim, o ACS atua em um território predeterminado, atendendo à população de sua micro-área de referência, a chamada população adscrita.

O território é geograficamente determinado, porém, em seu trabalho,

(...) os agentes comunitários, que são parte integrante da população adscrita, antes devem trabalhar para organizar a parcela da sociedade agrupada num determinado território, que é mais do que um espaço, pois incorpora uma população com sua estrutura, sua história, sua cultura, suas organizações (Capistrano Filho, 1999; p94).



A principal atribuição dessa equipe é incentivar a participação ativa da comunidade em seu trabalho e na elaboração de propostas no âmbito social; favorecendo a aproximação entre o sistema de saúde e a comunidade local; a humanização do atendimento; e a responsabilidade mútua (Dal Poz, 2002).

Para que a equipe obtenha tais resultados na relação com a comunidade, o agente comunitário de saúde desempenha importante papel, por ser o elo entre essa comunidade e a equipe de saúde, uma vez que é o profissional que está primordialmente realizando as visitas domiciliares e reside na área. Além disso, é o primeiro contato dos serviços de saúde pública, com a comunidade local, advindo da iniciativa dos programas de saúde (Carvalho, 2002; Silva e Dalmaso, 2002).

Segundo o MS, as atribuições do agente, no PSF, são (Brasil, 1997a; 2006)

- atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF;
- integrar a equipe de saúde da família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando à proteção e à promoção da saúde da comunidade;
- *desenvolver ações educativas junto à população*, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade, como gestantes, crianças menores de cinco anos, idosos, portadores de doenças crônicas, visando à conquista da saúde;

- *estimular*, junto com os demais membros da equipe, a *participação popular*, no sentido de que a comunidade amplie sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes, visando a sua superação;
- *identificar situações de risco individual e coletivo e desenvolver ações de vigilância*, com vistas à redução da morbi-mortalidade e ao controle das doenças;
- *participar ativamente das ações de educação continuada e dos cursos de capacitação profissional* visando ao desenvolvimento do seu papel profissional e como *agente de mudança*;
- *acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas, de acordo com sua competência*;
- cadastrar as famílias de sua área de abrangência e atualizar periodicamente os dados sobre nascimentos, óbitos e doenças;
- registrar corretamente as ações desenvolvidas e as informações colhidas na comunidade;
- encaminhar doentes à unidade de saúde e realizar acompanhamento específico, de acordo com a orientação da sua equipe de saúde;
- realizar visitas domiciliares, sistematicamente, às famílias cadastradas;
- notificar as doenças e participar das ações de vigilância epidemiológica e sanitária;

- *estimular ações de saneamento e melhoria do meio ambiente, na sua área de atuação;*
- desenvolver ações básicas de saúde pertinentes à sua função, tais como: incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, verificação das carteiras de vacinação, orientação de gestantes e nutrízes, uso de sais de reidratação oral;
- atuar de forma integrada a outras instituições relacionadas à saúde da comunidade;
- não divulgar informações recebidas durante as visitas domiciliares a quaisquer pessoas que não pertençam à equipe de saúde;
- notificar imediatamente a equipe sobre mudanças de endereço de família da área;
- executar toda e qualquer outra atividade incluída no campo de ação de sua função;
- notificar imediatamente a equipe caso venha a transferir seu domicílio para outra área.

As atribuições citadas compõem o cotidiano de trabalho do agente e, conforme destacado nos itens, enfatizaremos um aspecto estruturante de seu trabalho: o papel de educador como um agente de mudança naquela comunidade.

Esse papel, desempenhado pelo agente, é unanimemente estudado e debatido por autores que pesquisaram as características do trabalho do ACS. Solla et al. (1996), Capistrano Filho (1999), Carvalho (2002), Dal Poz

(2002), Nunes et al. (2002), Silva e Dalmaso (2002), Tomaz (2002), Lunardelo (2004), Rosa e Labate, (2005), Spiri (2006), congruem na afirmação de que o ACS é um sujeito que emerge da comunidade e se integra às equipes de saúde, sem qualquer bagagem técnica específica da área de saúde, e trabalha por meio do diálogo com a comunidade de forma a desenvolver a conscientização da mesma e ser um agente educador.

Autores como Nunes et al. (2002), Silva e Dalmaso (2002), Lunardelo (2004) e Spiri (2006) entrevistaram agentes e, na análise dos resultados, identificaram a importância, por eles conferida, ao contato cotidiano e à conversa com a comunidade, enfatizando que o trabalho de agente envolve o fortalecimento do vínculo com a família, com a dupla finalidade de

levar o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar e fortalecer a capacidade da população de enfrentamento dos problemas de saúde, através da transmissão de informações e conhecimentos (Nunes et al., 2002; p1641).

O papel de agente transformador, previamente previsto para o agente comunitário, é por ele considerado como algo possível, na medida em que realiza as visitas domiciliares, conhece as reais necessidades daquela comunidade, e faz a mediação desta com a equipe de saúde e com o sistema. Assim, o ACS torna-se

o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos (Nunes et al., 2002; p1640).

Nesse processo de troca, o agente assume um papel de tradutor, quando percorre o caminho do saber científico e o transpõe ao universo popular; e de porta-voz da comunidade, quando conhece suas demandas e

carências e as transmite ao sistema de saúde (Nunes et al., 2002; Silva e Dalmaso, 2002; Lunardelo, 2004; Spiri, 2006). Por vezes, porém, encontra a resistência da população em relação às orientações e enfrenta dificuldades de relacionamento com membros da comunidade, ou no trabalho com a equipe de saúde (Pedrosa e Teles, 2001; Nunes et al., 2002; Chiesa e Farcolli, 2004).

O domicílio não é um território público e sequer de fácil acesso, portanto, para estabelecer o vínculo com a comunidade, o agente somente o adentra e conhece com a permissão da família e preserva ao máximo a intimidade da vida dessas pessoas (Lunardelo, 2004).

Carvalho (2002), objetivando conhecer a prática do ACS sob a ótica de sua dinâmica social, conclui que esse profissional favorece o acolhimento e resgata a integralidade do sujeito, dando ênfase ao suporte social, que fornece à comunidade através de seu perfil solidário.

Nunes et al. (2002), Silva e Dalmaso (2002) e Lunardelo (2004) apresentam, em seus estudos, que o fato de possuir esse papel de agente educador e de estabelecer forte vínculo com a comunidade para desempenhá-lo, coloca o agente em posição de destaque na comunidade. Sua figura ganha importância, ou seja, há um aumento de seu prestígio social e o agente vivencia uma experiência gratificante, na medida em que seu trabalho lhe permite conversar, orientar, conhecer pessoas e ajudá-las. No entanto, esse contato com a população gera intensos envolvimento pessoal e desgaste emocional.

A concordância de universo físico, social e psicológico estimula o empenho de buscar, propor todo o bem viver

desejado para o outro, como para si, numa ampliação profunda das aspirações à satisfação das necessidades, a nível relacional (presença do outro), biológico (espaço de sobrevivência) e sócio-político (o espaço para todos, em nível institucional) (Spiri, 2006; p8-9).

Segundo Nunes et al. (2002), o aumento de seu prestígio social deve-se ao acesso privilegiado que mantém com outros profissionais e ações de saúde, fato que gera, nos moradores da região, maior confiança quanto à possibilidade de resolver suas demandas. Essa confiança desperta, no agente, um sentimento de responsabilidade e de importância de seu trabalho, porém, ao se defrontar com a insuficiência de vagas de acesso ao sistema de saúde, o poder concedido ao ACS para, por exemplo, marcar consultas e exames para os demais moradores é, por vezes, valorado de forma negativa. Isso se dá no momento em que o usuário encara tal poder como uma fonte geradora de privilégios para alguns. Assim, a credibilidade e o reconhecimento do trabalho do agente fica comprometido, na medida em que o usuário considera que privilegia pessoas mais próximas e/ou mais queridas, no encaminhamento das vagas de acesso aos serviços de saúde.

A onipotência e a frustração permeiam a subjetividade de um agente social, que mantém profunda relação de pertença com seu espaço: o espaço em que vive é o mesmo onde atua, as pessoas da sua realidade social são as mesmas para quem dirige as suas ações de cuidado (Spiri, 2006; p8).

Outros apontamentos interessantes desses autores dizem respeito à ambigüidade de relações, sentimentos e emoções que o agente vivencia. O constante contato com a população; a entrada em seus domicílios, e, por consequência, em sua vida privada e em sua intimidade; o envolvimento

com a população; o vínculo que estabelece; o conhecimento e a apropriação das demandas dos mesmos e as impossibilidades de ação, quando constata os limites do setor de saúde, geram sentimentos ambíguos, de prazer e sofrimento.

A relação de igual que o agente comunitário estabelece com a comunidade, com uma proximidade física, intelectual e social das famílias e dos indivíduos, repercute em seu trabalho, com a criação de vínculos, a compreensão do ser e o entendimento da complexidade do meio onde vivem estas pessoas. Nessa aproximação e envolvimento do ACS com as famílias, há transposição dos problemas e das misérias humanas. Eles se envolvem, se vêem naquela ocorrência e acabam sofrendo com isso (Lunardelo, 2004; p107).

Lunardelo (2004) pontua, em seu estudo, que, no cotidiano, de “ser agente comunitário de saúde”, o trabalho tem gerado momentos de alegria e satisfação e também de tristezas e sofrimentos.

Seu estudo corrobora os resultados obtidos por Silva (2001), Carvalho (2002) e Spiri (2006), no que diz respeito aos momentos de alegria e prazer. Seriam, esses, resultado do reconhecimento de seu trabalho pela população; da possibilidade de obter remuneração por um trabalho que, anteriormente, era realizado por associações comunitárias e religiosas; da possibilidade de contribuir para a melhoria de vida das pessoas; e de criar novos desafios, do aprendizado e da perspectiva de profissionalização.

(...) podemos dizer que a satisfação com o trabalho, gerada no ACS, está intrinsecamente ligada ao papel social que desempenha dentro da comunidade e ao reconhecimento deste, aliado ao fato de que a possibilidade de ser ACS

confere-lhe novas perspectivas, tanto no âmbito pessoal, como familiar e comunitário (Lunardelo, 2004; p83).

Quanto aos aspectos geradores de sofrimento, as autoras identificaram as pressões que o agente sofre cotidianamente, provenientes de seu envolvimento com a população; o fato de se tornar depositário de inúmeras expectativas; a dificuldade em impor limites à população; a busca incessante pelo agente, por parte da comunidade; e a impossibilidade de oferecer solução para as demandas. Esse sofrimento tem exposto, o agente, a momentos de angústia, desmotivação e insatisfação no trabalho, gerando problemas de saúde (Silva, 2001; Carvalho, 2002; Lunardelo, 2004; Spiri, 2006).

O agente mora no próprio bairro, na mesma micro-área, freqüente, com assiduidade, as residências dos usuários<sup>2</sup> e pode ser facilmente encontrado pelos mesmos. Os autores Carvalho (2002), Nunes et al. (2002), Silva e Dalmaso (2002), Lunardelo (2004) e Spiri (2006) congruem quanto a tal realidade vivenciada pelo ACS, porém, as conseqüências na vida do agente é um campo ainda a ser questionado e explorado.

A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos (Nunes et al., 2002; p1644).

Pode-se pensar que esse modelo relacional condiciona, então, a excessiva valorização dos aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com os moradores, bem

---

<sup>2</sup> O termo usuário refere-se, no presente estudo, à população adscrita àquele determinado agente, ou seja, os moradores da micro-área de cobertura do ACS.



como a ênfase que é colocada pelos usuários do PSF em conteúdos ligados à vida pessoal dos agentes, chegando por vezes ao extremo de exercerem um controle social sobre as suas vidas privadas (Nunes et al., 2002; p1645).

Foi sobre as questões que o ACS vivencia, fruto desse cenário de ambigüidade de relações e emoções, devido ao fato de morar na mesma comunidade em que desenvolve suas atividades profissionais, que a presente pesquisa debruçou seus questionamentos, debates e elucubrações.

## **1.5 Outros apontamentos da revisão bibliográfica**

Segundo Kluthcovsky e Takayanagui (2006), o quadriênio 2000-2004 foi o período de maior concentração de estudos e publicações sobre o tema agente comunitário de saúde (59% do total de publicações existente ao final do ano de 2006). De acordo com a revisão da literatura realizada, há 56 referências a tal tema, nas bases de dados *Lilacs* e *Medline*<sup>3</sup>. Delas, 30 são livretos ou capítulos de livros; 18 são artigos de periódicos, há quatro dissertações de mestrado; duas monografias de especialização; e duas teses de doutorado. Toda essa literatura encontrada foi consultada, porém, apenas as referenciadas, ao longo deste capítulo, trazem contribuições ao foco proposto para o presente estudo.

---

<sup>3</sup> Lilacs: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Medline: base de dados do National Library of Medicine. Ambos disponíveis em: [www.bireme.br](http://www.bireme.br)

Dentre os livretes e capítulos de livro, é interessante destacar que 80% são publicações de órgãos públicos nacionais que regulamentam e normatizam o trabalho, ou capacitam o agente (Kluthcovsky e Takayanagui, 2006). Tal fato evidencia, de um lado, o interesse das entidades governamentais pelo programa e, de outro, o processo de constituição profissional. Por se tratar de uma profissão ainda em formação e considerando que essa se constrói no desenvolvimento das atividades e do trabalho do agente, os manuais são produzidos ao longo desse processo. A exemplo, a Portaria nº 648, de 2006, estabelece, em seu conteúdo, revisões das diretrizes e normas para o PSF e o PACS, considerando que, com a experiência acumulada nos diversos estados e municípios do País, é necessário adequar as diretrizes e normas, visando obter ganhos qualitativos na organização, execução e resultados do trabalho realizado (Brasil, 2006).

Outro fato que evidencia a recente constituição da profissão é a escassez de estudos e produções científicas sobre o tema agente comunitário de saúde. Com a corrente expansão e consolidação do PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial em saúde e o destaque do ACS como ator essencial, estudos científicos passaram a ser realizados e cresceu o interesse pelo tema, embora ainda possa ser mais estudado e explorado (Kluthcovsky e Takayanagui, 2006).

Dentre as publicações encontradas, predominam os estudos que apresentam as atividades do ACS, analisando seu trabalho ou os resultados obtidos a partir de suas ações na comunidade ou, então, caracterizando-o e

as suas funções (Solla et al., 1996; Pedrosa e Teles, 2001; Carvalho, 2002; Nunes et al., 2002; Silva e Dalmaso, 2002; Tomaz, 2002; Chiesa e Farcolli, 2004; Lunardelo, 2004; Kluthcovsky e Takayanagui, 2006).

Carvalho (2002), Nunes et al. (2002), Silva e Dalmaso (2002), Chiesa e Farcolli (2004) e Fortes e Spinetti (2004a) estudam questões relacionadas ao ACS por meio de questionários e/ou entrevistas semi-estruturadas realizados com os diversos atores que compõem o cenário de trabalho do agente: a equipe de saúde, os usuários ou a comunidade em geral, a chefia, a família do ACS, e o próprio agente; porém, não destacam o agente nas discussões acerca de seu trabalho; enfoque este dado por Lunardelo (2004) e Spiri (2006).

Sob a forma da Lei nº 10.507, a atuação como um ACS, desde julho de 2002, é considerada uma profissão. No entanto, ainda hoje não há um órgão regulamentador e, apesar das pesquisas realizadas, não se tem acesso a normas de conduta e código de ética (portanto, pode-se questionar sua existência jurídica). Essa mesma lei determina a obrigatoriedade de o ACS residir na comunidade em que trabalha, pontuando, em seu artigo 3º, que “o ACS deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: I - residir na área da comunidade em que atuar”. Assim, o ACS é, no sistema de saúde, o único profissional que tem de atender tal exigência para o exercício profissional.

Segundo Spiri (2006), a formalização do ACS como categoria profissional deu-se por disputa de interesses sobre o mercado de trabalho e controle do exercício profissional, distanciando-se do eixo central, que

deveria ser a ação do ACS perante a comunidade e o serviço de saúde. Silva e Dalmaso (2002) abordam tal discussão enfocando que, segundo os conceitos de Girardi (1995), os processos de reconhecimento de uma especialidade profissional dependem da quantidade de recursos de que esses dispõem organizacional, política e economicamente e de sua capacidade de articulação, negociação e incorporação de suas demandas no interior dos mercados e do sistema político.

As autoras enfatizam também outra ótica, que acreditam ser complementar nesse processo, considerando que, devido ao fato de a profissão ser criada após a efetivação e o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelo agente, durante anos de atuação prática, a criação da profissão está relacionada ao desenvolvimento de um conhecimento específico e de uma identificação entre sujeitos que desempenhavam um mesmo trabalho na comunidade. Assim, a profissão de ACS teria sido oficializada sob forma de lei como fruto de todo esse processo de desenvolvimento de seus atores sociais (agente, equipe de trabalho no PSF e comunidade).

A profissionalização do ACS continua sendo fonte de debates e, espera-se, de novos estudos.

Outro requisito interessante de ser aqui destacado, quanto ao profissional ACS, consiste no fato de ter como formação mínima a conclusão do ensino fundamental. Assim, o agente não possui formação na área da saúde. É cidadão que emerge da comunidade e se integra às equipes de saúde, sem bagagem técnica específica. O desenvolvimento desta

dependerá de cursos de capacitação ou formação de agente comunitário concedidos por entidades parceiras do PSF naquela determinada região (Brasil, 2002; Nunes et al., 2002; Spiri, 2006).

Lunardelo (2004), Nunes et al. (2002), Silva e Dalmaso (2002), Tomaz (2002) e Spiri (2006) apontam, em seus estudos, a insatisfação do agente quanto ao processo de capacitação profissional para o trabalho.

O processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel (Tomaz, 2002; p88).

Nos espaços de educação continuada, encontram-se com frequência os conteúdos tradicionais de conhecimento e prática na área da saúde, havendo dificuldade de se dar conta da totalidade das finalidades colocadas para o PSF (Silva e Dalmaso, 2002 *apud* Spiri, 2006; p5).

Fortes e Spinetti (2004a) concluíram, em seu estudo realizado na cidade de São Paulo, que, na visão dos gerentes e profissionais de saúde, há a tendência de considerar que a formação do ACS deve se ater a questões administrativas e à organização dos serviços, mediada e decidida pelos profissionais da saúde, evitando informações sobre patologias e quadros de agravos à saúde. Porém, no discurso predominante do agente, apesar de compreender que não faz parte de sua função conhecer o diagnóstico dos pacientes ou informar sobre tratamentos, medicamentos e resultados de exames, denota-se o interesse na maior compreensão das patologias dos usuários, no sentido de auxiliá-los em suas demandas, fornecendo orientações adequadas.

Fontoura et al. (2004) debate outro aspecto complementar, no trabalho do agente, os dilemas bioéticos que enfrenta em seu cotidiano. Em seu estudo, identificou que a comunidade assistida vive em um contexto de vulnerabilidade, situação em que diversas questões afetam a qualidade de vida das pessoas e do próprio desempenho profissional do agente, que, embora solidário, vê-se impotente diante do que se apresenta. Os resultados encontrados apontam para a necessidade de uma reorientação dos processos de formação desse trabalhador, para que, melhor preparado, possa ser inserido no cenário de sua atividade como sujeito de ações educativas e transformadoras em sua prática na comunidade (Fontoura et al., 2004).

Considerando todo o exposto, pode-se afirmar que estudos acerca do trabalho do ACS têm sido realizados e divulgados. Os valores numéricos do processo de implantação do PSF e do agente comunitário de saúde têm sido considerados pelo Ministério da Saúde, que, por outro lado, incentiva a divulgação de experiências locais para tornar conhecida a realidade desse trabalho (Kluthcovsky e Takayanagui, 2006).

## **BASE TEÓRICA**

---

## 2.1 Aporte Teórico

Autores como Castel (1998), Antunes (2002), Dejours (1999, 2004b), Lancman e Ghirardi (2002), Lancman e Uchida (2003), Heloani e Lancman (2004), Lancman e Jardim (2004), Lancman e Sznelwar (2004) e Molinier (2004), entre outros, estudam a centralidade do trabalho no mundo social, considerando sua importância nas relações indivíduo-sociedade e na constituição do próprio sujeito.

O trabalho é mais do que o ato de trabalhar, de vender sua força de trabalho em troca de uma remuneração. Há, também, um aspecto social envolvido no processo de trabalho, na medida em que ele se configura como uma forma de inserção na sociedade, sendo fator de pertinência ou não do indivíduo em determinados grupos sociais. O trabalho possui, ainda, uma função psíquica, configurando-se como um dos alicerces da constituição identitária e da subjetividade do sujeito na fase de vida adulta (Lancman e Ghirardi, 2002).

Considera-se, assim, que o trabalho possui um papel central na constituição da identidade do sujeito e nas suas diversas formas de inserção social, e é um dos estruturantes de suas redes de relações sociais e de suporte afetivo e econômico (Heloani e Lancman, 2004).

Ao se constituir como um dos fatores estruturantes da vida do sujeito, o trabalho permite o confronto entre o mundo objetivo (real, externo ao sujeito)



e a subjetividade de cada trabalhador (seu mundo interno, sua singularidade). Haverá sempre um confronto entre as relações e a organização do trabalho com a subjetividade do trabalhador, confronto esse que pode se configurar como fonte de sofrimento psíquico (Heloani e Lancman, 2004).

Assim, se por um lado o mundo do trabalho será gerador de sofrimento, na medida em que confronta as pessoas com desafios externos, por outro lado, é também a oportunidade central de crescimento e de desenvolvimento psicossocial do adulto. Se o trabalho leva ao sofrimento e ao adoecimento, esse mesmo trabalho pode se constituir em uma fonte de prazer e de desenvolvimento humano do indivíduo. Dessa forma fica evidente que o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomadas como um espaço de neutralidade subjetiva ou social. (Heloani e Lancman, 2004; p78).

Considerando a importância do trabalho para os indivíduos, métodos de pesquisa e/ou intervenção foram desenvolvidos, visando conhecer esse conteúdo simbólico do trabalho; as relações subjetivas que o trabalhador estabelece com sua atividade; o desgaste e o sofrimento que vivencia e seus efeitos na saúde física e mental.

Quando a pesquisa tem por objetivo descortinar os sentidos e significados que as pessoas utilizam ao se depararem com o mundo e o que se procura é a compreensão do fenômeno em sua totalidade, a opção pela abordagem qualitativa parece-nos a mais adequada (Heloani e Lancman, 2004; p80).

### 2.1.1 Psicodinâmica do Trabalho

A Psicodinâmica do Trabalho (PDT) é uma teoria estudada na área de saúde e trabalho e consta de diversos estudos publicados no País, nos últimos anos, por autores como Dejours e Jayet (1994), Dejours (1999, 2004a,b,c), Lancman e Uchida (2003), Heloani e Lancman (2004), Lancman e Jardim (2004), Lancman e Sznelwar (2004), Sznelwar et al. (2004), entre outros.

As formulações da PDT decorrem de estudos realizados por Christophe Dejours e são desenvolvidas a partir da disciplina Psicopatologia do Trabalho, desde 1970 (Dejours, 2004b). Essa teoria busca conhecer e compreender os aspectos psíquicos e subjetivos que são mobilizados a partir das relações e da organização do trabalho. “Seu tema é a análise da relação entre saúde mental e trabalho” (Molinier, 2004; p15), interessando-se, mais especificamente, pela dinâmica sofrimento e prazer.

Por meio da pesquisa em psicodinâmica do trabalho, segundo Dejours (2004a),

o que se pretende é dar visibilidade aos atores de pensarem sua situação, sua relação com o trabalho e as conseqüências desta relação com a vida fora do trabalho, com a sua vida como um todo, ou seja, a possibilidade de tomar pé na dialética do ator/sujeito. (p125-6)

Essa teoria entende o trabalho como um alicerce na construção identitária dos indivíduos, exercendo, assim, forte influência em sua saúde. Além disso, o trabalho configura-se como um elemento que permeia e

influencia outras esferas da vida do sujeito, ao transcender o tempo da jornada de trabalho propriamente dita e se estender para todo o tempo do não trabalho; o que Dejours (2004a; 2004c) denomina como contaminação do tempo do não trabalho.

Segundo Molinier (2001; p134), apud Heloani e Lancman (2004; p82), a psicodinâmica do trabalho

não busca transformar o trabalho, mas modificar as relações subjetivas no trabalho. Ou, para dizer de uma outra forma: o que uma enquête modifica, não é o trabalho, mas o trabalhar. Modifica, não o trabalho, mas o trabalhador.

Sendo o trabalho um dos fatores de influência na condição de saúde dos sujeitos, tem-se, por conseqüência, que não se trata de um elemento neutro na estruturação e manutenção dos aspectos subjetivos de sua vida e, portanto, de sua saúde mental.

O trabalho, a depender de sua organização, conteúdo, significado, possibilidade de flexibilização e poder de decisão e o quanto proporciona de possibilidade de desenvolvimento pessoal ao trabalhador, terá efeitos positivos ou negativos no dinâmico processo de saúde-doença. Portanto, trabalhar pode ser fonte de sofrimento ou de prazer para o indivíduo.

Ao promover o equilíbrio psíquico, a identificação com aquilo que se faz, ao produzir conhecimento e desenvolver experiência, o trabalho será fonte de prazer e promoverá, ao sujeito, a realização pessoal e a estruturação de sentido a uma parte significativa de sua vida. No entanto, na ausência de tais fontes de prazer, o trabalho poderá vir a ser um fator

considerável de sofrimento, promovendo o desequilíbrio, manifestado através de doenças físicas e transtornos psíquicos (Dejours, 1994, 1999; Lancman, 2004).

Considerando ser a enigmática normalidade produzida pelos indivíduos o foco de pesquisa em PDT, destaca-se que

não se deve confundir estado de normalidade com estado saudável. Se, de um lado, a normalidade pode refletir equilíbrio saudável entre as pessoas, pode, de outro, ser um sintoma de um estado patológico, ou seja, o estabelecimento de um precário equilíbrio entre as forças desestabilizadoras dos sujeitos e o esforço destes e dos grupos no sentido de se manterem produtivos e atuantes à custa de muito sofrimento e que se estenderá também em sua vida fora do trabalho (Lancman e Uchida, 2003; p82).

Assim, a normalidade não supõe ausência de sofrimento. É resultante de uma dinâmica entre o sofrimento e as estratégias defensivas (Dejours, 1999).

O sofrimento vivenciado não será necessariamente seguido de uma descompensação, pois os trabalhadores buscam ativamente se proteger, desenvolvendo mecanismos de defesa (individual) ou estratégias de defesa (coletivos) que contribuem para a ocultação da realidade do sofrimento e de seu relacionamento dinâmico com o trabalho (Dejours, 2004b). “A patologia surgirá somente quando o equilíbrio se rompe e o sofrimento chega ao intolerável” (Dejours, 1999; p18).

Ora, quando falamos da normalidade enquanto resultado de um compromisso entre o sofrimento e as estratégias de defesa, isso significa que no trabalho normalidade supõe sempre a existência do sofrimento (Lancman e Uchida, 2003; p83).

Os mecanismos desenvolvidos pelos trabalhadores são frutos das experiências no cotidiano do trabalhar, assim, compõem o que se denomina de trabalho real. O trabalho real corresponde à atividade, àquilo que de fato é realizado pelos sujeitos no contato do trabalho prescrito com a realidade. Indica a própria contribuição dos trabalhadores à organização do trabalho. Já o trabalho prescrito corresponde à tarefa, àquilo que deve ser feito segundo as especificações dadas pela organização do trabalho, ou seja, “os procedimentos-padrão previstos pelos serviços de método e de concepção do trabalho” (Dejours, 2004d; p130).

Esse hiato entre o trabalho prescrito e o real é produzido, também, pela engenhosidade dos trabalhadores. A sabedoria e a inteligência práticas são, segundo Dejours (1999), produzidas no exercício do trabalho, da função. São construídas no cotidiano, no desenvolver do trabalho, sendo da ordem da inteligência do corpo, de quem executa o trabalho, de sua engenhosidade e criatividade subjetivas.

deve suplantar o que não foi previsto, as insuficiências e as contradições das instruções dos modos operatórios prescritos e dos sistemas técnicos. (...) Para enfrentar a realidade do trabalho, é necessário mobilizar uma forma de inteligência que convoca o corpo todo - inteligência do corpo

- e não apenas o funcionamento cognitivo (Dejours, 2004d; p130).

O entrave ou o não reconhecimento do exercício dessa inteligência criadora é uma das principais fontes de sofrimento no trabalho. Porém, no lado oposto, a possibilidade de utilização e o reconhecimento da contribuição que tal inteligência fornece à organização do trabalho é fonte de prazer no trabalho.

e esse prazer é de grande importância para a saúde plena, pois inscreve a relação do trabalho como mediadora da realização de si mesmo e da construção da identidade (Dejours, 1999; p278-9)

O processo dinâmico entre sofrimento e prazer no trabalho é, também, permeado pelo reconhecimento. Segundo Dejours (2004b), a falta de reconhecimento é tema recorrente no mundo do trabalho e terá, em segundo plano, influência na formação identitária desse sujeito. O reconhecimento, por parte de outrem, configura-se como uma gratificação no processo de constituição da identidade, através da relação de alteridade (Dejours, 2004b).

A existência ou não do reconhecimento é fruto dos julgamentos de *utilidade* ou de *estética*, sendo que “ambos tratam do trabalho realizado, ou seja, são sobre o fazer e não sobre a pessoa” (Dejours, 2004b; p73).

O julgamento de *utilidade* é proferido na linha vertical, portanto, por superiores hierárquicos ou subordinados e, eventualmente, pelos clientes. Já, o de *estética*, refere-se ao proferido na linha horizontal, àquele realizado

pelos pares, colegas, membros da equipe ou da comunidade (Dejours, 2004b).

Ainda segundo Dejours (2004b; 2004d), a cooperação entre os trabalhadores decorre da vontade das pessoas de trabalharem juntas e superarem, coletivamente, as contradições que surgem da própria natureza ou essência da organização do trabalho. A cooperação importa a liberdade dos indivíduos e a formação de uma vontade coletiva, uma vez que exige relações de confiança para que possa se constituir. Portanto, não é algo da esfera do trabalho prescrito. “Não é um produto mecânico da organização do trabalho. Ela se baseia, irredutivelmente, naquilo que não é imposto” (Dejours, 2004d; p131).

A mobilização subjetiva é atitude espontânea do sujeito em relação às questões do trabalho; uma mobilização psíquica. Não é algo que possa ser prescrito, pois depende da dinâmica entre contribuição e retribuição. A contribuição e dedicação que esse sujeito destina a seu trabalho e a retribuição que recebe do mesmo. Retribuição essa que pode acontecer na forma de reconhecimento ou, simplesmente, no fato de não fazer desse trabalhador um “mero executante de tarefas”, para que suas vontades e iniciativas não sejam constantemente frustradas (Dejours, 2004b; 2004d). Na ausência desse reconhecimento, a tendência do trabalhador é desmobilizar-se.

Só se pode contar com as contribuições singulares na medida em que, como resposta, é atribuído um reconhecimento, no sentido duplo da palavra. De um lado, ao inverso do desconhecimento ou da recusa da realidade,

constatação das insuficiências da organização prescrita do trabalho e das contribuições realizadas pelos agentes, individual ou coletivamente, para ajustar ou fazer evoluir as formas já existentes em operação. Por outro lado, gratidão em relação às contribuições, sem as quais o processo de trabalho estaria paralisado, sob a forma, por exemplo, de operações padrão (Dejours, 2004d; p134).

Sem a mobilização subjetiva, as contribuições do sujeito ao processo de trabalho estariam paralisadas e processos, como a cooperação, ficariam impossibilitados de acontecer.

Apreender e compreender os aspectos subjetivos do trabalho apresentados exigem mais do que o processo de observação. São aspectos para além dos visíveis e mensuráveis, que precisam ser desvendados e, portanto, exigem uma escuta voltada a quem realiza o trabalho (Heloani e Lancman, 2004).

O sentido do vivido subjetivo do trabalho e do sofrimento não pode ser produzido de fora. A análise da dimensão subjetiva do trabalho, ou a “objetivação da subjetividade”, passa, necessariamente, pelo acesso ao sentido que aquela situação tem para os próprios indivíduos (Dejours, 2004b; p82).

Portanto, o método proposto em PDT é pautado na realização de grupos de discussão, espaço no qual se objetiva possibilitar maior visibilidade aos aspectos psíquicos do trabalhar e em que se promove a discussão dos temas que emergem do próprio grupo.



O ponto central dos grupos de discussão para o pesquisador é “recolher dados que não pode observar diretamente em indivíduos que nem sempre têm consciência da existência desses dados” (Dejours, 2004b; p83).

O surgimento, o debate, a reapropriação e a elaboração de temas, como sofrimento e prazer, reconhecimento, mecanismos de cooperação, estratégias defensivas, contaminação do tempo do não trabalho, inteligência prática e identidade profissional, entre outros, permitem ao trabalhador a reapropriação de sua inteligibilidade<sup>4</sup>, favorecendo o intercâmbio de conhecimentos, a conscientização de sua inteligência e inteligibilidade, facilitando o início dos processos de transformação do trabalho e das relações interpessoais existentes (Dejours, 2004b).

### **2.1.2 Análise psicodinâmica das situações de trabalho: apresentando o método de pesquisa**

A escuta proposta pelo método, em PDT, é realizada em um coletivo de trabalhadores e objetiva promover um processo de reflexão e elaboração entre os mesmos. Não se trata de apenas ouvir as palavras, “de um dispositivo dialógico simples, ou seja, uma interlocução entre falante e ouvinte” (Dejours, 2004b; p86). O pesquisador precisa estar atento e ser sensível à carga emocional daquela fala, à reação do grupo, ao ambiente, ao

---

<sup>4</sup> Segundo Dejours (2004b), inteligibilidade significa a inteligência prática, a inteligência da experiência que os sujeitos desenvolvem no cotidiano do trabalho.

clima, ao impacto dos temas e das discussões geradas no e ao coletivo de trabalhadores (Lancman e Uchida, 2003; Heloani e Lancman, 2004).

Assim, os grupos de discussão e as etapas subsequentes, que compõem a pesquisa, impõem aos trabalhadores

a reelaboração coletiva do vivenciado no trabalho, por conta da pesquisa, transformando a relação subjetiva dos trabalhadores quanto ao seu próprio trabalho. Independentemente de sua vontade, eles não podem mais, depois da pesquisa, intervir no 'espaço da discussão' sobre a organização do trabalho tal como faziam antes da pesquisa, pois eles não a percebem ou não a pensam mais da mesma forma. Assim, a ação é indissociável de um trabalho de elaboração, que, no entanto, mobilizou apenas o pensamento e o discurso (Dejours, 2004b; p90).

Ou seja, é somente a partir do processo reflexivo, sobre o próprio trabalho, ocorrido no transcorrer do grupo, que o indivíduo se torna capaz de reapropriar a realidade de seu trabalho e é essa reapropriação que pode permitir a mobilização que o impulsionará a elaborar mudanças, tornando esse trabalho mais saudável a todo o coletivo de trabalhadores. Assim, o foco da Análise Psicodinâmica do Trabalho não está na escuta de cada trabalhador, individualmente, suas histórias, vivências ou experiências, e, sim, na possibilidade de uma escuta coletiva, que permitirá a transformação, de conhecimentos e compreensões individuais, em reflexões coletivas, pertencentes e pertinentes a um grupo de trabalhadores. Há uma identificação do individual com o coletivo, no que tange ao trabalhar (Dejours, 2004a,b; Heloani e Lancman, 2004; Lancman e Jardim, 2004).

O grupo de discussão é uma etapa do trabalho de campo desenvolvido pelo pesquisador. As demais etapas são essenciais para que ele conheça as características do trabalho a ser estudado e obtenha informações importantes sobre a constituição e diretrizes da instituição na qual tal trabalho se insere e sobre as relações existentes<sup>5</sup>.

Os estudos de Dejours (2004a), Heloani e Lancman (2004) e Lancman e Jardim (2004) são utilizados para subsidiar a análise das etapas da PDT apresentadas a seguir

### **2.1.2.1 Pré-enquete**

A pré-enquete configura-se como a etapa inicial de construção da pesquisa em PDT. Como ponto de partida, necessita da concordância da instituição para a sua aplicação. A partir de então, o pesquisador conhecerá a instituição, sua história e sua realidade cotidiana de trabalho, condições e organização no momento atual.

Para construir o estudo e os grupos, parte-se de um pressuposto essencial: o caráter voluntário de participação.

Em seguida, constitui-se o grupo gestor, que se encarregará de organizar o cronograma e estruturar as condições objetivas para a realização da pesquisa. Tal grupo é composto pela equipe de pesquisadores e por trabalhadores da instituição estudada.

---

<sup>5</sup> Para maiores explicações, recomenda-se: DEJOURS, C. A metodologia em psicodinâmica do trabalho, 2004a.

São apresentados, para os trabalhadores, os princípios da Análise em Psicodinâmica do Trabalho e a proposta dos grupos de discussão, para, a partir de então, identificar voluntários interessados em participar da pesquisa e viabilizar a ocorrência dela.

Nesse contato com os trabalhadores e a instituição, a equipe de pesquisa buscará apreender a real demanda dos trabalhadores, entendida como o conjunto de problemáticas e de questões que nortearão o encaminhamento da pesquisa e auxiliarão os pesquisadores na elaboração das hipóteses provisórias a serem melhor desenvolvidas com os grupos (Dejours, 2004a; Lancman e Jardim, 2004).

#### **2.1.2.2 A enquete**

Nessa etapa, são organizados os encontros grupais. A frequência e a duração deles são combinadas com a instituição, de acordo com as possibilidades de cada serviço. Estima-se um total de 20 horas de sessão grupal, distribuídas em número de sessões e horários, de forma a não prejudicar a rotina dos serviços.

O propósito dos grupos é desencadear a reflexão e uma ação transformadora, iniciadas na medida em que se conhece a demanda dos trabalhadores, pois tal elaboração já é considerada como uma ação de reflexão por parte dos participantes (Dejours, 2004a; Lancman e Jardim, 2004).

No transcorrer do grupo, a equipe busca criar um espaço coletivo de discussão, como um facilitador para a verbalização dos trabalhadores. Ela

estará atenta à dinâmica grupal, considerando não somente o conteúdo das falas, como, também, as reações do grupo; o que é objeto de consenso e de contradição; aquilo que emerge espontaneamente ou não; o que é dito ou omitido em relação a certos temas; a existência ou não de um movimento grupal de coesão; e as características da organização do trabalho. Busca-se, também, identificar relações e expressões de sofrimento e/ou de prazer no trabalho (Heloani e Lancman, 2004).

Essa etapa é composta de quatro fases: análise da demanda, análise do material do grupo, observação clínica e interpretação, sendo que nenhuma delas pode ser tratada com conotação de processo terapêutico (Dejours, 2004a).

**Análise da demanda** - Trata-se de um momento importante da pesquisa, pois, em PDT, é impossível trabalhar com uma demanda que não seja originária do grupo. “A demanda só é aceitável se a pesquisa for direcionada para os que a solicitaram, jamais sobre outro grupo” (Dejours, 2004a; p111).

A demanda é aqui entendida como as questões que estejam mobilizando os trabalhadores e dificultando as relações de trabalho. Ao conhecer tais questões, os pesquisadores, se necessário, re-configuram a demanda inicial da pesquisa e essa norteará a construção de hipóteses e interpretações a serem formuladas com os grupos.

Assim, é nessa etapa que a equipe procura compreender melhor as necessidades do grupo que participa do estudo, os temas emergentes, os

processos de trabalho e seus impactos na relação sofrimento e prazer no trabalho.

**Análise do material do grupo** - Segundo Dejours (2004a), o objetivo da PDT “não é desvendar a realidade do trabalho humano, em suas dimensões físicas e cognitivas”, aspecto importante a ser considerado na análise do material do grupo.

Nossa pesquisa está centrada essencialmente na vivência subjetiva, de modo que nos interessamos, sobretudo, pela dimensão do comentário: comentário que inclui concepções subjetivas, hipóteses sobre o porquê e o como da relação vivenciada no trabalho, as interpretações, até mesmo as observações de caráter anedótico, entre outras diferentes formulações. O comentário seria, de alguma maneira, a formulação da atividade de pensar dos trabalhadores sobre sua situação (p115).

Portanto, o material do grupo será o resultado das vivências subjetivas expressas pelo conjunto de trabalhadores durante os encontros. Esse material é apreendido a partir das palavras e do contexto no qual elas são ditas; das hipóteses sobre os porquês; de como estabelecem as relações com o trabalho; enfim, da formulação que os trabalhadores fazem da sua própria situação de trabalho (Dejours, 2004a; Heloani e Lancman, 2004).

**Observação clínica** - Dejours (2004a) assim define o que se entende por observação clínica em PDT

Os fatos observados são subjetivos\_ mais precisamente, intersubjetivos: é importante colocar por escrito o que foi detectado pelos pesquisadores durante o próprio desenrolar

da pesquisa, dos movimentos que acontecem entre o grupo de trabalhadores e os pesquisadores. Trata-se não apenas de restituir os comentários dos trabalhadores sobre o sofrimento, mas de articulá-los à medida que o pesquisador propõe seu comentário subjetivo, dando início assim à dinâmica própria da pesquisa (p119).

Os pesquisadores desenvolvem idéias, comentários, interpretações, mesmo que provisoriamente formuladas. É um trabalho, portanto, que evidencia e explicita a trajetória do pensamento da equipe que conduz os grupos (Dejours, 2004a).

**Interpretação** - Nessa fase, tendo como base e como pano de fundo a análise da demanda, do material do grupo e a observação clínica, os pesquisadores formulam e identificam os elementos subjetivos surgidos durante as sessões, para dar-lhes um sentido, através da utilização de categorias ou conceitos, tais como mecanismos de reconhecimento, cooperação, estratégias defensivas, sofrimento e prazer no trabalho.

### **2.1.2.3 Validação e Refutação**

Pode-se considerar que a validação ocorre em duas etapas: a primeira, ao longo das sessões, a partir das elaborações, interpretações, hipóteses, temas e comentários registrados durante cada encontro e rerepresentados ao grupo durante as discussões, podendo ser rejeitados, aproveitados ou reelaborados. A segunda acontece na forma de relatório global, que será discutido com os trabalhadores, podendo, novamente, conter rejeições ou

reelaborações. Nesse caso, faz-se as modificações e correções sugeridas pelo grupo e, somente após essa fase, será elaborado o relatório final, cuja apresentação será expandida à instituição e aos demais trabalhadores.

O relatório, a ser apresentado um mês após o término das sessões, também visa favorecer a reapropriação do material da pesquisa (produzido em conjunto, a partir da reflexão dos participantes não-pesquisadores), a reelaboração do saber sobre as situações de trabalho e sua modificação. Nesse sentido, trata-se de um processo interativo de apresentação das interpretações dos pesquisadores (restituição); validação da análise, dos resultados e das conclusões da intervenção entre pesquisadores e participantes da pesquisa (Dejours, 2004a).



## **Justificativa**

O agente comunitário de saúde (ACS) é o único profissional da área da saúde que, obrigatoriamente, necessita residir na mesma região em que desempenha seu trabalho.

Sznelwar et al (2006), em pesquisa realizada com uma equipe de saúde da família, evidencia que, para tal profissional, o fato de morar e trabalhar na mesma comunidade traz diversas questões e, por vezes, é fator gerador de sofrimento psíquico. Poucos estudos abordam esse aspecto do trabalho do ACS, principalmente em regiões com características semelhantes aos grandes centros urbanos, como a cidade de São Paulo.

Considerando o interesse do Ministério da Saúde em efetivar e ampliar o Programa de Saúde da Família (PSF), faz-se importante desenvolver estudos que possam dar visibilidade ao impacto do trabalho e da necessidade de residirem na comunidade, na saúde do ACS. Impactos, esses, geradores de prazer ou de sofrimento no trabalho.

Acreditamos que o presente estudo pode enriquecer o ponto de vista dos diversos trabalhadores do PSF, entre eles, a equipe de saúde, os coordenadores e planejadores, e os interessados no programa, de um modo geral, além de dar visibilidade aos aspectos subjetivos do agente, no que tange ao dever de morar e trabalhar na mesma comunidade e, assim, contribuir para o conhecimento da realidade desses profissionais.

## **Objetivo Geral**

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o conteúdo e realizar reflexões teóricas a partir de documentos obtidos a partir de um grupo organizado com ACS da região de Pirituba/São Paulo, à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho.

## **Objetivos específicos**

- Dar visibilidade aos aspectos subjetivos<sup>6</sup>, relacionados ao fato de morar e trabalhar na mesma comunidade, que compõem o cotidiano de trabalho do ACS dentro do PSF;
- Conhecer as questões que o ACS vivencia no trabalho, os facilitadores e/ou dificultadores existentes, decorrentes do fato de morar e trabalhar na mesma comunidade;
- Conhecer o impacto na saúde mental desse trabalhador decorrente de pertencer à mesma comunidade na qual realiza o trabalho de ACS.

---

<sup>6</sup> Dar visibilidade aos aspectos subjetivos é entendido, à luz da teoria da Psicodinâmica do Trabalho, como tornar de conhecimento público aspectos do trabalho que não são observáveis e sequer visíveis ou tangíveis à observação. Os aspectos subjetivos estão relacionados à experiência psíquica dos sujeitos, fruto de sua vivência, sua experimentação (Dejours, 2004; Uchida S. [Fundação Getúlio Vargas], Correspondência pessoal, 2007)

## MÉTODO

---

### **3.1 Material**

O objeto de estudo da presente pesquisa foi o documento 'Relatório da Análise Psicodinâmica do Trabalho realizada com os Agentes Comunitários de Saúde da região de Pirituba/São Paulo' (Lancman et al., 2005a) e documentos compostos das anotações dos pesquisadores feitas no transcorrer de cada uma das quatro sessões do grupo de Psicodinâmica do Trabalho (Lancman et al., 2005b).

Esses documentos encontram-se arquivados no Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho (LIIST), do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O documento 'Relatório da Análise Psicodinâmica do Trabalho realizada com os Agentes Comunitários de Saúde da região de Pirituba/São Paulo' está disponível, para acesso, no LIIST e no Caderno de Atenção Básica: Estudos Avaliativos 3 (Sznelwar et al., 2006). Já as anotações das sessões grupais compõem um documento, mas não são material de domínio público. Encontram-se, portanto, em arquivo confidencial, no LIIST, sendo de acesso restrito.

Por ser, a Psicodinâmica do Trabalho, um método de pesquisa clínico, faz-se presente o aspecto ético de preservar a identidade dos participantes e o contrato de confidencialidade estabelecido com o grupo.

As referidas anotações serviram de base para a construção do documento 'Relatório da Análise Psicodinâmica do Trabalho realizada com os Agentes Comunitários de Saúde da Região de Pirituba/São Paulo' (Lancman et al., 2005a) e como fonte de dados para o presente estudo, que utiliza trechos das falas (frases) dos participantes do grupo. A utilização dessas frases não se constitui como quebra do contrato de confidencialidade visto que nosso acesso foi autorizado, devido à participação no grupo de Psicodinâmica do Trabalho realizado com os agentes comunitários.

### **3.1.1 Origem histórica do material**

Os documentos decorrem de uma solicitação de pesquisa, proveniente do Ministério da Saúde, para avaliar o PSF, a fim de subsidiar sua expansão.

O propósito da pesquisa era proporcionar uma discussão sobre o PSF através do estudo de casos. A equipe responsável propôs um estudo capaz de apreender as situações reais de trabalho<sup>7</sup>, a partir das quais se constrói a dinâmica das ações de diferentes trabalhadores envolvidos no sistema, principalmente daqueles que estão mais próximos da população (Sznalwar et al., 2005; 2006).

Segundo Gil (2006b), o estudo de caso caracteriza-se por ser um estudo em profundidade e busca o conhecimento amplo e detalhado das questões que compõem aquela determinada realidade. Ainda nesse pensamento, segundo Yin (2001), o

---

<sup>7</sup> Entende-se por situação real de trabalho as experiências vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. (p32)

Esse estudo de caso foi realizado segundo a abordagem da Análise Psicodinâmica do Trabalho.

### **3.1.2 Aspectos da Análise Psicodinâmica do Trabalho**

A estratégia de pesquisa e intervenção proposta pela análise psicodinâmica das situações de trabalho foi realizada integralmente, abrangendo as seguintes etapas: Pré-enquete, Grupo de Discussão, Validação e Refutação. A etapa de realização do grupo compreendeu as quatro fases que a compõem (análise da demanda, análise do material do grupo, observação clínica e interpretação). A apresentação de tal estratégia está detalhada no Capítulo II - Base Teórica<sup>8</sup>.

### **3.1.3 Caracterização do grupo realizado**

A caracterização do grupo, apresentada a seguir, resulta de informações contidas nos documentos estudados (Lancman et al., 2005a,b).

---

<sup>8</sup> Capítulo II Base Teórica, item 2.1.2 Análise Psicodinâmica das Situações de Trabalho: apresentando o método de pesquisa.

O grupo foi realizado no período de maio a agosto de 2005, sendo composto de 16 agentes, de ambos os sexos (3 homens e 13 mulheres), sem limite de idade ou tempo de trabalho no PSF.

Os critérios de inclusão foram ser agente comunitário de saúde de Unidade de Saúde da Família localizada na região de Pirituba/São Paulo e ser voluntário para participar do grupo. Dentre as 35 unidades de saúde existentes na região, somente três foram elegíveis como Unidade Saúde da Família, sendo elas: Jardim Cidade Pirituba, Moinho Velho e Santo Elias.

**Quadro 4** - Distribuição dos agentes comunitários de saúde do Grupo de Psicodinâmica do Trabalho, das Unidades de Saúde da Família, segundo o sexo

	<b>Jardim Cidade Pirituba</b>	<b>Moinho Velho</b>	<b>Santo Elias</b>
<b>Feminino</b>	5	4	4
<b>Masculino</b>	2	1	0

Segundo a forma de investigação e intervenção proposta na Psicodinâmica do Trabalho, o grupo estrutura-se a partir de dois importantes aspectos: o caráter voluntário da participação dos trabalhadores e a sua realização dentro do horário de jornada de trabalho.

A heterogeneidade do grupo foi conseguida com a participação de pelo menos um membro de cada equipe de saúde da família, fato bastante interessante, por representar o coletivo de trabalhadores dessa região.

Foram realizados quatro encontros, com duração de quatro horas cada, e frequência semanal. Ao término dos encontros, a equipe de pesquisa produziu o relatório e houve, então, a sessão de validação do mesmo pelo grupo, com duração de quatro horas. Todas as datas e horários

dos encontros foram inicialmente acordados com os participantes, inclusive o período para elaboração do relatório e a sessão de validação.

Cada trabalhador que participou do grupo recebeu um documento contendo o relatório final do grupo e uma breve introdução contextualizando a pesquisa e o método desenvolvido.

No primeiro encontro, foi feito o contrato verbal de voluntariado e de sigilo no grupo. O sigilo consiste no acordo coletivo de que as informações não seriam conversadas ou discutidas em outros locais de trabalho, sequer com outros colegas, garantindo-lhes a segurança de que os aspectos gerados não se tornariam públicos antes da validação final do relatório. Acordou-se, também, o contrato de confidencialidade, e foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante as sessões do grupo, a equipe de pesquisadores fez anotações sobre a dinâmica, os assuntos apresentados, as discussões realizadas, com ênfase nas frases literais dos participantes. O material serviu de base para a elaboração do relatório parcial e não se tornou de conhecimento público, devido ao contrato de confidencialidade.

O relatório parcial do grupo foi validado pelos trabalhadores, resultando em um relatório final, que se tornou o documento oficial enviado ao Ministério da Saúde em resposta à sua demanda de conhecer o trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde sob a ótica deles próprios.



### 3.2 Método

O trabalho inscreve-se no campo da pesquisa qualitativa e caracteriza-se como uma análise de documento, desenvolvida com base nos princípios da análise de conteúdo.

A abordagem qualitativa busca compreender o universo dos significados das ações e das relações humanas e, neste estudo, é utilizada para entendermos as relações que se originam a partir do trabalho. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2002), contempla aspectos particulares e busca um nível de realidade ao qual não se tem acesso quando se quantificam as informações e conhecimentos obtidos. Cria a possibilidade de apreender aspectos mais profundos das relações, dos fenômenos e processos vivenciados pelos sujeitos.

Segundo Godoy (1995), a abordagem qualitativa oferece três diferentes possibilidades de se realizar pesquisa, as quais compreendem a pesquisa documental, o estudo de caso e a etnografia. A pesquisa documental tem por base a análise de materiais ainda sem receber um tratamento analítico ou que possam ser reexaminados. Ainda segundo propõe Godoy (1995), a análise realizada no presente estudo se classifica como de base “primária”, por ter sido, o documento de análise, produzido por pessoas que vivenciaram diretamente o evento aqui estudado, e não por terceiros.

A pesquisa documental tem por escopo apresentar informações factuais em documentos, principiando pelo levantamento de pressupostos e questões relativas ao objeto de pesquisa. Como técnica exploratória, permite

o desenvolvimento da pesquisa através do emprego de outros métodos (Godoy, 1995; Heloani e Lancman, 2004).

Segundo Franco (2005; p13), “o ponto de partida da Análise de Conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada”. No presente estudo, a análise documental está pautada no método da análise de conteúdo e teve como ponto de partida o documento apresentado no item 3.1- Material.

Para a Análise de Conteúdo é imprescindível considerar que a relação que vincula a emissão das mensagens está acoplada às condições contextuais de seus produtores (Franco, 2005).

Ainda segundo Franco (2005),

O significado de um objeto pode ser absorvido, compreendido e generalizado a partir de suas características definidoras e pelo seu *corpus* de significação. Já, o sentido implica a atribuição de um significado pessoal e objetivado, que se concretiza na prática social e que se manifesta a partir das Representações Sociais, cognitivas, valorativas e emocionais, necessariamente contextualizadas (p15).

Assim, pode-se afirmar que a análise deve conter, como evidências, todos os aspectos relacionados ao tema do estudo, mesmo que esses não apoiem a hipótese do investigador. Os dados do conteúdo de uma mensagem devem estar inter-relacionados e os contornos e limites das relações entre os conteúdos, encontrados no transcorrer da análise, serão determinados pelo referencial teórico do investigador. O desenvolvimento da

análise de conteúdo, portanto, implica comparações contextuais, que serão direcionadas a partir da sensibilidade, intencionalidade e competência teórica do pesquisador (Franco, 2005).

### **3.2.1 Procedimentos, pré-pesquisa e criação de categorias**

Neste estudo, os dados foram considerados segundo os preceitos da Análise de Conteúdo, com base nos princípios e características definidoras propostos por Franco (2005).

As etapas da pesquisa envolveram a seleção do documento investigado através da pré-análise (seleção da unidade de registro, de contexto e leitura flutuante); exploração do material (estabelecimento das categorias de análise); fase de tratamento dos resultados obtidos (representatividade e homogeneidade) e a interpretação dos resultados à luz dos conceitos da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho.

#### **3.2.1.1 Fase da Pré-análise**

A fase da pré-análise consiste na “escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação de hipóteses e/ou objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final organização do material a ser analisado” (Franco, 2005; p47). É o momento no qual o pesquisador define as unidades de registro e de contexto, os

trechos significativos, e as categorias primeiras, e realiza uma leitura preliminar, ou flutuante, do material (Minayo, 2002).

Essa fase envolveu:

- Seleção da **unidade de registro**: Morar e trabalhar na comunidade.

A unidade de registro adotada foi a do tipo tema. Segundo Franco (2005), essa unidade constitui-se de uma asserção sobre determinado assunto e é considerada a mais útil unidade de registro em análise de conteúdo nos estudos sobre opiniões, expectativas, valores, conceitos, atitudes e crenças de sujeitos ou grupos.

O tema do estudo foi o morar e trabalhar na mesma comunidade, vivenciado pelos agentes comunitários.

- Seleção da **unidade de contexto**: Relatos dos trabalhadores, obtidos a partir do grupo de Psicodinâmica do Trabalho realizado com agentes comunitários de saúde da região de Pirituba/São Paulo, acerca dos aspectos que compõem o trabalho deles, desenvolvido segundo o Método de Investigação e Intervenção em Psicodinâmica do Trabalho<sup>9</sup>.

A unidade de contexto serviu para situar, de maneira mais ampla, a unidade de registro, portanto, serviu para “precisar o contexto do qual faz parte a mensagem” (Minayo, 2002; p75).

---

<sup>9</sup> A caracterização do grupo, quanto aos procedimentos e participantes encontra-se apresentada no item 3.1.3 - Caracterização do grupo realizado.

- Leitura flutuante: Foi realizada a leitura do documento Relatório da Análise Psicodinâmica do Trabalho Realizada com os Agentes Comunitários de Saúde da Região de Pirituba/São Paulo (Lancman et al., 2005) e as Anotações das Sessões de Grupo com Agentes Comunitários de Saúde - Pirituba/São Paulo (Lancman et al., 2005b).

- Escolha dos documentos: Foi determinada pelo objetivo do pesquisador, visando “colher o universo de narrativas adequadas para fornecer informações sobre o tema levantado” (Franco, 2005; p48-9). Portanto, as anotações das falas dos membros do grupo, pelos pesquisadores, foram eleitas para o processo de análise, embora não componham um documento de domínio público<sup>10</sup>.

Esses documentos constituíram o *corpus* do presente estudo, obedecendo às regras de Representatividade e Homogeneidade propostas por Franco (2005).

### **3.2.1.2 Fase da exploração do material**

A fase de exploração do material abrangeu o momento de aplicação do que foi definido na fase anterior e exigiu, do pesquisador, várias leituras.

---

<sup>10</sup> Documento de acesso restrito devido ao contrato de confidencialidade estabelecido com o o grupo. É um documento acessível ao pesquisador, por esse ter participado do grupo junto com os ACS, e ter autorização dos mesmos para leitura e utilização do material para o desenvolvimento do presente estudo.

As categorias de análise foram criadas *a posteriori* e emergiram da leitura e releitura atenta do material. As categorias foram criadas *a posteriori*, por estar, a pesquisadora, suficientemente familiarizada com o referencial teórico, sob a luz do qual serão interpretadas, conforme sugere Franco (2005).

Segundo Franco (2005), o processo de definição das categorias é o mais longo e implica

idas e vindas da teoria ao material de análise, do material de análise à teoria e pressupõe a elaboração de várias versões do sistema categórico. As primeiras, quase sempre aproximativas, acabam sendo lapidadas e enriquecidas para dar origem à versão final, mais completa e mais satisfatória (Franco, 2005; p58).

### **3.2.1.3 Fase do Tratamento dos resultados obtidos**

A fase de tratamento dos resultados obtidos, no caso de uma análise qualitativa, é o momento de “desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto” (Minayo, 2002; p76).

O tratamento dos resultados obtidos a partir da constante leitura e análise do material foi apresentado segundo a categorização abaixo.

- Processo de construção da credibilidade e as relações de trabalho: ACS e usuário;
- Credibilidade *versus* invasão da privacidade dos moradores da comunidade;
- Privacidade do ACS e sua família;

- Relação com a comunidade e com o serviço de saúde como morador da região;
- Construção de uma ética: foco na privacidade do usuário;
- Fronteira trabalho *versus* militância (voluntarismo).

#### **3.2.1.4 Critérios de interpretação das categorias de análise**

A interpretação das categorias de análise foi realizada à luz dos conceitos da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho.

Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq) (Anexo).

## **RESULTADOS**

---



Os resultados obtidos sobre os aspectos relacionados ao morar e trabalhar na mesma comunidade serão apresentados segundo as categorias de análise estabelecidas após a leitura flutuante. Os aspectos que emergiram foram agrupados em categorias mais abrangentes, para, a partir de um processo analítico estruturar os resultados apresentados a seguir.

As frases dos trabalhadores apresentadas aqui seguem da identificação de sua origem, sendo utilizados os indicadores S1, S2, S3, S4 e S5, referindo-se, respectivamente, aos documentos das sessões grupais I, II, III e IV e ao 'Relatório da Análise Psicodinâmica do Trabalho realizada com os Agentes Comunitários de Saúde da região de Pirituba /São Paulo'.

#### **4.1 Processo de construção da credibilidade e as relações de trabalho: ACS e usuário**

O processo de construção da credibilidade no trabalho que desenvolvem os ACS é um aspecto fundamental para a concretização do mesmo. Sem a credibilidade, não há confiança por parte da comunidade e o trabalho do agente fica impossibilitado de acontecer.

A construção da credibilidade é um processo contínuo e cotidiano de construção e re-construção. Necessitam estar constantemente estruturando as bases desse processo.

*'Os ACS não sabem o que irão encontrar, cada casa é uma surpresa, precisam ser recebidos de fato, senão não há acesso à família, não há trabalho. (...) a população nem sempre abre a porta, é necessário criar uma estratégia mútua de confiança'. (S5)*

Referem que o primeiro contato com a comunidade não foi fácil. Vivenciaram, em muitos casos, grande resistência por parte das pessoas ao contato direto, ao entrar na casa, ao expor suas demandas.

*'Foi assustador, o vizinho não abria o portão, não falava com você, fingia que não estava em casa. A maioria não abria a porta por falta de confiança. Se não confia em você, finge que não está. Foi de chorar'. (S1)*

*'Por que essas visitas? \_ perguntavam os moradores (...). Mesmo morando dentro da comunidade! Com o desenvolvimento do trabalho foi ficando mais fácil!' (S1)*

Referem que com o contato, a aproximação, a constância nas visitas foi-se construindo a credibilidade e que mesmo morando na comunidade não conheciam a realidade de muitas famílias.

*'Estão confiando mais na gente'. (S1)*

*'Bom dia sou seu ACS! \_ eu falo sempre para eles lembrarem de mim'. (S1)*

*'A gente criou um jeitinho de cada um, pra sempre entrar na casa'. 'Eu moro aqui o tempo todo e não tinha noção do que era minha comunidade'. (S1)*

*'Entra na casa e vê a dificuldade que os outros passam. Você não sabe o que o vizinho passa'. (S1)*

*'O paciente confia em mim, a gente ainda tem respeito, mas é mais difícil trabalhar com vizinhos próximos do que com os mais distantes'.*

Com o contato passaram a conhecer com maior profundidade a realidade das famílias e isso também se configura como um aspecto que

lhes garantirá a credibilidade frente à comunidade na medida em que não utilizam essas informações para fazer denúncias ou as contam a outras pessoas.

*'Muitos respondem fumando maconha. A gente não dedura ninguém. Não chama a policia'. 'Tem que ir até lá e agir com naturalidade'. (S1)*

Referem que a área de abrangência de cada agente é diferente no aspecto geográfico e sócio-econômico. Do ponto de vista geográfico existem áreas situadas em regiões muito íngrimes, de alagamento ou à margem de córregos e terrenos baldios ou lixões. Do ponto de vista sócio-econômico, existem áreas com casas grandes, pequenas, favelas, cortiços. As condições de moradia não são uniformes numa mesma micro-área. Enfatizam que mesmo morando na micro-área na qual atuam podem trabalhar com pessoas que vivenciam condições financeiras díspares.

*'A área de abrangência é diferente. Existem muitas diferenças geográficas e de condições de moradia. Tem áreas com 40, 50 crianças e outras com 5. Tem áreas com favelas, outras com cortiços'. 'Um grupo trabalha na favela e com casas boas na outra rua'. (S1).*

*'Chegaram a limpar a praça porque não conseguiram orientar higiene nas casas e a praça estava imunda'. 'Tem dono de cortiço que acha(va) que você está(va) querendo invadir'. (S1)*

*'Agora todos me conhecem, me avisam. Tem momentos em que a "barra pesa" \_ somos avisados pra não ir quando têm químicos (traficantes)'. (S1)*

*'Em 15 minutos de caminhada você passa por contrastes muito grandes'. (S1)*

Reiteram constantemente que o processo de construção da credibilidade é uma constante e que existe uma série de aspectos da

estruturação do serviço que lhes dificulta em muito o trabalho. O aspecto que enfatizam e debatem, caracterizando como central é a inoperância do sistema de saúde frente às demandas da comunidade. A unidade de saúde não consegue atender toda a demanda existente, assim faltam consultas médicas, exames, medicamentos. Além disso, existe a dificuldade em conseguir consultas com especialistas, exames de alta complexidade, entre outros. Ou seja, o sistema de referência e contra-referência que deveria dar suporte as ações do PSF não desempenha tal papel de maneira satisfatória (não consegue atender toda a demanda).

*'A gente estimula o paciente a ir no posto e quando chegam lá, são mal tratados. Depois eles tratam mal os agentes'. (S3)*

*'A gente marca consulta e tem que priorizar quem vai ser atendido. Como explicar isso pro paciente? Não tem como você ver o que é mais urgente'. (S2)*

*'Quando não conseguem consulta com o especialista, o ACS é incompetente'. (S2)*

*'O que você tá fazendo aqui não serve pra nada. Conseguiu? Arrumou uma vaga? Isto é estressante e humilhante (pra nós)!'. (S3)*

Referem que a necessidade de mentir para conquistar a credibilidade da comunidade gera um grande sofrimento, pois sabem que parte das demandas não será atendida devido à insuficiência do sistema de saúde.

*'A gente não consegue cumprir o que promete, por isso mentimos.' (S2)*

*'Fomos avisar a comunidade que o posto vai atender e não atende. Não tem confiança assim. Eu tenho que falar para as pessoas que tem isso ou aquilo e a gente tem que rir dessa palhaçada!' (S2)*

*‘Como estabelecer uma relação de confiança quando sabem que o serviço que estão oferecendo ao cidadão, de fato não existe, ou é muito precário? O que fazer quando prometem atendimentos que de fato não acontecem pela falta de estrutura dos serviços de saúde? (...) Como retornar e voltar a prometer o mesmo serviço que já não conseguiram cumprir’. (S5)*

Os serviços ‘de mentira’ que oferecem aos usuários são os mesmos aos quais teriam acesso, assim, ao fazerem falsas alusões à realidade dos serviços a serem prestados atingem inclusive a si próprios.

*‘Vendemos os serviços para a comunidade e quando precisamos deles não tem. E não tem pra nós também!’ (S2)*

Ao se relacionarem com a comunidade referem entrar em contato com uma grande diversidade de situações. O contato com as famílias os revela situações precárias, de ordem financeira e emocional e uma questão se faz presente aos agentes: *‘Como negociar e criar estratégias para realizar o seu trabalho e ao mesmo tempo garantir a sobrevivência física e emocional necessária para encarar situações onde a pobreza e a violência são prevalentes?’ (S5)*

*‘Vai conversar com o paciente a absorve tudo de ruim e tem que guardar tudo. Fica acumulado, não pode contar o caso para os outros, fica com a carga’ (S1).*

*‘Para separar o problema a gente deveria ter apoio psicológico’. (S1)*

*‘Fomos jogados direto na boca do lobo, tem um monte de gente com problema, tem (pessoas que tem) dinheiro mas tem problemas (também)’. (S1)*

*‘Você absorve tudo que o paciente está vivendo, muita carga e não tem para quem repassar’. (S1)*

Frente a um sistema falho de referência e contra-referência vivenciam situações de constrangimento, refletindo psiquicamente como sofrimento ao executarem seu trabalho.

*'A gente vai definhando junto com eles (usuários)'. (S3)*

*'Comia a unha, agora como o dedo'. (S2)*

*'Como a gente fica doente de trabalhar com o povo doente!'. (S2)*

*'Quando a gente pede terapia eles (equipe) dizem: Você é igual aos pacientes?' (S2)*

*'Tem que ter casca (para agüentar tudo isso)' (S1)*

#### **4.2 Credibilidade versus invasão da privacidade dos moradores da comunidade**

A construção da credibilidade no trabalho dos agentes os coloca numa situação de grande exposição. Ao morar na comunidade e adentrar a privacidade de seus vizinhos, conquistando a credibilidade dos mesmos, os ACS acabam, mesmo contra sua vontade, gerando uma via de mão dupla aos olhos dos usuários. Ou seja, o fato de morarem no mesmo bairro e entrarem nas casas das pessoas e conhecerem, em muitos casos, não só as demandas de saúde, mas também a realidade social, econômica, as questões familiares, de relacionamento interpessoal (aspectos da intimidade daquelas pessoas), promove o estabelecimento de diversas relações com as mesmas. Sua vida social acontece nos mesmos espaços que a dos seus clientes<sup>11</sup> e tudo o que fazem torna-se de conhecimento de todos.

*'Você não pode a ir a lugar algum, vêm bater na porta da sua casa, na feira, perde a privacidade. É como artista (ACS fala rindo da própria colocação. O grupo todo ri)'. (S3)*

---

<sup>11</sup> O termo clientes está empregado no mesmo sentido de usuários, referindo-se, assim, as pessoas da comunidade que recebem visitas domiciliares dos ACS.

Conquistar a credibilidade da comunidade acaba sendo entendido por muitos usuários como sinônimo de coleguismo, de amizade, o que faz com que se sintam no direito de compartilhar da privacidade dos ACS, sem considerar tal fato uma invasão à vida dos mesmos.

Tal possibilidade de invasão da privacidade dos agentes é reforçada pelo fato de não possuírem um status profissional que os distinga do restante da comunidade como no caso de outras profissões, tais como o médico, o enfermeiro. Referem que, se esses profissionais morassem na comunidade acreditam que o 'povo' não os procuraria em casa, no meio da madrugada ou nos finais de semana, para, por exemplo, pedir uma orientação, uma consulta na segunda-feira ou um encaminhamento para o especialista. O ACS é 'par do povo'. *'A gente faz parte do povo.'* (S1)

*'(Tenho) medo do usuário descobrir onde moro por que no próximo problema batem na sua porta.'* (S3)

O não reconhecimento social da posição profissional que ocupam também se reflete na privacidade dos usuários do serviço de saúde (também moradores da comunidade), pois ao se relacionarem na comunidade, muitos moradores lhes procuram para saber da vida alheia, como se fossem *'fofoqueiras de plantão'* em tempo integral. (S1)

*'Ela não queria que o vizinho visse que estava fazendo exame de gravidez. Um queria saber porque o outro (es)tá passando no posto.'* (S3)

*'Tem as fofoqueiras de plantão no portão perguntando de outros moradores ou querendo me contar o que viu no bairro.'* (S3)

*'Vizinho que quer saber o que tem na casa do outro. Como ela está com o marido? Eu saio da casa dela e minha memória apaga.'* (S4)

Outro aspecto relacionado com a exposição que vivenciam diz respeito à violência local. Referem sentir medo de alguns usuários saberem onde moram e pensando na sua segurança e de sua família sentem medo de solicitar, frente a alguns casos, a intervenção da Polícia ou do Conselho Tutelar.

*'A gente não devia morar na comunidade. Tranco meu filho, me tranco com medo'. 'Quando vi o homem passando eu entrei em casa e morri de medo'.(S2)*

*'O povo da favela quer matar o ACS porque o paciente morreu esperando a consulta. Imaginou isso, eu tenho filho e estuda na mesma escola que os filhos deles!' (S4)*

*'Ligam na minha casa e falo que não estou. Já fiz curso de telefonista, hoje é útil'. (S3)*

*'Eu vou me meter com a família que a vizinhança conta que o trabalho dele é matador? Eles moram atrás da minha casa. Eu vou denunciar essa família?' (S4)*

Referem, também, que os vizinhos mais próximos à sua casa são os que apresentam maior resistência à entrada dos agentes, principalmente quando estão em situações desfavoráveis financeiramente.

*'Os vizinhos nem sempre querem que você saiba o que se passa.' (S3)*

#### **4.3 Privacidade do ACS e sua família**

*'Nossa vida é um inferno por que procuram a gente 24 horas por dia!'. (S4)*

*'Somos agentes 24 horas. Não tem folga, não tem final de semana, em todos os momentos na comunidade perguntam tudo, eles não separam'. (S1)*

Referem que o fato de residirem na mesma micro-área na qual trabalham tem gerado constrangimentos a si próprios e aos seus familiares,



pois os usuários sempre podem os assediar em locais públicos ou em suas residências para solicitar algo, fazer um elogio, cobrar resposta a uma demanda ou, até mesmo, agredir verbal ou fisicamente o agente. Os procuram em sua casa, abordam na rua, no supermercado, na feira, nos eventos sociais, enfim, em qualquer local e momento de seu convívio social e sequer consideram e respeitam o fato de estarem acompanhados de seus familiares.

*Quantas horas se trabalha por dia? Onde inicia e termina a jornada? Os cidadãos pedem e encaminham demandas aos ACS fora do horário de trabalho, em situações as mais diversas. É possível fechar a porta de casa e não atender aos vizinhos? (S5)*

*'Ligam-me nas férias pra saber de prontuário. Você não tem dinheiro pra viajar nas férias e as colegas trazem guias (dos serviços de saúde), (tem) paciente (que) vem pedir vaga'. (S2)*

*'Eu vou ser mal educado, isso não é problema meu, estou de férias'. (S2)*

*'Estou na rua o paciente pede explicação: você já veio almoçar? Não foi trabalhar hoje?'* (S3)

*'Eu saio de casa cumprimentando todo mundo, nossos filhos ficam mal-humorados, não tenho privacidade'; (os filhos reclamam:) 'minha mãe não é mais minha, é mãe de todo mundo'. (S2)*

*'A minha família não aceitava que a população me parava todo o tempo. (Diziam) eu vou te deixar aí!'. (S3)*

*Os usuários pediam: '(posso falar) um minutinho. \_ mas estou no horário de almoço'. (S3)*

*'A mulher me tirou do sério. Veio no final de semana na minha casa e falou: Você não tem boa vontade! Vai deixar eu morrer quem nem a Maria, a vizinha lá de cima!'* (S3)

*'Não escapa disso, por mais que ponha limites.'* (S3)

Além disso, devido ao fato de seus familiares também pertencerem àquela comunidade, por vezes, passam constrangimentos quando são acusados de saber e divulgar informações que as famílias contaram aos ACS. Mesmo que a informação tenha 'vazado' de outra forma, os ACS e seus familiares são, em muitos casos, os primeiros a serem acusados.

Contam um caso que retrata o que vivenciam: *'a paciente tava com câncer de útero e no dia da consulta ela não foi. A médica pediu pra eu conversar com a família, (mas ela mesma) a médica conversou com a filha (da paciente). (Quando a família toda soube) alguém disse que meu marido tinha comentado uma coisa da paciente. Envolveu minha família, meu marido. E (na verdade) foi a filha que tinha contado.'* (S3)

*'Você mora aqui; o médico vem aqui de vez em quando e daí? Se vazar o problema, ninguém vai sofrer nada com isso, só você que mora por ali.'* (S4)

*'Tinha problemas na família, a vizinhança toda sabia, quando a questão chegou na delegacia, no conselho tutelar sobrou para o agente comunitário.'* (S3)

*'Deve ter algum outro meio. O conselho tutelar vem e vai embora, (mas) eu estou lá. \_ os vizinhos culpam a agente de ter denunciado a família. Ninguém mais queria a visita dela porque ela era dedo-duro.'* (S3)

Essa situação de exposição, sob a qual não têm controle, lhes gera sentimento de medo.

Referem que buscam estratégias para minimizar a invasão à sua privacidade, mas essas nem sempre funcionam.

*'Muitas pessoas acham natural procurar a gente sempre que precisam de alguma coisa'.*

*'Faço questão de trabalhar com uniforme, fora do horário eu mostro que estou sem o uniforme'. (S1)*

*'Eu entro no portão de casa olhando pros lados pra ver se tem paciente pra ver onde eu moro'. (S2)*

Outra questão que referem com constância diz respeito à privacidade de sua família. Quando têm algum problema de saúde e necessitam de atendimento médico são controlados pela comunidade. Os agentes sentem-se bastante chateados de não poderem usufruir do serviço de saúde para si e sua família sem ouvir reclamações como se os privilegiassem.

*'Todo mundo fica doente, mas a família do agente não tem direito a atendimento. Vai colocar de novo alguém da sua casa!'. (S1)*

*'É minha sogra depois das 5horas, antes ela é uma usuária como outro qualquer'. (S1)*

*'É usuário ou família, pô (ele) não é da comunidade? Fala que a família pode, mas 'na real' não pode'. 'Não encaixar na própria unidade,(é) sacanagem'. (S1)*  
*'Não temos direito a usar o posto'. (S3)*

*'O ACS continua sendo povo, (na verdade é) pior que povo, pois o povo consegue atendimento e nós não'. 'Tenho que implorar uma vaga para o médico para eu passar'. (S3)*

Os agentes referem que tais fatos lhes geram constrangimentos e sofrimento e quando abordado o tema sobre mudanças que fariam no trabalho enfatizam: *'seria melhor trabalhar numa área e morar em outra'. (S1)*

#### **4.4 Relação com a comunidade e com o serviço de saúde como morador da região**

*'Tínhamos um tipo de relacionamento que tivemos que mudar'. (S1)*

Devido a relação com a comunidade estar permeada pelo processo de construção da credibilidade como agente, os fatores que a fragilizam são os aspectos do trabalho que dificultam as relações sociais, extra-trabalho que os agentes terão na comunidade como sujeitos pertencentes a mesma.

Referem que passar de usuário a ACS foi um processo bastante difícil e que agora convivem com uma grande questão: como se relacionar como ACS? E como morador da comunidade, colega, amigo? Esses sujeitos não terão a possibilidade de ser apenas um morador daquele bairro, que muitas vezes não conhece seus vizinhos, passa despercebido no movimento e no cotidiano daquele grupo de pessoas. Não conseguem ser 'fantasmas por um dia'. Não poderão somente existir e residir naquele endereço, sem partilhar com a comunidade sua rotina no tempo do não trabalho.

*'O paciente vai na porta do ACS e você fica mal educado. Eu estava no supermercado, com pouco dinheiro para comprar coisas pros meus filhos e o paciente vem perguntar do exame, eu fiquei grosseira, eu não era grosseira'. (S1)*

Ao residir na mesma comunidade na qual trabalha, o agente estabelece relações diversas com essa comunidade. Relações profissionais e pessoais, relações de agente de saúde e de vizinho, relações de quem orienta quanto aos cuidados com a saúde e de quem frequenta a os mesmos espaços sociais que os usuários. *'Fui numa festa e tinha uma paciente*

*diabética se enchendo de bolo! Na segunda-feira ela foi no posto e perguntei se o bolo estava bom (...)' (S2)*

Referem que as relações ficam mescladas e, muitas vezes, confusas no contato cotidiano com a comunidade. *'Não quero saber de sua vida particular, mas (pausa) eu quero e preciso saber de sua vida particular'. (S2)*

*'Uma ACS era testemunha de Jeová e jogaram água quente nela, depois foi fazer visita como ACS na mesma família'. (S4)*

Outro aspecto relacionado com o fato de ser morador dessa comunidade é que compartilham situações semelhantes as da população. Situações de precariedade de alimentação, higiene, habitação, entre outras, presenciadas nas visitas domiciliares podem também existir em suas próprias casas, portanto, referem ser muito difícil manter um equilíbrio emocional no contato com essas situações. *'Se desligar do trabalho e ir dormir sabendo que seu vizinho não tem comida para dar aos filhos'. (S3)*

*Como encontrar com essas pessoas em outros momentos fora do trabalho e reagir normalmente sabendo que ela está doente e necessitando de determinado exame ou tratamento? (S5)*

Além disso, devido a residirem na comunidade, anteriormente ao início do trabalho como agente comunitário de saúde referem conhecer a unidade de saúde também como usuários podendo, assim, sugerir melhorias em alguns aspectos do funcionamento e atendimento que consideravam falhos.

*'Eu ia lá (no posto de saúde) e a funcionária me olhava torto. Como eu ia lá como usuária tinha trauma de unidade pública, serviço público. Vendo o problema deles fui entendendo o problema dos usuários e a falta de condição da Unidade, da*

*impossibilidade de atender a demanda, mas isso não justifica o mau atendimento. Pude ajudar dando umas dicas de melhoria porque se atender bem o usuário na chegada dele aqui na unidade já ajuda; ao menos não piora!’ (S3)*

#### **4.5 Construção de uma ética: foco na privacidade do usuário**

Referem que a construção de um código de ética e conduta os auxiliaria quanto ao como proceder profissionalmente, garantindo ao usuário uma maior 'proteção' contra a exposição de sua privacidade, sua intimidade. Tal código lhes forneceria orientação e auxiliaria no estabelecimento de parâmetros de ação com relação a algumas situações que vivenciam, tais como, falar ou não sobre um usuário a outro agente ou a outro profissional da equipe fora do horário de reunião para discussão de casos. Quando e como fazer isso sem que se torne 'conversa de corredor'? São questões que enfrentam cotidianamente e que referem gerar demasiada angústia quando consideram estar expondo a privacidade dos usuários.

Acreditam que o processo de capacitação poderia lhes ajudar a superar algumas questões que enfrentam, porém os cursos oferecidos não foram cursados por todos os agentes e não atenderam às expectativas dos mesmos.

*‘A gente não estava preparado para agüentar, entender, orientar os problemas’. (S1)*

*‘Não estamos preparados’. (S1)*

#### 4.6 Fronteira trabalho *versus* militância (voluntarismo)

Conforme pontuado anteriormente, os ACS referem que não há o respeito por parte da população em seu tempo de não trabalho. A própria comunidade espera dos agentes uma ação contínua que se configuraria em um trabalho de militância pela causa saúde da família. Em muitos casos, o sujeito, antes de ser agente, se destacava como uma liderança local, alguém que conhece bem a comunidade e mesmo sem nenhum vínculo empregatício trabalhava para produzir melhorias. Tal fato favorece a não diferenciação entre as obrigações do trabalho do ACS e o voluntarismo que a comunidade espera dele.

Referem que o envolvimento emocional que vivenciam com a comunidade e o trabalho dificulta o estabelecimento de limites entre o trabalho e o voluntarismo, considerando que estão constantemente naquele ambiente e em contato com as necessidades da comunidade.

Outra questão interessante se faz presente: essa profissão não possui normas, código de ética e conduta e sequer um status profissional que o diferencie da população, portanto, qual a diferença, aos olhos da comunidade, entre seu trabalho e a militância comunitária local que os impediria de buscar o agente fora do horário de trabalho?

*'Não vai te matar, se você for levar o papel do paciente' \_ no período de férias. (S3)*

*'O agente de saúde não é reconhecido como profissão, as pessoas pensam que a gente é voluntário'. 'Olha aí esse bando de vagabundos parados comendo pastel' \_ você tem que dar satisfação, 'o povo te controla'. (S2)*

*'Você vai falar que não (...) é cansativo mas se tá na chuva é pra se molhar; aí a gente faz, mesmo sem dar pra fazer agente faz'. (S3)*



## DISCUSSÃO

---

O requisito de morar no local em que atua, traz uma especificidade ao trabalho profissional do ACS, proporcionando-lhe novas vivências e questionamentos. Os aspectos subjetivos desse envolvimento foram discutidos à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho e os resultados foram apresentados em categorias. Porém, como se estruturam em uma rede, no cotidiano do trabalho dos agentes, foram abordados em conformidade com suas inter-relações e não em tópicos isolados.

Segundo documentos do Ministério da Saúde, a atribuição principal do ACS é ser um agente educador, com o objetivo de transmitir informações que melhorem a capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde por parte da população (Brasil, 1997a; 2006). Essa é a proposta do trabalho prescrito, porém, no cotidiano de trabalho, os agentes tornam-se depositários dos anseios da comunidade, por serem os representantes do sistema de saúde (membros da equipe de saúde) com mais freqüente e íntimo contato com os usuários. O trabalho real efetiva o seu papel de agente educador ao considerá-lo importante para desenvolver a capacidade da população para cuidar de sua própria saúde, porém não o suficiente para que possa atender às demandas da comunidade.

Na medida em que levar informação, ampliar o conhecimento da população e sua capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde, não são suficientes, o agente se vê imbricado em um trabalho que vai além de suas competências e possibilidades de resolução. Como seu trabalho

não atende às demandas da população, esta, portanto, não reconhece a qualidade das ações do ACS e cada vez mais exige dele uma atuação efetiva, resolutiva. E essa cobrança é fortalecida pelo constante contato que com ele mantêm, ao freqüentarem os mesmos espaços sociais e terem acesso à casa do agente comunitário; e ao considerá-lo um vizinho, antes mesmo de um ACS. A impossibilidade de atender às demandas gera sofrimento a esse agente.

Conhecer a comunidade é importante para efetivar o diferencial da proposta de atenção em saúde no PSF. Ao conhecer a comunidade, o agente estabelece maior vínculo com os usuários do serviço de saúde; observa e escuta, dos próprios usuários, suas reais necessidades; auxilia na identificação do perfil epidemiológico daquela região; e desenvolve, inclusive em parceria com a comunidade, ações de caráter preventivo (Silva e Dalmaso, 2002; Lunardelo, 2004).

Os resultados referentes à construção da credibilidade são corroborados com a literatura científica sobre agentes comunitários, no que se refere à importância do contato cotidiano, das visitas domiciliares e da conversa com a população, para desenvolver o trabalho e o vínculo com os usuários (Nunes et al., 2002; Silva e Dalmaso, 2002; Lunardelo, 2004 e Spiri, 2006).

No entanto, esses resultados ressaltam que o contato é construído no trabalho diário, na aproximação e na constante busca de estabelecer e manter a credibilidade perante a comunidade, em um processo que acontece gradualmente. Não é algo garantido *a priori*, mas, sim, que precisa

ser conquistado, desenvolvido no cotidiano. Portanto, não é algo determinado pelo fato de morar ou não na própria região. Tal argumentação é importante de ser considerada, quando se pensa na obrigatoriedade que é imposta a esse profissional.

Os aspectos que configuram e permitem o desenvolvimento do trabalho do ACS, tais como o estabelecimento de vínculo, o papel de tradutor e porta-voz dos usuários, a credibilidade, a possibilidade de adentrar as casas dos moradores, não são predeterminados pelo fato de o agente pertencer ou não àquela comunidade e, segundo os dados obtidos, muitas vezes, são dificultados por tal convivência.

Esses achados contrapõem-se às idéias de Lunardelo (2004), quanto à proximidade física como geradora de vínculos com a comunidade e facilitadora no trabalho. Apesar de defender tal idéia, a autora pontua que o agente sofre com o envolvimento decorrente dessa relação de igual que estabelece com a comunidade e o presente estudo evidencia esse aspecto subjetivo do trabalho.

O sofrimento do agente comunitário, apresentado por Silva (2001), Carvalho (2002) e Spiri (2006), em seus estudos, decorre das relações de trabalho, da forma como esse se organiza e, principalmente, das limitações impostas à sua ação para atender às demandas dos usuários, porém, não consideram o fato de morar na mesma localidade como um agudizador do sofrimento que vivenciam. E é esta a contribuição central deste estudo.

Estratégias adotadas pelo ACS na realização do seu trabalho objetivam, muitas vezes, encobrir falhas do sistema de saúde, situação que

provoca conflitos nas relações com a comunidade. Como o agente depende da dinâmica das relações estabelecidas, mentir e constantemente ter de reafirmar a mentira, para, assim, adentrar a casa e a vida das pessoas, gera sofrimento durante o trabalho. Por morar na região, a mentira atinge a si próprio, na medida em que depende desse mesmo serviço insuficiente para atender às suas necessidades e às de sua família.

Essas estratégias acabam produzindo sobrecarga mental e repercutindo em outras esferas da sua vida.

A falta de cadência entre a demanda da população e a disponibilidade dos serviços, ou seja, o insuficiente suporte do sistema de saúde, que é traduzido pela limitada capacidade de resolutividade do sistema de referência e contra-referência e de ação da equipe de saúde, dificultam as relações de confiança, ocasionando conflitos pessoais, instabilidade nas relações de trabalho, prejuízos à produção, à qualidade do trabalho e ao atendimento prestado aos usuários. Além disso, prejudica a imagem do ACS perante a comunidade e potencializa o sofrimento vivenciado por ele.

Esses dificultadores da realização do trabalho geram constrangimentos ao agente, pois a necessidade de dar respostas positivas à dor, ao medo, à dúvida, à angústia, ao sofrimento e ao risco de morte do outro gera grande pressão no cotidiano de trabalho e acarreta, por vezes, em intenso sofrimento psíquico. O sofrimento decorre, então, do contato com seus limites de atuação, da constatação da impossibilidade de solucionar as questões apresentadas e do contato constante com essa população. Principalmente o contato fora do horário de trabalho.

O sofrimento reflete a frustração vivenciada pelo agente devido à dedicação que dispensa ao trabalho, à disponibilização do tempo, da energia física e psíquica e à impossibilidade de ação imposta pelo sistema.

É relevante o sofrimento gerado pela inoperância do sistema, porém não acreditamos ser a matriz do sofrimento relatado pelo agente. O insuficiente suporte para atender às demandas da população agrava o sofrimento do agente, entretanto, esse aspecto não existiria, caso o sistema funcionasse satisfatoriamente. Mas poderia existir de outras formas, visto que, ao morar na região, o agente está 24 horas por dia no trabalho e exposto constantemente ao assédio das pessoas.

Se o sistema atendesse adequadamente as necessidades da população, os usuários também o solicitariam a qualquer hora do dia e da noite e continuariam a interpelar o agente na rua, no supermercado, na feira, enfim, nos espaços sociais que compartilha com a comunidade. Portanto, o eixo principal do sofrimento que relata é resultado do fato de residir na comunidade; dos conseqüentes contato e exposição.

Os relatos dos agentes evidenciam que o fato de morar na comunidade não lhes garantiu o acesso às casas dos usuários do serviço de saúde. Ao adentrarem a intimidade dos usuários, que são também seus vizinhos, acabam expondo sua vida particular, na medida em que moram na região e, portanto, também têm o título de “vizinhos”. A exposição não somente é de sua vida particular, como também de sua família, de sua residência, de seus hábitos cotidianos e de sua intimidade.

Essa situação vivenciada pelo agente é semelhante à vivida por ilustres personalidades, que têm sua vida íntima, as relações pessoais, a rotina e as atividades de lazer constantemente observadas e controladas por outrem. Tudo deixa, assim, de ser algo particular para tornar-se de conhecimento público. Ao ficar exposto aos “olhares” dos moradores, sente medo, quando trabalha em regiões onde a violência urbana se manifesta em maior grau.

Medo da violência de traficantes, usuários de drogas, bandidos, entre outros, e esse medo não se refere somente à prática de adentrar as casas desses usuários e, por vezes, não conseguir atender às demandas, mas também à exposição constante naquele ambiente, naqueles mesmos espaços sociais. Esse medo é fator desestabilizador da dinâmica sofrimento-prazer no trabalho, desencadeando, no agente, a criação de estratégias defensivas que lhe permita continuar realizando o trabalho.

Nunes et al. (2002), ao estabelecer a valorização dos aspectos afetivos na relação do agente com a comunidade como fator responsável pela exposição da intimidade de ambos, não considera, em seu estudo, o fator “morar na comunidade”. Os resultados encontrados mostram que esse fator promove a valorização dos aspectos afetivos, na medida em que, para a população, o agente compartilha daquela mesma realidade e encontra-se em tempo integral acessível à comunidade, mesmo não sendo o termo “acessível” sinônimo de “disponível”. Essa exposição corrobora com a discussão acerca do sofrimento no trabalho.

O trabalho atinge, assim, outros espaços da vida cotidiana do sujeito e, portanto, deve ser visto como um “*continuum* que se estende para além de

seu espaço restrito e influencia outras esferas da vida” (Lancman, Sznelwar, 2004; p33). Isso é evidenciado nos aspectos subjetivos apresentados por esse agente, na medida em que o sofrimento no trabalho permeia todas as demais esferas da sua vida, contaminando as relações pessoais, afetivas e familiares.

O agente comunitário, assim como, seus familiares, ficam constrangidos quando são abordados no dia-a-dia pois as pessoas fazem solicitações, reclamações, comentários e/ou querem informações sobre outros sujeitos, assuntos do trabalho do agente. Além disso, controlam as condições de saúde de familiares e amigos do ACS por saberem quando e quantas vezes utilizam o serviço de saúde. O fato de o agente morar na comunidade gera essa disputa pelos insuficientes recursos, situação que o constrange.

O tempo do não-trabalho desse sujeito está imerso no mesmo ambiente físico do tempo do trabalho, assim, para esse trabalhador a contaminação psíquica é corroborada pela contaminação física. O compartilhamento dos mesmos ambientes gera muita exposição e dificulta o distanciamento das questões do trabalho. O contato com a pobreza, a miséria, as mazelas humanas da região, os adoecimentos, enfim, situações precárias de ordem econômica e emocional, fazem com que o agente desenvolva estratégias defensivas para realizar o trabalho cotidianamente e ainda assim preservar sua saúde mental, evitando o adoecimento.

Surge uma questão para esse trabalhador: Como se relacionar com esses usuários simplesmente como moradores, colegas ou vizinhos? As



relações interpessoais, na comunidade, ficam impregnadas pelo “ser ACS”, pois a dissimulação necessária para encontrar com pessoas, em outros momentos, e reagir normalmente, sabendo que elas estão doentes e necessitando de determinado exame ou tratamento, ou, ainda, estão infringindo as orientações médicas, não seria psicologicamente suportada pelo agente.

As estratégias que desenvolve para fazer o trabalho acontecer, refletem uma engenhosidade desse trabalhador, um jeito particular, individualmente criado para permitir o cumprimento das atividades. Uma inteligência que resulta e é desenvolvida no fazer, nas ações cotidianas.

Já as estratégias construídas pelo ACS, diante do sofrimento no trabalho, como se esquivar da comunidade; trabalhar de uniforme, na tentativa de delimitar seu horário de atuação; entrar ou sair às escondidas de sua casa para que não seja identificada; disfarçar a voz ao telefone, buscam distanciar a vida pessoal e familiar da vida no trabalho, tentando impedir que o trabalho concretamente invada o tempo do não trabalho.

Segundo Tomaz (2002), as atividades desempenhadas fora do horário de trabalho objetivam possibilitar ao sujeito o distanciamento das situações de trabalho, na medida em que devem gerar prazer e satisfação. Porém, os espaços nos quais o agente realiza tais atividades são comuns aos do trabalho e a diferenciação do tempo do trabalho para o tempo do não trabalho fica comprometida física e psicologicamente.

Conforme enfatizado por autores, tais como, Solla et al. (1996), Capistrano Filho (1999), Carvalho (2002), Dal Poz (2002), Nunes et al.

(2002), Silva e Dalmaso (2002), Tomaz (2002), Lunardelo (2004), Rosa e Labate, (2005), Spiri (2006), o ACS é um sujeito que emerge da comunidade e compõe a equipe de saúde, sendo o único profissional que não possui formação na área de saúde. Os resultados demonstram esse fato na insegurança manifesta pelos agentes em decisões a serem tomadas no trabalho. A solicitação de um código de ética e conduta ilustra o sentimento de insegurança, na medida em que os ACS o requerem para auxiliar a proteger a privacidade dos usuários de seus serviços.

Para a comunidade, o conhecimento de diversas situações, durante as visitas domiciliares, transforma o agente em uma 'central de informações' sobre a vida alheia. Acreditamos que o fato de não existir um código de ética e de não freqüentar cursos de capacitação que atendam as suas demandas profissionais o fragiliza ou não o auxilia a fortalecer sua conduta de maneira a preservar a privacidade dos sujeitos. Há o agravante do pertencer, pois ao estar cotidianamente imerso naquela mesma comunidade e se relacionar com as pessoas, de maneiras diversas do relacionamento profissional, a diferenciação entre o profissional e o pessoal fica contaminada, para os moradores, favorecendo com que busquem o agente para saber da vida alheia como fazem rotineiramente com colegas e vizinhos.

Pode-se considerar que a profissionalização recente, ou ainda em processo, é um fator que contribui para a inexistência de programas de suporte psicossocial a esse trabalhador para que ele possa discutir os aspectos subjetivos do morar e trabalhar.

Acreditamos que a capacitação profissional periódica, porém permanente, por meio de cursos e treinamentos, pode respaldar e fortalecer esse trabalhador para lidar com as questões do cotidiano do trabalho, principalmente as relacionadas com o fato de morar na comunidade. Pode, também, instrumentalizar o agente comunitário de saúde, permitindo, cada vez mais que possa “dar respostas adequadas (aos usuários) de acordo com sua competência”, atribuição do agente segundo o trabalho prescrito (Brasil, 1997a; 2006).

Considerando que os documentos oficiais que determinam a organização do trabalho dos agentes são produzidos e revisados ao longo do processo de desenvolvimento das atividades desses trabalhadores, sugerimos que as questões sobre as vivências de morar e trabalhar na mesma região sejam consideradas para a produção de novas normas ou portarias que determinem o trabalho prescrito do ACS.

O ACS pertence a uma categoria profissional e como tal possui uma determinada caracterização de trabalho e possibilidades de emprego. Segundo Dejours (2004d; p133), “todo trabalhar acarreta um envolvimento psíquico do trabalhador com o trabalho”, mas não se pode exigir desse uma militância. O perfil solidário do agente evidenciado por Carvalho (2002) não pode ser confundido com o voluntarismo.

Assim, não se pode exigir do agente uma militância pelas causas da comunidade. A militância e o voluntarismo do sujeito que desempenha a função de agente comunitário podem existir quanto a qualquer causa que ele escolha, porém é importante que não sejam considerados, pela população,

como pressupostos para desenvolver o trabalho de agente comunitário, porque mora naquela mesma comunidade. Ao relacionar como algo inerente à função, a comunidade não fará a diferenciação entre o tempo de trabalho e de não trabalho do agente e, assim, todo o tempo desse sujeito será considerado como de trabalho.

Consideramos que o fato de morar na comunidade é o desencadeador dessa indiferenciação por parte da população, pois induz a associação desse trabalho à disponibilidade 24 horas por dia existente no voluntarismo.

O envolvimento emocional que o agente vivencia, refere-se ao aspecto psíquico que estabelece com o trabalho e com a comunidade e, ainda que desenvolva estratégias, não é possível determinar seus limites, por ser esse envolvimento de ordem psíquica, portanto, não racional ou objetiva, e por haver a contaminação do tempo do não trabalho proposta por Dejours (2004b) agudizada por uma imersão, naquela comunidade, de ordem física (espacial e temporal). O agente fica imerso física e psiquicamente no ambiente e nas necessidades vivenciadas pela comunidade por residir na localidade do trabalho.

Quando os requisitos da profissão de agente comunitário de saúde foram estabelecidos, não foi possível considerar as questões que vivenciaria, ao morar na comunidade, devido ao fato de ser o primeiro e único profissional da área da saúde que possui essa obrigatoriedade. No entanto, com o transcorrer do tempo e o desenvolvimento de estudos sobre o trabalho dos agentes, esse aspecto subjetivo não foi relevado por outros autores. Ele pode ser conhecido somente durante o estudo do trabalho do

ACS, sob a ótica do próprio trabalhador, e ao objetivar conhecer os aspectos subjetivos que compõem o trabalho real, aspectos esses não observáveis no cotidiano do trabalho.

Os instrumentos de análise e interpretação dos dados utilizados no estudo possibilitaram o alcance dos objetivos propostos. Os aspectos subjetivos do trabalho relacionados ao morar e trabalhar na mesma comunidade foram evidenciados e pôde-se conhecer o impacto na saúde mental do agente comunitário de saúde.

Quanto aos facilitadores e dificultadores do morar na comunidade vivenciados pelo agente, cabe ressaltar que o conteúdo dos documentos não apresentou facilitadores. Somente em um momento da sessão grupal III surgiu um aspecto considerado positivo pelos agentes. Referiam um “*status* de celebridade”, por terem seu emprego cobiçado pela população, e pelo reconhecimento, quando há resolutividade das demandas. Como não era objetivo do estudo categorizar os aspectos positivos ou negativos do trabalho e a análise de conteúdo pressupõe a apresentação dos assuntos emergentes, considerando sua frequência e repetitividade, esse aspecto positivo não foi destacado nos resultados.

Quando se coloca o agente no centro das discussões acerca de seu trabalho, é interessante notar que os facilitadores resultantes da coincidência entre o local de moradia e trabalho são pouco apresentados. Os aspectos geradores de angústia e sofrimento é que foram enfatizados nas discussões grupais.

A possibilidade de pensar, falar, refletir sobre o trabalho, permite, ao agente, dar visibilidade aos seus aspectos subjetivos, tornando de conhecimento público esse viés do trabalho conhecido somente por quem o executa e vivencia.

O fato de ser discutido com pares e de ser construído um consenso transforma esses aspectos individuais em aspectos do coletivo de trabalhadores, e que compõem, portanto, aquele trabalho real. Atinge-se, assim, uma outra dimensão do trabalho, que parte do individual para o coletivo. Dessa forma, constituem-se aspectos do trabalhar do ACS e, portanto, mais informação sobre aquele trabalho. Essas informações podem se transformar em conhecimento e contribuição à saúde dos trabalhadores, na medida em que forem incorporadas no processo de reformulação do trabalho prescrito.

Feita a reflexão sobre o material analisado, consideramos que, apesar de ser a análise de um documento referente a um estudo de caso, acreditamos que os resultados obtidos podem ser generalizados a outros agentes comunitários de saúde, por ser o aspecto “morar na comunidade” algo comum a todos os trabalhadores dessa profissão.

No entanto, ao considerarmos que a unidade de contexto adotada foram os relatos dos trabalhadores, obtidos a partir do grupo de Psicodinâmica do Trabalho realizado com ACS da região de Pirituba/ São Paulo, e sem um retorno ao campo (para ampliar ou aprofundar a coleta de dados) e a escassez de estudos direcionados a conhecer os aspectos subjetivos do trabalho dos agentes, enfatizamos a proposta de que novos

estudos devam ser realizados para legitimar ou contrapor aspectos dos resultados obtidos e, assim, contribuir para a melhoria do trabalho desses profissionais.

### **Considerações Finais**

Acreditamos que nosso estudo pode trazer contribuições para o campo da saúde do trabalhador, pois os profissionais da saúde, entre eles o terapeuta ocupacional, estão constantemente imbricados em promover melhorias nas condições e na organização do trabalho, de modo a preservar a saúde dos trabalhadores em geral.

Sendo, a Psicodinâmica do Trabalho, uma teoria e técnica de intervenção que permite conhecer os aspectos subjetivos do trabalho, não identificados, por exemplo, na análise da atividade, é interessante, para os terapeutas ocupacionais, a apropriação desse conhecimento e sua utilização como instrumento de intervenção e pesquisa na área de concentração saúde e trabalho.

Além disso, o trabalho tem um sentido para o trabalhador e a Terapia Ocupacional lida com a atividade humana, portanto, esse método de conhecer a realidade do trabalho através da vivência dos próprios trabalhadores pode auxiliar a Terapia Ocupacional a conhecer o sentido daquele determinado trabalho (e de cada uma das atividades que o compõem) para aquele sujeito.

O conhecimento dos aspectos subjetivos relacionados ao trabalho permite, ao terapeuta ocupacional, não dar relevância somente aos aspectos concretos da possibilidade de um sujeito realizar atividades, mas também atuar como um facilitador no processo de identificação desse sujeito com o trabalho. Dessa maneira, o terapeuta ocupacional poderá trabalhar preventivamente na relação saúde-trabalho.

Outra importância de conhecê-los, é que, alguns aspectos subjetivos, podem estar gerando sofrimento psíquico e, por consequência, afetando a saúde mental do trabalhador. Ao conhecer tais aspectos, o terapeuta ocupacional poderá agir para prevenir futuros agravos; auxiliar no processo de realocação ou reabilitação do trabalhador; ou promover melhorias na organização do trabalho.

Pensando na pesquisa como um ciclo, “um processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma questão e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações” (Minayo, 2002; p26), deixamos algumas questões a serem debatidas em novos estudos, a fim de proporcionar maior aprofundamento no tema.

– É realmente necessário que o ACS resida na comunidade em que trabalha?

– Não residir na comunidade, compromete o trabalho realizado pelo ACS?



– A possível perda na qualidade do trabalho é relevante, considerado o desgaste mental desse trabalhador ao estar exposto na relação dual que vivencia com a comunidade?

– Ao considerarmos o sofrimento do trabalhador, a obrigatoriedade de residir naquela área poderia ser repensada?

– A contaminação do tempo do não trabalho não desgasta demais o trabalhador resultando em déficit, prejuízo, no trabalho que desempenha?

– Perante os resultados do estudo, não seria o momento de rever a organização do trabalho, considerando as questões apresentadas pelos próprios agentes?

– A obrigatoriedade de morar na comunidade, pensada para se configurar como um aspecto positivo do trabalho, acaba gerando muitos constrangimentos. Isso se reflete psicologicamente como uma punição a esse ACS?

– A relação custo x benefício está equilibrada?

/	\
sofrimento psíquico do ACS	qualidade do serviço prestado

## CONCLUSÃO

---

Destacamos que um aspecto perpassa todos os assuntos discutidos: ao morar na comunidade, o agente torna-se Agente Comunitário de Saúde as 24 horas do dia.

Ao agregar, aos aspectos discutidos, a consideração de Molinier (2004; p15) de que “quando a organização do trabalho faz obstáculo à elaboração do sofrimento e a sua transformação em prazer, então o trabalho pode ser prejudicial para a saúde mental. Não há neutralidade do trabalho defronte à saúde mental”; podemos apontar que, ao impor a obrigatoriedade de congruência entre o local de trabalho e de moradia, a organização do trabalho contribui para torná-lo prejudicial à saúde mental do agente comunitário de saúde.

Assim, o trabalho passa a ser prejudicial a saúde mental desses sujeitos na medida em que não lhe permite o distanciamento das situações e da população com a qual se relaciona como agente de saúde. O contato com a realidade é intermitente, constante e a forma como o trabalho é organizado não lhe dá qualquer escolha.

Citamos o impacto do trabalho na saúde mental do ACS porque entendemos que os aspectos psíquicos são parte da constituição do sujeito e o trabalhador interage com o mundo do trabalho em todas as suas dimensões.

A principal contribuição do estudo é apresentar os aspectos subjetivos do trabalho, os quais não são visíveis ou mensuráveis, e, ao serem

conhecidos e estudados, podem contribuir com a preservação da saúde dos trabalhadores.

Apresentamos sucintamente, a seguir, as principais conclusões do estudo.

- Morar e trabalhar na mesma comunidade gera sofrimento psíquico ao agente comunitário de saúde;

- Os documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde ou pela política oficial do governo (Brasil, 1993; 1997b; 2000; 2006) não consideram os aspectos subjetivos do trabalho evidenciado pelo agente comunitário de saúde na estruturação do trabalho prescrito;

- Morar na comunidade não parece ser uma opção para o agente comunitário de saúde, mas, sim, uma realidade decorrente da impossibilidade de flexibilização organizacional do trabalho;

- A credibilidade que o agente precisa ter perante a comunidade para desenvolver seu trabalho é um processo de construção cotidiano, portanto, dinâmico. Não é algo preestabelecido, devido ao fato de residir naquela área e conhecer a comunidade;

- O insuficiente suporte do sistema de saúde é um fator agudizador do sofrimento, decorrente da congruência entre o local de moradia e o trabalho dos agentes;

- O fato de morar na mesma região acarreta uma exposição de dupla via, a do agente e seus familiares e a da comunidade;

- O ACS vivencia relações múltiplas com a comunidade decorrente de seu pertencimento à mesma como morador e como agente de saúde;
- Esse sofrimento, juntamente com os demais aspectos subjetivos que compõem o cotidiano dos ACS, é pouco citado na literatura;
- O requisito profissional de residir na área da comunidade em que atua poderia ser revisto, se consideradas as questões decorrentes dessa coincidência de espaços que vivencia o agente.

## **ANEXO**

---

## **APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 24.11.05, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 1000/05, intitulado: "O processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e seu impacto no Programa de Saúde da Família: contribuição da Terapia Ocupacional" apresentado pelo Departamento de FISIOTERAPIA, FONOAUDILOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX, 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: Sra. Selma Lancman

Pesquisador (a) Executante: Sra. Tatiana de Andrade Jardim

CAPPesq, 24 de Novembro de 2005.



**PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO**  
Presidente da Comissão de Ética para Análise  
de Projetos de Pesquisa

## REFERÊNCIAS

---



Araújo Junior F, Gomide M. O agente comunitário de saúde e sua incorporação ao programa saúde da família no Ceará: houve mudanças? Cad. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2004;12(2), jul:137-54.

Babier R. A pesquisa-ação. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Líber Livro; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferencia Nacional de Saúde. 1986 – mimeo

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Lei nº 8.080/90 [on line]. Brasília: Ministério da Saúde; 1990. [citado 2 out 2006].  
Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Lei nº 8.142/90 [on line]. Brasília: Ministério da Saúde; 1990. [citado 2 out 2006].  
Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Portaria nº. 1886, de 18 de dezembro de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997a.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Comunidade Solidária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1997b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica em Saúde. [on line]. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. [citado 9 jun 2006].

Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Brasília, 2001n

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. [on line]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [citado 9 jun 2006].

Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família [on line]. São Paulo; 2007 [26 março 2007].

Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza\\_cadastro.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php)

Carvalho VLM. A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no Município de Itapeirica da Serra. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.

Capistrano Filho D. O programa saúde da família em São Paulo. Revista Estudos Avançados (Dossiê Saúde Pública). São Paulo. 1999;13(35), jan-abril:89-100.

Chiesa AM, Farcolli LA. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. Rev Brasileira Saúde Família. 2004; edição especial (7), jan-abr:42-9.

Dal Poz MR. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. Gac Sanit, Barcelona. 2002; 16(1), ene-feb:82-8.

Dejours C, Jayet C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C, Betiol MIS coordenação. Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p.67-118.

Dejours C. Conferências Brasileiras – identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: EAESP/FGV; 1999.180p

Dejours C. A metodologia em Psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo15, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004a. p.105-26.

Dejours C. Addendum – da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo15, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004b. p.47-104.

Dejours C. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo15, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004c. p.277-99.

Dejours C. O trabalho como enigma. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo15, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004d. p.127-40.

Diehl AM, Fuentes CMS. Agente comunitário de saúde no programa saúde da família: um olhar no município de Cerro Branco, RS. [Especialização]. Porto Alegre: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2004.

Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no Programa Saúde da Família em Porto Alegre. Rev Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2005; 10(2), abr-jun:347-55.

Fontoura MD, Almeida AP, Marques CMS, Prado MM, Portilho JAC. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. Rev Saúde Distrito Federal. Brasília. 2004; 15(3/4), jul-dez:67-77.

Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre agentes comunitários de saúde e usuários do Programa de Saúde da Família. Saúde Sociedade. Rio de Janeiro. 2004a; 13(2), maio-ago:70-5.

Franco MLPB. Análise de Conteúdo. 2ª ed. Brasília: Líber Livro; 2005. 79p

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2006; 22(6), jun:1171-81.

Gil AC. Delineamento da Pesquisa. In: Métodos e técnicas de pesquisa social. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2006b. p.64-74.

Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. ERA- Revista de Administração de Empresas. São Paulo. 1995; 35(3):20-9.

Heloani R, Lancman S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Revista Produção*. São Paulo. 2004; 14(3), set-dez:77-86.

Kluthcovsky, ACGC, Takayanagui AMM. Community health agent: a literature review. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto. 2006; 14(6), dez:957-63.

Lancman S, Ghirardi MIG. Pensando novas práticas em terapia Ocupacional, Saúde e Trabalho. *Rev Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*. São Paulo. 2002; 13(2):44-85.

Lancman S, Uchida S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. *Cad. Psicologia Social do Trabalho*. São Paulo. 2003; 6:79-90.

Lancman S. Saúde Mental e Trabalho: repensando a ação em Terapia Ocupacional. [Tese de livre docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.

Lancman S, Jardim TA. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. *Rev Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*. São Paulo. 2004; 15(2), maio/ago:82-9.

Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo15, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004. 345p

Lancman S, Uchida S, Sznelwar LI, Jardim TA. Análise Psicodinâmica do trabalho [Relatório científico Projeto PROESF], São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005a.

Lancman S, Uchida S, Sznelwar LI, Jardim TA. Anotações das sessões de grupo com Agentes Comunitários de Saúde - Pirituba/São Paulo [Arquivo de acesso restrito do Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho], São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005b.

Lancman S, Uchida S, Sznelwar LI, Jardim TA, Gasparo S. O trabalhar no Programa Saúde da Família: um estudo em psicodinâmica do trabalho. In: Vários coordenadores (Org.). Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF; Cadernos de Atenção Básica, estudos avaliativos 3. 1ª ed. São Paulo: Consórcio Medicina USP/ Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2006. p.207-28.

Lunardelo SR. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.

Minayo MCS organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. 80p

Molinier P. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo. Um itinerário interdisciplinar 1988-2002. Revista Produção. São Paulo. 2004; 14(3), set-dez:14-26.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2002; 18(6), nov-dez:1639-46.

Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do programa Saúde da família. Rev Saúde Pública. São Paulo. 2001; 35(3), jun:303-11.

Prefeitura de São Paulo. Portal da Prefeitura de São Paulo [on line]. São Paulo, 2006. [citado 6 nov 2006]. Disponível em:

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a\\_cidade/noticias/index.php?p=9436](http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=9436)

Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. 2005; 13(6), nov-dez:1027-34.

Secretaria de Estado da Saúde. Programa Saúde da Família. Implantação e desenvolvimento PSF/Qualis. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo; 1999.

Silva JA. O Agente Comunitário de Saúde do projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2002.

Silva MT, Silveira C, Quaggio FM. Organização do Trabalho \_ Estudo de caso: UBS Jardim Cidade Pirituba. [Relatório científico Projeto PROESF]. São Paulo: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo; 2005.

Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: Avaliação do Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Saúde em Debate. 1996; 51:4-15.

Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde - uma abordagem fenomenológica. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2006 \_ artigo aprovado aguardando publicação. [10 nov 2006] Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=129](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=129)

Sznelwar LI, Lancman S, Wu MJ, Alvarinho E, Santos MC. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção*. São Paulo. 2004; 14(3), set-dez:45-57.

Sznelwar LI, Mascia FL, Vezzà FMG, Leite RDS, Zuccolotto S, Mesquita R. Análise Ergonômica do Trabalho. [Relatório científico Projeto PROESF]. São Paulo: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo; 2005.

Sznelwar LI, Abrahão JI, Silva MT, Silveira C, Quaggio FM, Mascia FL, Vezzà FMG, Lancman S, Uchida S. Caderno de Atenção Básica: estudos avaliativos 3; São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2006. 244 p

Thiollent M. Pesquisa-ação nas organizações. São Paulo: Atlas; 1997.

Tomaz JBS. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface*. 2002; 6(10):84-90.

Viana ALA, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Revista de Saúde Coletiva*. Physis. 1998a; 8(2):11-48.

Viana ALA, Dal Poz MR. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abril; 1998b.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.