UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JÉSSIKA SONALY VASCONCELOS BARBOSA

"SOMOS OS PÉS E AS MÃOS DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS": Análise da atividade de Agentes Comunitários da saúde

CAMPINA GRANDE – PB
2014

JÉSSIKA SONALY VASCONCELOS BARBOSA

“SOMOS OS PÉS E AS MÃOS DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS”: Análise da atividade de Agentes Comunitários da saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharelado e Licenciatura em Psicologia.

Orientador (a): Profª Drª Thaís Augusta Máximo

CAMPINA GRANDE – PB
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

B238s Barbosa, Jéssika Sonaly Vasconcelos
"Somos os pés e as mãos dos médicos e enfermeiros" [manuscrito] : Análise da atividade de agentes comunitários da saúde / Jéssika Sonaly Vasconcelos Barbosa. - 2014.
39 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.
"Orientação: Profa. Dra. Thaís Augusta Cunha de O. Máximo, Departamento de Psicologia".

1. Agente de saúde. 2. Atuação profissional. 3. Saúde da família. 4. Educação em saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

JÉSSIKA SONALY VASCONCELOS BARBOSA

"SOMOS OS PÉS E AS MÃOS DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS": Análise da atividade de Agentes Comunitários da saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharelado e Licenciatura em Psicologia.

Aprovada em 20 /02 /2014.

Thaís A. C. de Oliveira Máximo

Profª Drª Thaís Augusta Máximo/ UFPB
Orientadora

Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva / UEPB
Examinador

Prof. Me. Nelson Aleixo da Silva Junior / UEPB
Examinador

DEDICATÓRIA

Que darei ao Senhor por todos os benefícios que me tem feito? (Salmo 116:12)

A Deus, que me proporciona bênçãos sem medidas, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À professora Drª Thaís Augusta Máximo, orientadora dedicada e exigente, que sempre esteve pronta para compartilhar ensinamentos e saberes, acreditando no meu potencial ainda em crescimento.

Ao meu pai Kleber e minha mãe Djanira, por tudo que me ensinaram, pela proteção, sustento, conselhos e amor sem medidas.

A minha irmã Anna Carolina, pela presença alegre de tantos “aperreios”.

Aos meus avós, pelos constantes abraços e incentivos que me enchem de esperança.

Ao meu namorado Gabriel Cadidé, pela presença, apoio, companheirismo e interpretações malucas que me ajudaram a prosseguir.

Aos meus amigos e irmãos da Primeira Igreja Batista de Campina Grande por tantas alegrias na presença de Deus.

À coordenadora Ana Cristina Loureiro, e aos professores do Curso de Psicologia, em especial Edil Silva, Francinaldo Pinto, Nelson Aleixo e Sibelle Barros, que contribuíram por meio das disciplinas e debates, para a minha formação acadêmica.

Aos funcionários da UEPB, em especial Robson Melo, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

A minhas queridas amigas, Anna Karenynna e Kalina Araújo pelos momentos de amizade, apoio e confidências.

Aos Agentes Comunitários da Saúde pela disponibilidade, vivências e descobertas.

Muito obrigada

“Criar é afetar a realidade, é participar na atribuição de significado à existência”. *Ed René Kivitz*

“SOMOS OS PÉS E AS MÃOS DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS”: Análise da atividade de Agentes Comunitários da saúde

Jéssika Sonaly Vasconcelos BARBOSA[1]

RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais considerados atores-chaves na implementação de políticas voltadas para a Atenção Básica a Saúde. Tendo em vista a importância desses profissionais para a reorientação e superação do modelo médico-hospitalar, o presente estudo objetivou analisar a atividade de trabalho de Agentes Comunitários inseridos no Programa Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde do Município de Campina Grande. Para tanto, os referenciais teóricos que fundamentaram as reflexões advêm da Clínica da Atividade, desenvolvida por Yves Clot, e da perspectiva ergológica proposta por Yves Schwartz. O método utilizado situa-se no âmbito da pesquisa qualitativa e dez profissionais participaram como sujeitos desse estudo. A fim de compreender a atividade de trabalho, além de ter sido realizado uma entrevista com roteiro semi-estruturado, foi utilizada a técnica da Instrução ao Sósia. Reconhecendo que o trabalho não é apenas execução de normas e prescrições, foi possível perceber que o real da atividade vivenciado pelos ACS é permeado por variabilidades nas visitações, educação em saúde e atendimentos fora da hora de serviço, fazendo-se necessário que a todo o momento o agente construa novos modos de fazer e ser através de sua própria experiência e na relação com o outro. A ausência de capacitações, a falta de insumos e tecnologias para a realização de suas funções são geradores de sofrimento na medida em que amputam o poder de agir dos agentes. No entanto, apesar de tantas dificuldades relatadas, o sentido de permanecerem na profissão se encontra na possibilidade de ajuda ao outro.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade. Agentes Comunitários de Saúde. Clínicas do Trabalho.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho humano pode ser compreendido como uma total mobilização dos sujeitos. Sendo entendido por totalidade, os corpos, a inteligência, as emoções, tudo é convocado para atender as exigências do meio de trabalho, que por vezes, não são pré-estabelecidas pelas normas e prescrições (ASSUNÇÃO, 2005 apud ASSUNÇÃO; FILHO 2011).

No trabalho em saúde encontramos diversas exigências que na maioria das vezes, escapam da normatividade. São profissionais que sempre se colocam em uma situação desgastante por lidarem com a dor, o sofrimento e as limitações que o oficio impõem (MARSIGLIA, 2011). Não obstante, também lidam com o Sistema Único de Saúde (SUS)

[1]Jéssika Sonaly Vasconcelos Barbosa, Graduanda em Psicologia. jessikasonaly@gmail.com.

que em duas décadas ainda encontra dificuldade para concretizar os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, por meio da priorização da Atenção Básica em detrimento ao modelo médico hospitalar. A ineficiência do sistema e insatisfação pública mostram-se sempre presentes no cenário de atenção à saúde no Brasil (SOUZA; ATHAYDE, 2011). No entanto, possíveis determinantes para a ineficiência e ineficácia do SUS não serão objeto de estudo direto desse artigo, cujo escopo se debruça sobre os Agentes Comunitários da Saúde (ACS) inseridos na Atenção Básica, privilegiando uma análise da dimensão gestionária do trabalho.

1.1 Uma política centrada na promoção e prevenção da saúde

A Atenção Básica à saúde coloca-se como a porta de entrada do usuário a todo o sistema de saúde no Brasil, sendo este organizado hierarquicamente. Tal nível engloba um conjunto de ações, podendo ser de caráter individual, no caso de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes, por exemplo, ou de caráter coletivo, no caso de campanhas de promoção de saúde e/ou de prevenção de doenças (BRASIL, 2009). A Atenção Básica forma e determina a base de trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, abordando os problemas mais comuns na comunidade, direcionando-os para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002). Desta maneira, uma atenção básica realizada com sucesso, possibilita um melhor e maior funcionamento do SUS, na medida em que proporciona uma descentralização da cura de agravos para a promoção a saúde.

O contexto socioeconômico vivenciado pelo Brasil no período da implementação do SUS, na década de 1990, com mudanças econômicas, demográficas e epidemiológicas, se constituíram em obstáculos para a sua concretização. Assim, a partir de 1994, o Ministério da Saúde (MS) adotou o Programa de Saúde da Família (PSF) como ponto-chave do fortalecimento do SUS (SILVA; ATHAYDE, 2008).

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para organização do SUS. Implantada em 1994, tem como foco um olhar sobre a família percebida a partir de seu ambiente físico e social. Desta forma, possibilita às equipes uma compreensão mais ampla do processo saúde/doença levando as práticas de intervenção para além da cura de agravos. Essa estratégia fica estruturada a partir de uma equipe multiprofissional que busque uma melhor compreensão desses indivíduos, na coletividade e na realidade em que estão inseridos (ROCHA, 2003).

1.2 A criação de um ofício

Com a criação do PSF, emergiu a necessidade de um profissional que fosse o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Sendo assim, os ACS's constituem uma importante ferramenta de aprimoramento e de consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois as principais ações deste programa se dão por meio desses profissionais, que são pessoas escolhidas dentro da comunidade para atuarem junto à população (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2013). O sucesso da ESF depende do vínculo entre a equipe de saúde e a população, que é o foco da atenção básica, ampliando assim a eficácia das ações de saúde aos usuários (SILVA-ROOSLI; ATHAYDE, 2011).

A figura dos ACS's já existia desde meados de 1950 como um visitador sanitário ou "guardas da malária" ou "auxiliares de saneamento", instituído pelo Serviço Especial de Saúde Pública para desenvolver atividades na Amazônia. Já na década de 1970, com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste, o agente de saúde levava serviços básicos à população carente. Também já existia a figura do ACS na Pastoral da Criança da Igreja Católica. Com todo esse percurso o Ministério da Saúde os reconheceu como um programa que poderia viabilizar a eficácia do SUS. No entanto, até então, os ACS's não constituíam uma categoria definida e não faziam parte da equipe de saúde (DE BARROS et al, 2010).

A criação dessa categoria profissional se deu por meio do movimento sanitarista e das forças democráticas do final da década de 1980 que conquistaram importantes mudanças na intervenção estatal das práticas em saúde. Dentre os vários objetivos do SUS, a Lei Orgânica de Saúde (Lei Nº 8.080/90) também apresenta a ordenação da formação dos trabalhadores em saúde como um de seus objetivos. Dessarte, em 1991, através do Ministério da Saúde e das secretarias municipais e estaduais foi institucionalizado o Programa Nacional de Agentes Comunitários e da Saúde (PNACS), posteriormente denominado de Programa de Agentes Comunitários da Saúde (DE BARROS et al, 2010).

Apesar de sua institucionalização ter se dado em 1991, somente em 1997 foi estabelecida a base legal para a profissão de ACS, com a publicação de um documento normativo contendo suas atribuições básicas. E em 1999 foram definidas as diretrizes para o exercício das atividades. Mas, foi apenas em 2002, após 11 anos de atuação, que oficialmente foi criada a profissão de ACS na Lei Nº. 10.507 (DE BARROS et al, 2010).

O ACS é aquele profissional que atua no apoio aos indivíduos e à comunidade, por meio de atividades de promoção e prevenção da saúde, assim como de ações educativas e

de acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos. Ao mesmo tempo, o ACS é apresentado como o elo entre o serviço ou equipe de saúde e a comunidade, se caracterizando de forma singular por pertencer à comunidade, garantindo assim, a vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade (MENDONÇA, 2004).

Segundo dados do site "Portal da Saúde" do Governo Federal, em 2012 já existiam cerca de 257.265 ACS's em todo o Brasil. As normatizações e prescrições dessa profissão se encontram na Política nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012) que são: cadastrar usuários, acompanhá-los por meio de visitas domiciliares, orientá-los de acordo com as instruções da equipe de saúde, desenvolver ações de promoção e prevenção de agravos. No entanto, diversos autores como Gomes et al (2009), Galavote (2010), Ávila (2011), apontam para a necessidade de uma capacitação de qualidade para esses profissionais, que apesar dos esforços do governo, não são formados para exercer suas funções principalmente no que se refere à educação popular em saúde. Outro agravo referente à falta de apoio de outros profissionais da saúde ao ACS, pois estes ficam à margem das decisões da equipe de saúde na unidade básica. Outros autores como Silva e Menezes (2008), Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012), Lopes et al (2012), caracterizam a atividade como desgastante e com sobrecarga no trabalho, falta de apoio social e desenvolvimento pessoal, sofrimento psíquico, medos em decorrência da exposição a violência em comunidades de baixa renda, entre outros aspectos.

Diante de uma possível má formação institucional, de um falta de esclarecimento acerca de como fazer, não só apenas do que fazer, exposto nas pesquisas acima, surgi a necessidade de trazer uma maior visibilidade à complexa atividade que os ACS's devolvem cotidianamente. Justifica-se, então, o presente estudo pela necessidade de trazer luz sobre quem são esses profissionais, como fazem para aprender o oficio e como se utilizam para compartilhá-lo. Isso posto, a Psicologia do Trabalho se configura como uma importante ferramenta para a análise da realidade vivenciada por esses trabalhadores.

Esta pesquisa pretende contribuir para a gestão em Saúde Pública na medida em que é motivada pelo interesse de analisar a importância dos ACS dentro da Atenção Básica, através de uma análise aprofundada da dinâmica da atividade desses profissionais, com suas especificidades, saberes, fazeres e usos de si cotidianos. A análise do trabalho pode contribuir para a construção de saberes nessa área, proporcionando futuras intervenções para a melhoria da assistência em saúde e no campo da saúde do trabalhador.

Este estudo tem como objetivo geral analisar a atividade de trabalho de Agentes Comunitários da Saúde inseridos no Programa Saúde da Família em Unidades Básicas de

Saúde, e como objetivos específicos: identificar as relações e diferenças entre atividade real e real da atividade; analisar as formas de gestão do trabalho através das renormalizações e usos de si; identificar os sentidos, sofrimentos e condições de trabalho; e identificar os gêneros e estilos profissionais que compõe a atividade de um Agente Comunitário.

1.3 Abordagens teóricas norteadoras

O embasamento teórico deste artigo reúne contribuições conceituais e metodológicas da Ergologia (SCHWARTZ, 2008) e da Clínica da Atividade (CLOT, 2001; 2006; 2010; 2011). Tais abordagens foram escolhidas levando-se em conta os objetivos do estudo, bem como as discussões levantadas por estas abordagens que são de grande relevância para a Psicologia do Trabalho, na medida em que oferecem subsídios para uma melhor compreensão da atividade de trabalho desenvolvida pelos sujeitos.

Essas duas abordagens fazem parte das "clínicas do trabalho" e objetivam realizar uma articulação entre o mundo psíquico e o mundo social, possibilitando a construção de saberes entre o trabalho e a subjetividade. Os conceitos expressos por essas abordagens se permitem dialogar, sem perder sua coerência interna (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011), na medida em que expressam pensamentos que se complementam entre si. Serão aqui apresentados alguns conceitos dessas abordagens que são pertinentes para a compreensão dos objetivos desse artigo.

1.3.1 A atividade

É inquestionável, tanto na dimensão subjetiva quanto social, que o trabalho é central na vida dos sujeitos, não só atualmente, mas ao longo de toda a existência humana (CLOT, 1999 apud BORGES, 2006). Contudo, o conceito de trabalho sempre se modifica, a depender de qual lupa é analisado.

A palavra trabalho abrange vários significados, segundo Guerin et al (2001) o trabalho é uma unidade que abrange três realidades: as condições de trabalho, o resultado do trabalho e a própria atividade de trabalho. Dessa maneira a Psicologia do Trabalho juntamente com a Ergonomia focalizam suas investigações na compreensão da atividade de trabalho, ou seja, de como algo é realizado na prática. Refletem acerca da distinção entre tarefa prescrita e atividade real, pois a tarefa é aquilo que deve ser feito, enquanto que a atividade é o que realmente se faz (CLOT, 2010).

Desta maneira, as reais situações de trabalho – dinâmicas, instáveis e submetidas a imprevistos - produzem estratégias cognitivas inerentes a qualquer trabalho humano, implicando numa diferenciação e defasagem entre o trabalho prescrito, que é a tarefa a ser realizada com suas técnicas e procedimentos, e o "trabalho real" ou atividade real, envolvendo estratégias de adaptação do prescrito às situações reais de trabalho atravessadas pelo acaso (BRITO, 2008). A atividade realizada vai além das condições previstas, pois abrange um conjunto de fenômenos físicos e psíquicos necessários para que o ser humano cumpra atos (BORGES, 2006).

Compreender a atividade de trabalho é compreender que o trabalhador estabelece compromissos para atender as exigências conflitivas e contraditórias do dia-dia (BRITO, 2008). A perspectiva Ergológica se debruça sobre esses conceitos, trazendo-nos a compreensão de que é impossível trabalhar seguindo apenas a descrição, uma vez que o trabalho envolve a vida e as infidelidades que ela traz (BORGES, 2006).

Além das prescrições apresentadas, relativas à organização do trabalho e às condições dadas ao trabalhador, encontra-se na atividade a presença de um movimento de antecipação construído coletivamente, denominado de normas antecedentes, referindo-se aos saberes técnicos, científicos e culturais historicamente incorporados ao modo de fazer do trabalhador (BRITO, 2008), essas normas podem ser impostas ou ser o próprio indivíduo, possibilitando ao homem fazer gestão do trabalho e o desenvolvimento de uma atividade singular (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008).

Para além dos desafios do cotidiano, com suas reais situações de trabalho e variabilidades, o trabalhador pode encontrar-se sem conhecimento para a realização de novas demandas, como um vazio de normas, favorecendo um espaço para a elaboração de novos modos de fazer, de novas normas, os trabalhadores (re)criam estratégias, em um movimento contínuo de (re)normatização (BRITO, 2008).

A atividade é composta por uma dimensão observável, o comportamento, e aspectos não observáveis, pois os processos que geram a produção do comportamento não podem ser diretamente observáveis (BRITO, 2008). Sendo assim, a Clínica da Atividade avança nessa discussão compreendendo que a atividade é como um continente escondido de subjetividade no trabalho, o real do trabalho compreende aquilo que é difícil executar, fazer e dizer, mas que também é a prova de que o individuo tem o seu valor (CLOT, 2011).

A atividade real é o que se pode ver, se pode observar e se pode descrever, no entanto, o real da atividade não pode ver-se ou ser descrita (CLOT, 2007). O real da atividade abrange o que é feito, mas também o que não é feito, o que é sonhado, desejado, planejado,

mas de alguma forma ainda não realizado, abrange também o que se faz querendo fazer e o que se faz sem querer fazer. Portanto, a atividade acaba sendo, por vezes, permeada de fracassos e impedimentos, transbordando o volume da atividade realizada (CLOT, 2001).

A atividade real é por excelência o campo da vida contrariada (CLOT, 2011). A atividade se encontra contrariada ou impedida na medida em que se amputa o poder de agir do trabalhador. Essa amputação em certa medida é causadora de sofrimento. Quando a organização do trabalho impede o individuo de exercer suas funções psicológicas e não dá assistência e apoio necessários para a execução das atividades, o oficio se perde, pois a possibilidade coletiva de elaborar os objetivos da ação no trabalho são fundamental (CLOT, 2001).

1.3.2 Mobilizar-se

Partindo da compreensão que a atividade é permeada por essa dinâmica de variabilidades e incerteza, onde o meio, a vida e o trabalho são sempre infiéis (CANGUILHEM, 1990 apud BORGES, 2006), a Ergologia acredita que o trabalhador precisa apelar para o uso de si nessa constante (re)criação de normas para a realização de suas funções.

> Quer dizer que não há simples execução mas uso, convocação de um indivíduo singular com capacidades bem mais amplas que as enumeradas pela tarefa. Trabalhar coloca em tensão o uso de si requerido pelos outros e o uso de si consentido e comprometido por si mesmo (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p.27).

Portanto, o “uso de si por si” significa a mobilização por completo do trabalhador, fazendo uso de suas próprias capacidades, recursos e escolhas (BRITO, 2008), fazendo uso do seu físico, psíquico e experiência passadas, enfim, a pessoa é contratada em sua totalidade. E não só isso, além de se utilizar, o trabalhador faz “uso de si por outrem” que é externo a ele na medida em que são compostas pelas normas antecedentes e procedimentos, pelas condições de trabalho e pela ajuda mutua dos colegas de profissão (BORGES, 2006).

Sendo assim a atividade é uma “dramática do uso de si”, pois ela se torna um drama por envolver espaços de tensões problemáticas, negociações, formas e valores que consomem o trabalhador por inteiro. Esse drama também pode ser individual ou coletivo (BORGES, 2006), na medida em que com os novos acontecimentos do cotidiano anulando os ritmos habituais, faz-se necessário o engajamento fazendo o uso de si e dos outros. A atividade de trabalho se torna um circuito sem fim onde novos acontecimentos surgem e

novas transformações com relação ao meio e as pessoas acontecem, a atividade se configura como uma tensão, uma dramática (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008).

Se a atividade de trabalho envolve conhecer as dinâmicas de produção de normas antecedentes e ao mesmo tempo exige a atenção para o vazio de normas que geram renormalizações[2] através das dramáticas do uso de si, pode-se afirmar, segundo Schwartz (2003a apud BORGES, 2006) que o trabalhar é sempre gerir, e essa gestão não se faz só através da administração como campo teórico ou cargo institucional, mas se faz também através de compromissos microgestionários. Essa dimensão gestionária envolve a gestão do tempo, dos estoques, dos prazos, das relações em equipe, das relações com os clientes, entre outras inúmeras situações cotidianas do trabalhador.

Para a Clínica da Atividade, a atividade de trabalho também é uma experiência de memórias coletivas conforme um gênero profissional que se renova a cada estilização (CLOT, 1999 apud BORGES, 2006). O gênero profissional é como uma memória transpessoal, um fiador coletivo da atividade (CLOT, 2011). Em outras palavras, o gênero é um sistema de regras impessoais não escritas que definem a ação individual e o intercâmbio entre as pessoas, é como um rascunho social que esboça como deve ser o relacionamento entre si e com o mundo, sendo como regras de vida e de oficio destinadas a padronizar as maneiras de sentir, dizer e fazer dirigidas ao outro ou a um objeto (CLOT, 2006).

Os gêneros são sempre inacabados, pois cada situação de trabalho vivida define novas reformulações, novos estilos. Assim sendo, o estilo profissional é o movimento que o sujeito realiza se libertando dos comportamentos esperados, não os negando, mas os transformando (CLOT, 2006). O estilo profissional se relaciona com o reconhecimento na medida em que o trabalhador se reconhece no que se faz, não um reconhecimento dos outros, mas um reconhecimento de si próprio, tornando-se único no seu gênero e renovando-o (CLOT, 2011).

Tendo em vista os objetivos desse estudo, as abordagens aqui discutidas irão proporcionar uma maior compreensão no sentido de desvelar a atividade dos ACS's, fazendo-se necessária a adoção de uma metodológias que possibilite a realização de uma ponte entre a teoria e a realidade.

---

[2] Renormalizações: termo comumente utilizado por Schwartz em seus escritos, outros autores brasileiros utilizam a nomeclatura *renormatizações*, dando a este termo o mesmo sentido. A exemplo: Borges (2006), Brito (2008)

2 MÉTODO

2.1 Participantes

Este estudo contou com a participação de dez ACS`s inseridos no Programa Saúde da Família em três diferentes Unidades Básicas de bairros de baixa renda do Município de Campina Grande, Paraíba.

2.2 Instrumento de Coleta de Dados

Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado que contemplava perguntas referentes à caracterização dos participantes, sua trajetória profissional até se tornar ACS, as escolhas e motivações para o exercício da profissão, bem como suas funções desempenhadas, os relacionamentos com os pares, as dificuldades encontradas no dia-a-dia e os sentimentos que surgem a partir delas (segue em anexo o roteiro de entrevista). Por se tratar de uma entrevista semi-estruturada algumas perguntas surgiram espontaneamente de acordo com a fala dos participantes, tais como: dar exemplos, história de vida particular, como funciona a unidade ou o bairro.

Também foi utilizada como complementar a entrevista, a técnica Instrução ao Sósia, que consiste em um dispositivo interpretativo que possibilita o aumento da reflexão dos sujeitos sobre as suas atividades (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011), para tanto, a Instrução ao Sósia permite aos sujeitos entrevistados “transformar a experiência vivida em um objeto de uma nova experiência vivida” (CLOT, 2010, p.202). Essa técnica solicita ao trabalhador de determinado coletivo que dê instruções a uma pessoa idêntica a ele mesmo, um sósia. O objetivo da técnica de instrução ao sósia é conduzir um diálogo consigo mesmo, levando o trabalhador a ter um olhar sobre sua própria experiência através das questões que lhe são colocadas (BORGES 2006). Portanto a utilização dessa técnica possibilitou ao trabalhador fazer um deslocamento do exercício de suas atividades para um contexto externalizado.

2.3 Procedimento de Coleta dos Dados

Considerando a importância da observação dos preceitos éticos, este estudo cumpriu todos os passos determinados pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desta maneira, a pesquisa foi primeiramente submetida ao Comitê de Ética. Após a sua autorização, a pesquisa aconteceu em três etapas: na primeira etapa, o projeto de pesquisa foi levado à Secretaria Municipal de Saúde para sua autorização e disponibilização das Unidades Básicas para fazer pesquisas. A segunda etapa consistiu nos primeiros contatos com as Unidades de Saúde, especificamente com o profissional da Enfermagem, que possibilitou a conexão com os Agentes da Saúde, por este ser quem coordenada as atividades dos agentes. Na terceira etapa foi realizado o contato com os agentes e marcados os encontros para a entrevista. As entrevistas duraram em média 1 hora cada e todos os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O local dos encontros foi na própria unidade de saúde, visto que, segundo Dejours (2008 apud REZENDE; BRITO; ATHAYDE, 2009) é importante desenvolver uma pesquisa em um local identificado com o trabalho.

2.4 Análise de Dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Posteriormente foi realizado um estudo minucioso do conteúdo das entrevistas para captar as intenções e os sentidos de cada fala, reconhecendo o essencial para selecionar as idéias principais. Simultaneamente foram selecionadas frases (unidades) em função de sua significação e sentido em relação as intenções da pesquisa e agrupadas em categorias e subcategorias (LAVILLE; DIONNE, 1999).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo dez ACS`s que prestam serviço a três diferentes Unidades Básicas de bairros de baixa renda de Campina Grande. A predominância dos participantes foi feminina, sendo apenas dois do sexo masculino. A idade variou entre 23 e 60 anos, sendo sete deles pertencentes a faixa etária acima de 40 anos. Todos relataram receber por volta de R$ 1.000,00 que referentes ao salário mínimo mais alguns adicionais acordados com a prefeitura. Um desses adicionais relatados é a insalubridade. Em relação ao trabalho,

todos os ACS's contemplam as exigências da Lei Nº 11.350/2006 residindo na comunidade em que atuam e estão entre 5 e 18 anos trabalhando nesta função.

3.2 Trajetória profissional

A categoria trajetória profissional refere-se a informações sobre o histórico profissional dos agentes, o que eles fizeram antes de fazerem parte dessa profissão, bem como suas motivações e interesses iniciais. Nela emergiram as subcategorias: escolha profissional e conhecimento prévio do oficio.

Apenas um ACS tem histórico de trabalho na área da saúde, trabalhando como técnico de enfermagem. Dentre os demais havia: donas de casa, comerciários e autônomos. Apesar dessa falta de experiências anteriores, o discurso dos entrevistados não demonstra que essa falta se configura como uma dificuldade para a realização do trabalho. No que se refere à escolha profissional, os participantes destacaram que a decisão para trabalhar como ACS foi mais em função da estabilidade, por se tratar de um "concurso" público, do que por afinidade com o trabalho. Como demonstrado nessa fala: "[...] surgiu a oportunidade do concurso e você sabe que concurso a gente procura por conta da estabilidade, essas coisas né, ai eu fiz, mas foi dentro desses critérios entendeu, de como tinha estabilidade e era uma outra visão ai eu fiz o concurso e pronto" (ACS 8).

Muitos estudos demonstram a busca pela estabilidade profissional como sendo um dos principais motivos para buscarem os serviços públicos. Com efeito, Codo (1996) apresenta a estabilidade profissional como sendo uma vantagem social, pois os indivíduos se tornam mais tranquilos na medida em que têm a certeza que ainda estarão empregados no dia seguinte. Deste modo, diversos autores como Soratto (2000), Chanlat (2002) refletem que essa busca é compreensível tendo em vista as condições socioeconômicas atuais, contudo essa busca faz com que os benefícios recebidos pelo servidor púbico se tornem mais importantes do que a função social que o trabalho possui (ALBRECHT; KRAWULSKI, 2011)

Contudo, na realidade, segundo a Lei Nº 11.350/2006 a profissão de agente comunitário é regida pelo regime CLT (regime de trabalho regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT), mas, as falas dos ACS's entrevistados esclarecem que os últimos agentes contratados no município entraram como concursados, e até os mais antigos migraram todos para o regime de trabalho estatutário através de um decreto do último prefeito do município. No entanto por não ser lei, os ACS's relatam que ficam nas mãos dos governantes

locais que podem a qualquer momento deixar essa categoria no regime CLT novamente, deixando-os inseguros quanto a essa “falsa” estabilidade.

Em relação ao conhecimento prévio que possuíam do oficio, os trabalhadores destacaram que quando fizeram a seleção não sabiam do que se tratava a profissão de agente comunitário, o que faziam ou quem eram. Mesmo residindo em bairros onde funcionava uma unidade básica, e até sendo assistidos pelo trabalho desses profissionais, relatam não terem a noção da dimensão total de suas atribuições. Outro aspecto interessante em relação aos primeiros agentes contratados pelo município se refere também à falta de conhecimento prévio desta profissão, existindo previamente apenas o anuncio da seleção sem constar nenhuma informação maior sobre o cargo. Como pode ser exemplificado neste trecho: “Assim, eu nem conhecia esse trabalho de agente de saúde, na verdade foi mesmo uma necessidade, porque no período eu estava parada” (ACS 1). Como também nesse outro trecho: “Olha, eu não escolhi de imediato ser ACS, eu não sabia nem o que era ser ACS, como entrei também trabalhando sem saber. Eu não sabia de nada eu num conhecia nem o agente de saúde que passava lá na minha casa” (ACS 6).

3.3 Formação profissional

A categoria formação profissional traz aspectos referentes ao grau de instrução dos ACS’s, bem como o tipo de formação que receberam para o exercício das atribuições da profissão. Emergindo a subcategoria: aprendizagem na prática.

No que se refere à escolaridade, cinco possuem apenas o Segundo Grau Completo e três com Segundo Grau Completo e Técnico e/ou auxiliar em Enfermagem, apenas um com Terceiro Grau Completo e Técnico em Enfermagem e um com Pós-graduação em andamento. Apesar da Lei Nº 11.350/2006 exigir apenas que os agentes tenham o fundamental completo, foi relatado pelos participantes da pesquisa que aqui no município de Campina Grande a exigência é ter no mínimo o ensino médio completo.

Na subcategoria aprendizagem na prática, os participantes destacaram que o aprendizado se deu com “a cara e a coragem”. A lei apresentada acima exige que o exercício da profissão só seja realizada mediante participação do Curso Introdutório de Formação Inicial e Continuada, no entanto, dos 10 entrevistados, metade revelaram não terem participado deste curso antes de iniciarem suas atividades na comunidade. Como expressa a ACS 5: “Mulher, a gente não teve nada quando a gente chegou aqui [...], a gente foi com a

cara e a coragem para a área, eu não sabia de nada, não só eu, mas como os meus colegas, a gente não sabia de nada, não teve treinamento de nada".

Esses cinco ACS's que não tiveram o curso introdutório, têm entre 5 a 11 anos de profissão e relataram também que a única ajuda inicial que tiveram foi da enfermeira e de agentes antigos. O curso introdutório só veio depois que já estavam na atividade, não havendo acréscimo de conhecimento para a prática. Todos os dez relataram que foi iniciado um curso técnico para agente comunitário com três módulos e até a época da entrevista só tinham participado de um módulo que tratava de assuntos alusivos a história do SUS. Não existia nenhuma informação sobre a continuidade desse curso.

> Quando a gente entrou, na realidade, ficou a cargo das enfermeiras tentar dizer a gente o que era que a gente iria fazer, porque a gente chegou aqui e "vamos pra rua", depois que a gente entrou, ai começou o curso de formação técnica de agente comunitário de saúde, que só teve a primeira fase (ACS 10).

A literatura apresenta que, apesar do processo de Educação Permanente instituído pela PNAB ser para todos os profissionais da Atenção Básica, priorizando conteúdos nas áreas da estratégia à Atenção Básica (BRASIL, 2006), a maioria dos profissionais não estão capacitados para exercer tais funções, provocando dificuldades no gerenciamento desses trabalhadores, principalmente no que se refere a contratação dos mesmos com um perfil adequado para a área de atuação (QUINELLATO, 2009). Por conseguinte, essas dificuldades são um reflexo do processo de formação dos profissionais, que não tem conseguido integrar conhecimentos clínicos e de saúde coletiva (BRASIL, 2007). Esse processo de má formação se evidencia nos profissionais da saúde como médicos e enfermeiros e mais ainda com os agentes comunitários, que além de não ser exigida uma formação, não os capacitam para um melhor desenvolvimento de suas funções. Permitindo-nos refletir que os seus conhecimentos são formados empiricamente e se atrelam muitas vezes a conceitos estabelecidos pelo senso comum.

A ausência de uma boa formação e de uma capacitação continuada proporcionou inicialmente um cenário profissional vazio de normas. Os ACS's que não receberam o curso introdutório viveram essa situação de vazio, de falta de conhecimento do que deveriam fazer. Se para Durrive e Schwartz (2008) a norma é uma instância que exprime o ideal, a regra, o modelo a ser seguido, o agente que não tem esse guia se sente "perdido" na execução de suas funções. Como expressado pelo na fala do ACS 6 "já fomos direto pra área sem nenhuma orientação".

Diante desse quadro, muitos relatam irem trabalhar com a "cara e a coragem", "no peito e na raça". Para dar conta das exigências do trabalho os ACS's recebem informações das

enfermeiras, dos médicos e de outros agentes mais antigos, desta forma eles fazem “uso de si por outrem” na medida em que aprendem normas antecedentes para a execução de suas funções. Demonstrado na fala: “Na realidade quando a gente entrou, [...] então a gente não teve aquela capacitação, a gente teve que aprender lidando com as pessoas no dia-dia, algumas das antigas deram algumas dicas pra gente, mas a gente aprendeu mesmo na área” (ACS 8).

Além disso, também se utilizam de sua própria bagagem de conhecimentos, fazendo “uso de si por si” para dar conta das especificidades do trabalho em uma constante “mobilização cognitiva, coletiva e afetiva do trabalhador” (BORGES, 2006, p. 43). Expressado na fala do ACS 7: “[...] então eu tiro por mim, é a minha experiência para passar pra eles, muitas coisas que eu vivencio eu procuro passar”.

3.4 Atividade de Trabalho

Nessa categoria serão abordadas questões relacionadas à atividade de trabalho do ACS no que se refere aos conceitos de normas antecedentes, renormalizações possíveis, bem como os usos se si, real da atividade, gênero e estilo profissional. Com duas subcategorias: Mobilização ante a atividade e relações intersubjetivas.

Todas as ações relatadas pelos ACS estão em conformidade com o previsto pela PNAB (BRASIL, 2012), sendo a visita domiciliar, a orientação, informações e encaminhamentos as atividades mais citadas por eles. Elucidada nesse trecho: “É visitar, orientar e encaminhar para a unidade. Esse é o meu trabalho diário, é detectar a situação dos meus usuários, para encaminhar para a unidade” (ACS 1). E na fala que segue.

> Acompanhar os hipertensos, os diabéticos, saber se eles estão tomando a medicação direitinho. Saber se tem pessoas doentes, aconselhar dentro do possível, ajudar de alguma maneira, se tiver alguma coisa que eu vejo que tem como solucionar aquilo ou enviar para alguma pessoa, tipo a assistente social, que possa desenrolar, para que aquilo seja solucionado o mais breve possível de alguma maneira, entendeu? Minha função é essa, intermediar para conseguir um objetivo. Fazer os cadastros das famílias (ACS 2).

Dentre todas as atividades citadas, a visita domiciliar se revela como sendo o foco principal de atuações desses profissionais. Os próprios ACS’s relatam que não imaginavam a dimensão de tudo que tinha por trás de uma visita quando ainda não exerciam a profissão.

É perceptível na fala dos ACS’s entrevistados que não se realiza uma visita domiciliar seguindo apenas a protocolo previsto. Na literatura, Borges (2006) esclarece que trabalhar seguindo apenas a prescrição é impossível. Na visita domiciliar, o agente precisa,

além de fazer os procedimentos necessários de perguntas e preenchimentos de papeis, precisa observar o ambiente em que aquela família vive, o modo como se comportam em relação a saúde, seus aspectos a respeito da moradia, higienização. Também precisam ouvir com atenção e quando necessário refletir sobre o que também não foi dito, o que foi encoberto. A fala apresentada abaixo expressa toda essa mobilização na visita domiciliar.

> Você chega pra mim "todo dia eu tenho dor de cabeça", eu tenho que ter uma sensibilidade pra saber que a dor de cabeça pode ser de carie, pode ser da visão, porque "procure a dentista, vamos marcar um exame para o oftalmologista", se é uma dor de cabeça constante pode ser uma dessas duas coisas. Então o agente de saúde tem que está antenado (ACS 9).

Portanto, existe esse intervalo irredutível entre a tarefa prescrita e a atividade realizada, todos os ACS's mobilizam a si para dar conta da atividade, não existe uma prescrição que os ensine a ter, por exemplo, a "sensibilidade", nem é competência do ACS diagnosticar doenças, pois nem a formação necessária eles tem para isso, no entanto, a sua prática, a troca de informações no dia-a-dia com outros profissionais da saúde e o cara a cara com a comunidade, os possibilita um conhecimento empírico de grande valia.

É perceptível, que nessas situações que fogem da rotina, as infidelidades do meio, o ACS acaba por não encontrar normas capazes de fornecer o conhecimento necessário para suprir as necessidades solicitadas, como ilustra essa fala: "O nosso trabalho de horário nós começamos as sete e meia, mas tem dia que 6h da manhã eles já começam a bater na porta lá de casa" (ACS 1).

Quando situações fogem da normalidade, proporcionam a transformação da atividade de trabalho. A norma para o ACS é começar a trabalhar em torno das 07 horas da manhã, no entanto, ele pode ser surpreendido em seu próprio lar fora do horário de trabalho. Esse hábito acabou se tornando muito comum pelo fato de residirem na própria comunidade em que atuam. Fazendo com que, diante de uma nova demanda, o ACS se mobilize para resolver aquela situação, para tanto, a forma como ele vai se comportar diante do novo o possibilitará construir novas normas, renormalizar. Corroborando com a literatura que diz que o trabalho vai além das práticas de procedimentos, diretrizes e consignas (SCHUWARTZ apud BORGES, 2006), faz-se necessário para dar conta das exigências do trabalho ir além, construir novas normas, novos modos de fazer e ser. O trabalhador faz escolhas, ajustes, revisões, renormalizando o tempo todo, a exemplo da fala que segue.

> Porque quando a gente tá fazendo treinamento eles apresentam como nós devemos nos apresentar quando chegamos na casa das pessoas, [...] em primeiro lugar, você tem que identificar, dizer o nome, que é agente comunitário de saúde, tem que se apresentar, e ganhar a confiança e o respeito daquela casa. Hoje não, eu bato na porta, e eles falam "vem, entra Célia" (ACS 1).

A renormalização não é só criar algo novo, mas é também transformar uma prática que já não cabe mais no contexto em que atuam. Percebe-se nas falas que a instrução da atividade do ACS é chegar em um lar, se apresentar e se o convidarem para entrar, eles entram. No entanto, com o passar dos anos, essa prescrição não é mais necessária, a renormalização é "ir logo entrando e sentando" é "parecer da família".

> Eu já vou entrando porque eu já tenho intimidade. Todo mundo já me conhece, então muitas vezes eu digo "mulher deixa eu entrar", dou "bom dia" e já vou logo me sentando. Porque assim, são 11 anos, quase 12 anos, então as pessoas já me tem, bem dizer, como uma pessoa da família (ACS 5).

A visitação é revestida por renormalizações, sua função excede a busca ativa de pessoas doentes, da educação em saúde e encaminhamentos. A visita cria vínculos, formam-se parcerias e amizades, transformando o papel do ACS não apenas um profissional da Unidade, mas em alguém em quem se pode contar, um parceiro, um colega que ouvi problemas, dá conselhos e socorre quando necessário. Desta forma a visita vai além dos 20 minutos previstos, ela pode durar 40 minutos, pode durar 01 hora, sempre de acordo com a necessidade do usuário.

> As vezes eu emburaco mesmo "vou entrando", "entra". Ai entra, senta, tem pessoa que com a confiança da gente eles vai desabafar né, tem pessoas que desabafa, tem pessoas que dá graças a Deus a gente ter chegado. "Mulher, foi Deus que te mandou aqui agora" ai pronto, se senta e vai desabafar. Tem pessoas que eu passo até 40 minutos, 1 hora desabafando entendeu, quando eu saiu dali ele já ta outra pessoa (ACS 4).

É possível perceber a habilidades que o ACS's possui na realização de suas funções. Na atividade o ACS não realiza as funções prescritas como um robô, ele efetua a todo o momento o que Durrive e Schwartz (2008) denominaram de "arbitragens", permitindo-lhes a todo o momento obedecer a procedimentos e transgredi-los, tendendo a fazer o que lhe é solicitado sempre à sua maneira. Não existe, portanto, uma "receita de bolo" para realização das demandas, isso faz com que em cada casa o comportamento mude, a forma de ouvir e o vínculo se modificam, pois cada família é diferente e existem necessidades diferentes. Como ilustra o texto abaixo.

> Em cada casa é uma situação diferente, não existe um texto igual, vai de acordo a cada família, você tem que adaptar, porque eu chego em uma casa... "olá como é que vai, tudo bom? Como é que esta as coisas aqui?" a gente começa ali um dialogo e quando eu vejo, eu escuto alguém tossindo "ah, ta tossindo? Ta gripado?" ai já é uma linha que eu já puxo pra ver, porque as vezes a pessoa ta gripada mais de 15 dias, tá com tosse, já ta produzindo secreção, então tudo isso a gente tem que ta analisando pra ver os riscos (ACS 7).

Sendo assim, o agente de saúde precisa mobilizar seu corpo, sua inteligência, a sua pessoa para da conta dessas infidelidades do meio. Não basta apenas acompanhar o

usuário, tem que observar e fazer algo a mais quando permitido, é ter uma sensibilidade que não pode ser ensinada, mas que no dia-a-dia é aprendida, é conquistada.

Toda essa mobilização ante a atividade explanada até agora nem sempre pode ser perceptível e expressa em ações. Para tanto, o real da atividade abrange uma soma de situações necessárias feitas e não feitas, visíveis e invisíveis, dizíveis e indizíveis. A fala do ACS 2: “Não só acompanhar, mas procurar ver se ta acontecendo alguma coisa de diferente, algumas doenças novas né, são muitas coisas, são tantas coisas que eu não sei dizer assim. São muitas coisas que nem ta pra gente fazer, mas que a gente observa e faz” apresenta essa atividade como enigmática, sendo portanto, impossível expressá-la apenas em palavras.

Nessa dinâmica de trabalho, a todo o momento o ACS encontra-se com novas situações das quais ele precisa dar conta. Segundo Schuwartz (apud BORGES, 2006) o trabalhar envolve sempre uma “dramática de uso de si”, na medida em que o trabalho é um espaço de tensões problemáticas, de negociações, de imprevistos, de criação de novas normas, para tanto ele faz “uso de si” e de “outros” na mobilização de sua inteligência para dar conta dessas exigências de trabalho. Nas falas abaixo o ACS demonstra a mobilização de seus saberes e suas experiências de vida para tentar transformar a postura dos usuários perante a sua própria relação com a saúde, demonstrando assim o uso de si na atividade.

> Porque a gente trabalha muito mais na cozinha do povo do que na sala. Elas fazendo almoço, ajeitando, dando banho no menino, e eu vou perguntando as coisas e vou olhando e orientando. Assim, porque no treinamento, é mais burocrático, mas no dia-dia ali, você tem que aprender a conviver com a maneira deles, com os costumes deles, porque muitas vezes a gente vai tirando costumes deles (ACS1).

> [...] Quando é gestante, principalmente de primeira vez, as vezes o bico do seio é um problema, da muito problema, ai o que é que eu faço, eu boto o meu peito pra fora e vou mostrar o bico do peito, o exercício que tem que ser feito, então o trabalho da gente realmente é educativo (ACS 7).

O uso de si é a convocação de um indivíduo singular com capacidades bem mais amplas que as enumeradas pela tarefa (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008). O agente de saúde não pode esperar a melhor hora para receber a atenção do usuário, eles ficam na cozinha enquanto o usuário faz o almoço ou no pé da porta de um banheiro enquanto o usuário dá banho em uma criança, e assim mobilizam seu corpo e seus conhecimentos na observação do lar, nos conselhos sobre higiene e alimentação. Esse conhecimento quase sempre é guiado pela sua própria experiência, como são em casa com a família ou mesmo como trata ou trataram seus próprios filhos.

No “uso de si por outrem” os meios de trabalho estão externos ao trabalhador na medida em que são compostas pelas normas antecedentes e procedimentos, condições de trabalho, na forma que o colega de trabalho faz suas atividades (BORGES, 2006).

Principalmente os ACS's mais recentes que não tiveram antes de iniciar suas atividades um curso de capacitação, tiveram que buscar nas mais diversas fontes as formas de fazer o seu oficio, somando ao seu próprio conhecimento e as relações subjetivas com os outros agentes e profissionais de saúde, como expressado nas falas abaixo.

> Foi bem complicado as primeiras [visitas] porque a gente não tinha noção de nada, então teve algumas agentes das antigas que saíram com a gente por alguns dias entendeu mostrando basicamente como era o serviço e algumas coisinhas a gente foi ter que ir aprendendo nas visitas, no dia-dia. [...] Mas foi bem complicado o inicio (ACS 8).

> Ideias. Trocamos ideias sim, cada um tem sua maneira de trabalhar, cada um aprendeu alguma coisa ou trouxe de sua vivencia ou aprendeu na casa com alguém e trocamos ideias e passamos um para o outro isso ai é muito bom (ACS 9).

As relações intersubjetivas apresentada na fala dos ACS's demonstram o compartilhamento, a partir do convívio, do gênero profissional, das formas de ser que caracterizam aquele que é agente comunitário.

> Vamo dizer, você chega numa casa e tem problema de violência de marido e mulher ou pai e filho. A gente procura conselho tutelar e depois de solucionado que surge de eu ter o problema parecido ou igual na minha micro área e ai você passa pra mim, "olha aconteceu isso assim, em tal lugar e eu resolvi dessa maneira". Então a gente compartilha, a gente passa um para o outro quando é um problema grave. Geralmente a gente compartilha na frente de todos e sempre tem alguém que diz como resolver ou sempre tem alguém que já foi agente dessa família, "eita, aquela pessoa que é da tua micro área é assim e assim", "olha cuidado, você vai ter que agir dessa maneira, são pessoas que não tem compromisso com os filhos, deixa pra lá", entendeu? Então a gente compartilha muito esse tipo de coisa de informação para que o trabalho flua (ACS 9).

A troca de informações de como agir diante de situações problemas, possibilita que o comportamento seja compartilhado, fazendo parte da identidade profissional. Em casas de usuários, por exemplo, quando existe o consumo de drogas, todos os ACS's entrevistados relataram que "se fazem" que não estão vendo nada. Esse comportamento é realizado para poderem realizar seu trabalho, caso contrário eles poderiam não conseguir fazer a visita e correrem perigo. Essa troca de experiências, que faz com que, em situações de perigo o ACS tenha um comportamento padronizado, o modo compartilhado de sentir e dizer direcionado ao outro e aqui especificamente aos usuários, demonstra portanto o gênero profissional.

> É, decidindo como é que faz.?". "Como é que tu faz com a visita na área de risco?". Tipo assim, eu faço tranquilamente, faço de conta que não estou vendo nada sabe, passo por lá, não faço nada, ai ela "ah mulher, é que eu tive um problema assim, tem um noiado lá e eu não sei", ai a gente fica se ajudando como deve fazer (ACS 3).

Apesar desse compartilhamento, a atividade também é singular, a partir de suas próprias vivências e das características das famílias a atividade se torna a maneira de cada um, numa constante estilização.

> Mulher é bem complicado porque cada pessoa trabalha de uma forma diferente, então existia como o que eu tava te falando "ah, você ta trabalhando de forma errada, não é assim, eu faço assim", então muitas vezes a maneira como a gente tava fazendo a gente tava vendo que tava dando certo (ACS 7).

3.5 Atividade contrariada

A Clínica da Atividade se encontra com o problema do sofrimento no trabalho, sob os aspectos das atividades contrariadas, de um desenvolvimento impedido (CLOT, 2001), nessa categoria abordaremos esse tema, trazendo à reflexão a dinâmica do sofrimento vivenciado pelos ACS's entrevistados e emergindo a subcategoria condições de trabalho.

Se a atividade de trabalho é a realização de uma história que não é sua, é a relação com as coisas que ainda não foram criadas, com o feito e o não feito, com os fracassos (CLOT, 2001), o ACS pode deparar-se com infidelidades do dia-dia que o impossibilite de realizar algo e o desloque para outra atividade, no entanto, apesar dessa atividade não ter sido realizada, ela foi mobilizada interiormente. A dinâmica de trabalho do ACS é colocada pelos próprios entrevistados como "loucura", pois nunca conseguem realizar completamente o programado, como mostra a fala abaixo.

> A gente é uma caixa de surpresa, eu posso me programar hoje pra fazer uma rua, por exemplo, as vezes eu tenho que mexer e ir pra outra, dependendo do dia, eu não tenho nada programado, de repente ele foge do domínio da gente, uma necessidade maior em outro local, a gente se desloca (ACS 7).

O fato da atividade não ter sido realizada, não impede que ela não tenha sido vivida pelos ACS, só em pensar na necessidade de realizar algo já se configura como uma mobilização interior, uma atividade recriada para dar conta daquela situação que foge do domínio. A elaboração de planos de ação, mesmo que não sejam executados também fazem parte da atividade de trabalho, como expressado nesta fala.

> Olhe, tem gente que as vezes está precisando de um exame X, mas aqui não ta marcando, a menina não esta conseguindo marcar, então se eu pudesse eu marcaria aquele exame. Ou uma determinada pessoa que não tem condições de ir porque não tem o dinheiro da passagem, se eu pudesse eu pegava o meu carro e levava, se eu tivesse carro (ACS 3).

Portanto, quando a organização do trabalho impede o individuo de exercer suas funções psicológicas e não dá assistência e apoio necessários para a execução das atividades, o oficio se perde (CLOT, 2001). O ACS vive diariamente em constantes situações das quais ele pouco pode fazer, seja porque não estão dentro das suas atribuições, seja porque ele não foi capacitado, ou porque não tem o apoio necessário de outros profissionais e instituições.

> Uma coisa simples, o usuário que tem problema de hipertensão, a gente não dispõe de tensiômetro, a própria unidade as vezes está só com uma, então você vai na casa

> do usuário, o usuário passou mal um dia antes, [...] você não tem como saber como ta a pressão dele e muitas vezes ele não pode sair, porque é acamado, [...] mas a gente não pode fazer, a gente é limitado com relação a isso e é uma coisa simples que se resolveria com o mínimo de insumo, mas a gente é limitado pra fazer, não tem como (ACS 10).

A atividade se encontra contrariada ou impedida na medida em que se amputa o poder de agir do trabalhador. Ilustrada na fala do ACS 2 que diz: “Ah, eu me sinto como se o trabalho estivesse pela metade. Não tivesse sido completo”. Essa amputação em certa medida é causadora de sofrimento (CLOT, 2011). O ACS vive uma constante amputação do poder de agir mediante os inúmeros desafios que enfrentam a cada função que gostariam de desempenhar, o sofrimento acaba por se refletir nas falas dos entrevistados quando expressam que se sentem incompletos, estressados, limitados diante dos inúmeros desafios que por vezes são de rápida solução, mas que por um motivo ou outro, se tornam impossíveis de serem realizados.

> O dia de trabalho meu hoje é muito estressante, [...] porque eu sofro muita retaliação na micro área por causa da unidade de saúde, porque o pessoal chega, não encontra o médico, e aquela marcação foi remarcada para até o outro mês e a pessoa precisa logo, então a gente é muito cobrado na micro área, então um dia de trabalho é muito estressante pra mim (ACS 6).

Desta forma, o sofrimento não é definido unicamente pela dor física ou mental, mas pela diminuição ou até destruição da capacidade de agir, do poder fazer. E não apenas isso, mas especificamente o ACS, acaba lidando com as situações de trabalho todo o tempo, pois não são como outros profissionais que vão para o local de trabalho e quando terminam o expediente podem deixar os problemas e as dificuldades naquele local e voltarem depois, o ACS não, ele mora onde trabalha, sua comunidade é o seu labor. Possibilitando a todo o momento, segundo Jardim e Lancman (2009), o contato intenso e prolongado com o meio de trabalho, leva a contaminação do tempo do não trabalho.

Essa destruição da capacidade de agir, favorece, segundo Ricouer, (1990 apud CLOT, 2001), a sentimentos que afetam à integridade de si. Pois, nas entrevistas, relataram se sentirem “frustrados”, “impotentes”, “constrangidos”, “inúteis”, com “angústia’, quase como “um material humano sem valor”. Também expressado no trecho abaixo.

> E ai fica a frustração, fica a indignação, porque a gente não pode fazer nada se a gente não tem o suporte. Acontece com relação a alguns tipos de visitas, como eu lhe disse a gente tem que fazer a cobertura dos acamados, porem nem sempre é possível que a gente leve um profissional daqui, um médico, um enfermeiro pra fazer essa visita, porque a demanda é muito grande, então se a gente tira o médico dentro da unidade pra fazer uma visita domiciliar a comunidade cai em cima e se a gente não leva o médico pra visita domiciliar as pessoas que estão em casa vão cair em cima também, então tem essas coisas que limitam o trabalho da gente, que a gente não pode fazer nada, a gente fica entre a cruz e a espada. (ACS 10).

No que se refere às condições de trabalho do ACS, já é perceptível nas falas anteriormente citadas, que os entrevistados sentem muita dificuldade na realização de suas funções quando em muitas situações lhes faltam suporte de terceiros, material necessário e condições favoráveis para um melhor desempenho, também expressado na fala abaixo.

> Mas hoje eu gosto de ser ACS, apesar das dificuldades, apesar da falta de material, a prefeitura não nos cede protetor solar. Nós somos expostos a risco de vida, porque trabalhamos em áreas de risco, ali tem pessoas se drogando na hora que vamos fazer visitas, tem homicídios, bandidos escondidos, tem estupradores, tem pedófilos, tem todo tipo de gente, tudo que você puder imaginar nas micro áreas (ACS 6).

Para Clot (2001), as reais situações de trabalho são quase sempre semeadas por armadilhas e por muitas vezes, os trabalhadores são abandonadas pela gerência, que cada vez mais estão focalizadas em sua própria gestão. Diante desse fato, os agentes vivenciam situações de perigo a própria vida. São levados a estar em regiões perigosas da comunidade sem nenhum tipo de garantia a segurança pessoal, no entanto, é interessante ressaltar que apesar do perigo relatado por eles próprios, também afirmam que nunca sofreram nenhum tipo de violência até o momento da entrevistas, que são respeitados por ser quem são, serem ajudadores, serem do "posto" de saúde. Outro fato que merece ser ressaltado é que, em muitos casos, para o agente ganhar a confiança da comunidade e poderem desenvolver suas funções naquela região, existe uma norma preestabelecida no relacionamento entre ele e as famílias muito carentes, violentas e que possuem usuários de drogas, a norma é o silêncio, é o "fecharem os olhos" e o "faz de conta que nada existe".

Para tanto, o "trabalho bem feito" só é realizado em razão da eficácia do trabalhador, que consegue "se virando" e "apesar de tudo" dar conta das situações do dia-dia (CLOT, 2001), essa realidade é vivenciada corriqueiramente pelos ACS's e por grande parte dos profissionais da saúde comprometidos no Brasil que necessitam lidar com as dificuldades importas pelo modo de gestão a todo o instante.

> Eu só acho que poderia ser melhorado com o compromisso, só compromisso. Não, por parte do agente não, o agente tem compromisso, mas como é que você pode trabalhar sem a ferramenta, eu posso te ajudar a levantar uma parede sem o tijolo e a massa e o cimento? Posso? (ACS 9)

3.6 Relações subjetivas dos ACS's com a atividade

A categoria relações subjetivas dos ACS's com a atividade traz reflexões acerca da importância do agente dentro da atenção primária a saúde, a quem se destina suas ações e

sentidos para continuar no exercício da profissão. Se desmembrando também em subcategorias denominadas: sentidos e atividade voltada para o outro.

Podemos perceber a importância que os ACS têm no funcionamento e vida do SUS e de modo mais restrito das Unidades Básicas. Sua atividade é fundamental para que haja a materialização dos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2000). Desta forma, cada profissional da saúde dentro da Unidade Básica depende, de certa maneira, do conhecimento que o agente tem da comunidade, dos usuários, e principalmente da busca ativa e das visitas para que a unidade se mantenha em funcionamento realizando seu propósito de promoção e prevenção de agravos. Demonstrado no trecho abaixo.

> Nós somos a base do PSF, pra você levantar uma casa o que você faz? A base, e os agentes de saúde são a base do PSF, se não fosse o agente de saúde não existiria o PSF, apesar de algumas pessoas não entender isso, mas se não fosse os agente de saúde não existiria PSF. (ACS 4)

É notório na fala acima o valor que o ACS possui e o próprio entendimento que ele tem sobre sua importância na unidade, no entanto, eles percebem a falta de reconhecimento do seu ofício seja pelos gestores ou pelos próprios profissionais da saúde que trabalham com eles. Apesar desse quadro está sempre presente, o sentindo que atribuem a profissão de “amor ao próximo”, “respeito a vida”, “dedicação”, “alegria em ajudar pessoas” possibilita continuarem exercendo este ofício para além da remuneração e estabilidade profissional.

> Ah, eu gosto. Embora tenha essas todas dificuldades, eu gosto bastante. Apesar de que a gente não é tão valorizado. A gente é valorizado pela comunidade entendeu, [...] pelo menos na minha área eu não tenho esse problema que é uma área muito carente, então todo mundo se dá bem. É tanto que eu entro na rua é o povo correndo tudo atrás de mim, chamando pra alguma coisa. (ACS 8)

Eles relatam gostarem do que fazem apesar de todas as dificuldades da profissão, quando conseguem ajudar o outro, até com uma simples informação, já se sentem gratificados, importantes e felizes.

> No meu trabalho é esse de esclarecimento, de ajuda, de educação, quando a gente consegue alguma coisa não tem preço, a alegria não tem preço, pode ser uma simples consulta, mas uma pessoa que nunca fez consulta e você ver ela aqui fazendo exames da vontade de soltar foguetão né, você diz “eu consegui, meu trabalho não foi em vão”, é muito gratificante quando você diz isso. É assim que eu vejo. (ACS 7)

Diante dessas falas, é possível refletir, corroborando com Clot (2006), que a função psicológica do trabalho reside na junção das “pré-ocupações” pessoais e das “ocupações” sociais e assim o ato de trabalhar se torna a atividade mais humana que existe (BRUNNER, 1996 apud CLOT, 2006). Ser ACS é ser mais humano, é se engajar com o

problema dos outros além dos seus. Todos os agentes entrevistados disseram sentirem necessidade em ajudar, se possível ir além, no cuidado com o outro, se sentem envolvidos e comprometidos não só com o sistema de saúde, pelo qual trabalham, mas pelos usuários, se engajam por eles e para eles, por isso atividade é "sair de si". Como expressado na fala que segue.

> Assim, a motivação da gente de permanecer no trabalho é tentar realmente melhorar alguma coisa para o usuário, nem que seja o acesso. Porque a gente sabe que muitos deles tem pouca informação e grau de instrução também, principalmente por se tratar de uma área muito carente, que é essa área que a gente trabalha, a gente trabalha assim com varias favelas, becos, e um pessoal bem carente e também tem o pessoal de uso de drogas. Então assim, o trabalho da gente se motiva na tentativa de melhorar o acesso ao serviço, melhorar a questão de informação, promoção e prevenção de saúde. (ACS 10)

A atividade, necessariamente se dirige a algo ou alguém, por isso Clot (1999 apud BORGES, 2006) afirma que o trabalho exerce também a função psicológica de ser um campo de desenvolvimento humano fornecendo ao trabalhador a possibilidade de "sair de si" para se dirigir ao "outro". Desta forma, a atividade de trabalho do agente comunitário nada mais é do que uma atividade voltada para o outro.

Esse outro pode ser a unidade expressa nas necessidades dos profissionais da saúde, exemplificada na fala do ACS 6: "Nós somos os pés e as mãos dos médicos e dos enfermeiros porque tudo que eles querem saber da área, da micro área, nós é que repassamos no dia-dia".

A atividade do ACS também é dirigida ao usuário, pois são escutas, conselhos, orientações, encaminhamentos, explicações sobre medicamentos ou exames e educação em saúde.

> O sentido é tentar, é ajudar as pessoas, principalmente aquelas pessoas que não tem acesso a informação, que não tem muito estudo, ou que se tem alguma impossibilidade motora mesmo, é tentar fazer alguma coisa por alguém que precisa de outra pessoa. (ACS 2)

Outra direção que a atividade do agente se destina é para si próprio, na medida em que se sente importante e significativo no que faz, como ilustra a fala abaixo.

> Eu sou um instrumento de informação, eu sou uma pessoa que chego a você e digo onde você procurar sua prevenção, eu não posso fazer nada por você, eu não posso te medicar, eu não posso te da um receituário, eu não posso fazer nada disso, mas eu posso te orientar, então o meu trabalho é tão importante quanto das outras pessoas que estão acima de mim e isso eu tenho que ter consciência que eu sou importante entendeu, no que eu faço na saúde eu tenho minha importância, eu sou importante. (ACS 9)

Nesse sentindo, a atividade pode ser caracterizada como triplamente dirigida. Ela é dirigida ao objeto de sua ação, ao outro e a si próprio (CLOT, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível compreender questões relevantes durante o percurso de análise do trabalho de Agentes Comunitários. Em primeiro lugar faz-se necessário reconhecer que a função do agente comunitário como elo entre profissionais da saúde e a comunidade faz parte de um processo ainda muito novo, uma formação profissional ainda incipiente, visto que esses profissionais acabam por carecer de condições materiais, técnicas e de conhecimento formal para a sua atuação. Essa constatação nos possibilita inferir que essas dificuldades podem comprometer o papel que esses profissionais desenvolvem dentro da política de promoção a saúde no SUS.

No entanto, reconhecendo que o trabalho não é apenas execução de normas e prescrição, embora sejam importantes e necessárias para a construção da identidade profissional, os agentes que iniciaram suas funções com lacunas na organização prescrita, apesar de ficarem diante de uma ausência concreta de "como ser agente" e inicialmente tenha proporcionado sentimentos de incerteza acerca do papel a desempenhar, os Agentes Comunitários conseguiram ao longo do tempo de profissão se apropriar do gênero porfissional e na prática, no dia-a-dia desenvolveram o como fazer de sua profissão.

Essa situação remete às dramáticas do uso de si, articuladas ao outro e a si mesmo, na construção de saberes referentes às suas práticas. Foi na convivência com outros agentes, com profissionais da saúde e com os próprios usuários que o ACS pôde se apoderar das normas antecedentes, conhecimento construído por esse coletivo. Como também construir nessa socialização e na mobilização interior de sua inteligência, novas práticas, renormalizações.

É também através dos usos de si que o ACS pode dar conta das infidelidades do meio, dar conta de situações que fogem da rotina o tempo todo, pois como caracterizado por eles, o dia-dia de trabalho é sempre uma "loucura", possibilitando quando necessário transgredir a regra e fazer à sua maneira. E deparando-se com situações novas todos os dias, os ACS's encontram situações em que nada podem realizar, se encontram com ações que gostariam de realizar, mas que não são possíveis ora pelas condições sociais, ora pela falta de apoio institucional, e isso, apesar de não ser visto com olhos, também faz parte da atividade, é o real da atividade que transborda o feito, o material, e se encontra dentro de cada agente, em tudo que eles fazem e não fazem.

Apesar da falta de reconhecimento, por parte dos superiores, relatada por eles, apesar das condições de trabalho por vezes insalubres, o sentido de permanecerem trabalhando se encontra no outro, no altruísmo. Apesar de relatarem se sentirem frustrados,

impotentes e inúteis, se encontram satisfeitos e importantes quando ajudam alguém em sua necessidade. Mesmo não considerando serem reconhecidos financeiramente e/ou por outros profissionais, se sentem reconhecidos pela comunidade e isso se torna suficiente para permanecerem atuando nesta profissão.

Assim, há que se ressaltar que a análise de trabalho dos ACS's possibilitou conhecer de forma mais precisa o dia a dia de trabalho desse coletivo e os desafios impostos pela profissão. A importância que o agente de saúde possui para a consolidação dos princípios do SUS é inquestionável, mas não pode ficar centrada apenas nessa categoria carente de recursos e formação. Faz-se necessário recursos e apoio por parte dos gestores da saúde.

É possível afirmar que a Psicologia do Trabalho pode em muito contribuir para o desvelo da atividade de trabalho dos agentes comunitários no tocante à possibilidade de criação de espaços de troca de experiências e discussões que abarquem as dificuldades que permeiam o trabalho do(a)s ACS's. Bem como, atrelada a outras áreas da Psicologia, favorecendo capacitações que permitam um melhor desenvolvimento de suas funções.

Como possíveis limitações do estudo, apontam-se o fato da pesquisa não ter se dado com o coletivo de trabalhadores, nem terem sido realizadas observações da atividade. Desta forma sugerem-se investigações com metodologia participativa e observacional.

Na esfera do ensino, almeja-se que os resultados deste estudo possam contribuir para futuras intervenções que objetivem melhorar as condições de trabalho dos ACS's, bem como proporcionar práticas em saúde que se tornem efetivas e eficazes na promoção e prevenção da saúde.

ABSTRACT

The Community Health Agents (CHA) are professionals considered as key-actors in the implementation of policies aimed to the Basic Care Health. Due to the importance of these professionals to the reorientation and to the overcoming medical-hospital pattern, this study aimed to analyze the work activity of Community Agents entered in the Family Health Program in Basic Health Units of the City of Campina Grande. For this, the theoretical frameworks that underlie the reflections come from the Clinic of Activity, developed by Yves Clot, and the ergological perspective proposed by Yves Schwartz. The method used is located within the qualitative research and ten professionals participated as subjects in this study. In order to understand the work activity, besides the use of an interview with semi-structured guide, the technique of the Instruction Look-alike was used as well. Recognizing that the work is not only the implementation of rules and regulations, it is possible to notice that the actual activity of the CHA is permeated by situations that are beyond the normality, making it

necessary that all the time the agent build new ways of doing and being through his own experience and in the relationship with the other. The poor training, lack of management support of health and social conditions of the community in which they operate are causing suffering as they take away the agents' power of acting. However, despite many difficulties reported, the sense of remaining in the occupation can be found in the possibility of help, in the altruism.

KEYWORDS: Activity. Community Health Agents. Clinical work.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SÁUDE. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Mais 16 estados têm recursos para Saúde da Família. **Portal da saúde** (Portal do Departamento de Atenção Básica). 2013. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1719 > Acessos em 23 Dez 2013.

ALBRECHT, P. A. T.; KRAWULSKI, E. Concurseiros e a busca por um emprego estável: reflexões sobre os motivos de ingresso no serviço público. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 14, n. 2, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172011000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 06 fev. 2014.

ASSUNÇÃO, A.D.; FILHO, J.M.J. Transformações do Trabalho no Setor Saúde e Condições para Cuidar. In: ASSUNÇÃO, A.D (Org.). **Trabalhar na saúde:** experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 45-65

AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, Jan. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100037&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 09 Fev. 2013.

BENDASSOLLI, P.F; SOBOLL, L.A.P. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In. BENDASSOLLI, P.F; SOBOLL, L.A.P. (Org). **Clínicas do Trabalho.** São Paulo: Atlas, 2011. p.3-19

BORGES, M.E.S. **O RH está nu:** tramas e urdiduras por uma gestão coletiva do trabalho. 2006. 284f. Tese (doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf> Acesso em 03.04.2013

_____. Ministério da Saúde. O **SUS de A à Z :** garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. : il color + 1 CD-ROM – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, J. C. et al Trabalho prescrito.In: Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 440-445.

_____, J. C. et al Trabalho real. In: Isabel Brasil Pereira
e Júlio César França Lima (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 453-460

CLOT, Y. Clínica do trabalho, clínica do real. **Le Journal dês psichologues**, nº185. França. Março 2001.

_____, **A função Psicológica do Trabalho**. Petrópolis: Vozes. 2006

_____, Y. **A Psicologia do Trabalho na França e a perspectiva da Clínica da Atividade**. 2007

_____, Y. Elaborar a experiência a instrução ao sósia. In: Yves Clot. **Trabalho e poder de agir.** Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

_____, Y. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In. BENDASSOLLI, P.F; SOBOLL, L.A.P. (Org). **Clínicas do Trabalho.** São Paulo: Atlas, 2011. p.3-19. 2011.

DE BARROS, D. F. et al . **O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasi**l. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 19, n. 1, Mar. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09 Abr. 2013.

DURRIVE, l.; SCHWARTZ, Y. Revisões Temáticas: Glossário da ergologia. **Laboreal.** volume IV | nº1 | 2008 | pp. 23-28

GALAVOTE, H. S. et al. **Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde:** cenários de paixões e afetamentos. 2010. 112F. Dissertação (mestrado). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde da Comunidade. Rio de Janeiro. 2010

GOMES, K. O. et al . A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saude soc.,** São Paulo, v. 18, n. 4, Dec. 2009 . Disponível em from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09 Apr. 2013.

GUERIN, A. F. et al. Trabalho, tarefa, atividade. In: **Compreender o Trabalho para Transformá-lo. A prática ergológica**. Ed. Edgard Blucher. 2001.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

LAVILLE, C.; DIONNE,J. A **construção do saber:** manual de metodologia em ciências humanas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LOPES, D. M. Q. et al . Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, v. 46, n. 3, June 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09 Apr. 2013.

MARSIGLIA, R.M.G. Prefácio. In: ASSUNÇÃO, A.D (Org.). **Trabalhar na saúde:** experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 09-13

MARZARI, C. K; JUNGES, J. R; SELLI, L. **Agentes comunitários de saúde:** perfil e formação. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Abr. 2013.

MENDONÇA, M. H. M. de. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. Acesso em 09 Abr. 2013Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981>.

QUINELLATO, L. V. Q. A DIRETRIZ DE HIERARQUIZAÇÃO DO SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista. **FGV / EBAPE - Fundação Getúlio Vargas**. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Rio de Janeiro, 2009.

REZENDE, M.; BRITO, J.; ATHAYDE, M. A automobilização de uma teleatendente para enfrentar as adversidades do trabalho em um Call Center. **Laboreal.** volume V, nº 2, pp. 63-75. 2009.

ROCHA, M.T.V.S. **O Gestor Municipal de Saúde e o Programa ee Saúde da Família:** Estudos De Casos. 2003. 39f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto de Saúde Coletiva. Cuiabá. 2003.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 1, Mar. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100014&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 17 Jan. 2014.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 5, Oct. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500019&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 15 Fev. 2013.

SILVA, A.C.B; ATHAYDE, M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação**. Rev. bras. saúde ocup.,** São Paulo, v. 33, n. 117, June 2008 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572008000100004&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 18.Fev.2013

SILVA-ROOSLI,A.C.B; ATHAYDE, M. Gestão, trabalho e Psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano as estratégia saúde da família. In: ASSUNÇÃO, A.D (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 67-82

SOUZA, W.F; ATHAYDE, M. Com quantos gestos se faz uma gestão em saúde? Revista Tempus de Actas de Saúde Coletiva. 2011

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

Anexo

Instrumento de Coleta de Dados

1º MOMENTO:

1. Qual o seu nome completo?
2. Qual é a sua idade?
3. Escolaridade?
4. Qual o bairro onde você mora?
5. Qual a renda familiar?
6. Com quanto você contribui para a renda familiar?
7. Quanto tempo de profissão como ACS?
8. Você exerceu alguma outra profissão?

2º MOMENTO:

9. Conte-me como foi sua trajetória profissional até se tornar ACS.
10. Porque escolheu ser ACS?
11. Como foi a formação para exercer a funções de ACS?
12. Quais são as atividades de ACS?
13. Existem diferenças entre o que está descrito para você fazer, o prescrito, e o que efetivamente você tem que fazer?
14. Descreva de maneira detalhada um dia de trabalho, desde o momento em que você chega na empresa até quando você finaliza o expediente.

15. Se eu fosse igual a você, e tivesse que lhe substituir num dia de trabalho, quais instruções você me daria para que ninguém percebesse a diferença? (instruções ao sósia)
16. Costumam ocorrer imprevistos no seu cotidiano? Como você lida com eles? Pode dar um exemplo?
17. Como se dão as relações com os colegas?
18. Você e seus colegas possuem algum tipo de macete, que tenha por finalidade facilitar o trabalho?
19. O que você pode me dizer, no que se refere ao seu dia-dia, as atividades no seu trabalho que você gostaria de fazer mais não tem condições, ou não te permitem.
20. O que você sente quando isso acontece?
21. Na sua opinião, o que poderia ser melhorado no seu trabalho?
22. Qual o sentido do trabalho para você?