

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

SOFRIMENTO PSÍQUICO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: INTERFACES ENTRE PROCESSO DE TRABALHO, FORMAÇÃO E GESTÃO¹

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro
José Roberto Montes Heloani

RESUMO

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde é permeado por dificuldades no processo de privacidade no trabalho. O objetivo deste texto foi discutir o sofrimento psíquico do Agente Comunitário de Saúde sob a influência de sua atividade próxima ao local de trabalho, nas interfaces com processo de trabalho, formação e gestão. Os referenciais teóricos foram a Psicologia Social e a Psicodinâmica do Trabalho. O contexto foi a Saúde da Família, principal política para viabilizar a atenção primária à saúde. A metodologia foi de natureza qualitativa, utilizando grupo focal e observação participante. Os resultados apontaram que a Educação Permanente em Saúde e uma gestão cuidadora deveriam colaborar para uma prática na qual a liberdade fosse vivenciada.

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

ABSTRACT

The work of the Community Health Agent is permeated by difficulties in the process of privacy at work. The purpose of this paper was to discuss the mental suffering of the Community Health Agent under the influence of their activity near the site of work at the interfaces with the work process, training and management. Theoretical frameworks were Psychology and Social Work Psychodynamics. The context was the Family Health, is the main policy to enable primary health care. It was a qualitative study, using focus groups and participant observation. The results indicated that the Permanent Education in Health and the caretaker administration should contribute for a practice in which freedom was experienced.

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

¹ Pesquisa de doutorado desenvolvida pela primeira autora pela UNICAMP, apoio CAPES.

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro – UNICAMP, doutora em Educação.

José Roberto Montes Heloani – UNICAMP, doutor em Psicologia Social, Professor e pesquisador na FGV – EAESP e UNICAMP, orientador da pesquisa.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

INTRODUÇÃO

Muitas áreas e teorias do conhecimento têm voltado suas pesquisas para o sofrimento do trabalhador, estudando quais seriam as questões envolvidas no que se tem denominado de Saúde do Trabalhador. Dentre elas a teoria do estresse, a epidemiologia, a ergonomia, a psicologia social, a psicodinâmica do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2003; GLINA & ROCHA, 2010). Neste estudo, optou-se pelas duas últimas, considerando-as apropriadas na integração da dimensão social e subjetiva do problema. Complementarmente, utilizaram-se aportes teóricos foucaultianos e da saúde coletiva. O objetivo deste texto foi discutir o sofrimento psíquico do Agente Comunitário de Saúde sob a influência de sua atividade próxima ao local de trabalho, nas interfaces com processo de trabalho, formação e gestão.

Esta discussão faz parte de uma pesquisa de doutorado, cujo contexto foi a Saúde da Família (SF). Segundo o discurso oficial, é a principal política para viabilizar a atenção primária à saúde em todo território nacional, com uma proposta de alterar a lógica da oferta, operando não mais enquanto equipamento-centrada, mas num processo usuário-centrado, enfatizando a importância da equipe e seu processo de trabalho, tendo como elementos centrais: (I) vigilância a saúde, mediante os determinantes psicossociais do processo saúde-doença; (II) a integralidade das práticas, numa abordagem do cuidado em seus múltiplos aspectos; (III) estabelecimento de linhas de cuidado pertinentes à complexidade e necessidade de recursos sanitários, educativos, culturais e assistenciais, e (IV) territorialização e adscrição da clientela. A equipe mínima da Saúde da Família compõe-se pelos profissionais: enfermeiro, médico generalista, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Saúde da Família é de ordem técnica, no cuidado e na assistência a população e político, na organização da

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

manifestação popular, compreendido como o elo entre a população e a equipe. Segundo o Ministério da Saúde, o Agente Comunitário de Saúde é a única categoria da qual se exige que more no território no qual se localiza a unidade da Saúde da Família. (BRASIL, 2006a; 2006b)

Estudando alguns equipamentos de saúde, estudiosos denominaram as diversas tecnologias utilizadas em saúde como leves, leve-duras e duras, sendo que as primeiras envolvem primordialmente as relações humanas na organização do trabalho e as outras os conhecimentos teóricos que sustentam tais relações e os recursos materiais como exames e medicamentos (MERHY, 2002). A interlocução desses procedimentos de forma integrada é que podem garantir a abrangência da reabilitação na rede de saúde, enfatizando que na atenção básica, na qual se insere a Saúde da Família, o mais necessário é a tecnologia leve, tão importante e complexa como as demais (MERHY, 2002; FRANCO, MERHY, 2006). Alguns estudos têm mostrado dificuldades estruturais e funcionais na organização do trabalho da Saúde da Família, com indicações de desânimo e angústia de todas as categorias de trabalhadores da Saúde da Família, pela falta de reconhecimento de si mesmo no trabalho, atos e medidas de cunho higienistas, terceirização e precarização das relações de trabalho. (CAMPOS, 2006; FRANCO, MERHY, 2006; RIBEIRO, PIRES & BLANK, 2004; VIEIRA, CORDEIRO, 2005)

Pesquisas dedicadas a compreensão do papel do Agente Comunitário de Saúde apontam que a especificidade desse trabalho tem acarretado dificuldades no processo de identidade e sofrimento psíquico. As questões de sofrimento, identificadas foram: acúmulo de atividades, desvalorização do trabalhador, sobrecarga de trabalho e impotência frente à dificuldade de dar conta da demanda. (BICHUETTI *et.al.*, 2005; MAIA, SILVA E MENDES, 2011; KLUTHCOVSKY E TAKAYANAGUI, 2006; VIEIRA & CORDEIRO, 2005; FORTES, SPINETTI, 2004; FERRAZ, AERTS, 2005; BORNSTEIN, STOTZ, 2008)

O assunto é complexo e requer uma ampliação do olhar para fora e para dentro dos serviços, contextualizando o processo de trabalho em saúde na lógica de produção

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

capitalista, bem como, a repercussão dessa lógica dentro dos serviços. Segundo a Psicologia Social a constituição do ser humano pode ser sintetizada por meio da tríade linguagem, trabalho e cooperação. Dessa forma o trabalho, transformação da natureza pelo homem, com intenções e desejos, assume a centralidade desta discussão, atendo-se às mudanças provocadas pelo capitalismo globalizado, a partir de uma visão crítica, identificando os atores envolvidos no processo, descartando a visão do fenômeno como inexorável (CODO, SAMPAIO, HITOMI, 1993; MARX, 1844). O mundo do trabalho acarreta repercussões na vida das pessoas, que são obrigadas a conviver com lógicas de mercado instáveis, criando um clima de ameaça, um mal inevitável dos tempos modernos. Dessa forma, o trabalho está longe de ser um espaço neutro, para o bem ou para o mal. Será gerador de sofrimento ou prazer, desgaste ou crescimento, dependendo das relações entre o trabalhador e os desafios externos do meio social. (HELOANI, 2003)

O conceito de sofrimento psíquico foi tomado da psicodinâmica do trabalho, é uma luta constante contra as agressões dos ambientes de trabalho, o que requer negociações e um ajuste constante entre desejos e possibilidades. Entretanto quando o espaço de negociação fica bloqueado, o sofrimento psíquico se acentua. As estratégias defensivas desempenham importante papel nessas negociações. As constantes lutas vão deixando marcas no indivíduo, que vai se transformando, deixando de ser o que era antes de ter assumido determinado trabalho. Essas negociações são baseadas na singularidade de cada um, na estrutura mental que se tem, na subjetividade do trabalhador (DEJOURS, 1992; DEJOURS, 2004). Para esclarecer o quanto o sofrimento psíquico no trabalho está relacionado ao contexto laboral, é pertinente entender que o desgaste mental se relaciona ao modo pelo qual a interação do trabalhador com esta situação (situação de trabalho) repercute na subjetividade do mesmo, suscitando vivência de sofrimento. (SELIGMANN-SILVA, 2011)

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

METODOLOGIA

A metodologia desta pesquisa teve uma ênfase qualitativa, utilizando o método dialético, privilegiando a dimensão subjetiva dos fatos, considerando a natureza biopsicossocial que os permeou, possibilitando a apreensão dos significados contidos nos discursos dos sujeitos (MINAYO, 2004). Utilizou-se uma combinação de recursos na coleta de dados: grupo focal e observação participante. Segundo Minayo (1994) a complexidade e ao mesmo tempo a especificidade da pesquisa num enfoque social, requerem uma flexibilidade, que se expressa muitas vezes na utilização de vários recursos. Cada técnica foi direcionada a entender determinadas especificidades da questão proposta, embora os aspectos do todo sejam considerados em todos os momentos, indistintamente. Nas palavras de Minayo (2004, p.65) o método dialético

esforça-se para entender o processo histórico no seu dinamismo, provisoriedade e transformação. Busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos e classes sociais), e realizar a crítica das ideologias, isto é, do imbrincamento do sujeito e do objeto, ambos históricos e comprometidos com os interesses e as lutas sociais de seu tempo. (MINAYO, 2004, p. 65)

A indicação clara de Minayo (2004) foi de que o método dialético é o que mais atende a abordagens de questões sobre o processo saúde/doença, pois considera o fenômeno dentro de uma historicidade. Salientou que na América Latina, depois da década de 1960, essa contribuição proporcionou avanços na compreensão das situações de morbimortalidade, pelo entendimento universalizante e histórico dos processos em saúde, numa estrutura de sociedade marcada pela divisão de classes.

Minayo (2004) também ressaltou que a saúde do trabalhador tem sido um dos temas mais abordados pela metodologia dialética, principalmente o processo de trabalho em saúde. A presente pesquisa está exatamente dentro dessa temática, ocupando-se do

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

sofrimento psíquico do trabalhador na organização do trabalho. A autora recorreu a diversos estudos e indicou a forte relação entre desgaste do trabalhador e processos de trabalho, dentro de um ponto de vista histórico. Sem desconsiderar outras abordagens metodológicas, é evidente que só uma metodologia que considerasse tais aspectos possibilitaria identificar a relação histórica do processo produtivo em sociedade com o desgaste do trabalhador.

Uma das técnicas, o grupo focal, inicialmente utilizada por profissionais de *marketing*, criada por Robert King Merton, na década de 50, tem se expandido em pesquisas na área de saúde, principalmente na avaliação da qualidade dos serviços de saúde e investigações sobre o abuso de substâncias químicas (CARLINI-COTRIM, 1996). Os pontos favoráveis na aplicação do grupo focal em pesquisa são aprofundamento conjugado com a rapidez no fornecimento dos dados, apresentação de diferentes percepções e atitudes sobre um fato e a interação entre pesquisador e pesquisados. (WESTPHAL, BÓGUS E FARIA, 1996). Dessa forma, evidenciou-se a efetividade desse recurso para esta pesquisa, visto que as relações humanas que permeiam todo o percurso investigativo se reproduziram nos grupos, possibilitando levantar questões diversas em relação ao problema.

A outra técnica, observação participante, regida por premissas metodológicas básicas envolve desde o referencial teórico até o uso de instrumentos de coleta de dados. É “a necessidade de integração do pesquisador no campo para a apreensão qualitativa da realidade” (MINAYO, 2004, p. 157). Ela complementou o entendimento do fenômeno, especificamente da organização do trabalho reproduzida espontaneamente nas relações formais e informais de trabalho. Também possibilitou um constante entendimento do significado dessas relações, com base na interação sujeito – pesquisador, indissociados em pesquisas desta natureza. Proporcionou a busca do significado da essência das relações de trabalho, inserindo-se gradativamente questionamentos da pesquisadora aos trabalhadores, produzindo reflexões sobre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico, bem como as contradições inerentes ao processo.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

A cidade onde se realizou a pesquisa é de médio porte, com início da Saúde da Família em outubro de 2003, contando hoje com dez equipes, sendo que três delas atuam na zona rural e as demais na zona urbana. Para assessorar as equipes fixas de cada unidade a estratégia conta com uma equipe de saúde mental formada por dois psicólogos e duas assistentes sociais. Participaram vinte e quatro Agentes Comunitários de Saúde, sendo dois de cada Unidade Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde (UBS), utilizando sorteio, pois a grande maioria externou o desejo de participar. A escolha da cidade seguiu os seguintes critérios: A) Manifestação de interesse pela questão proposta, identificada através de pesquisas anteriores feitas em Saúde da Família, no município. B) Disponibilidade em participar da pesquisa.

O grupo focal foi realizado com Agentes Comunitários de Saúde representantes de todas as equipes do município, sendo que os vinte e quatro participantes foram distribuídos em três grupos, com dois encontros para cada grupo. O roteiro para condução da investigação foi: desgaste no trabalho interno da unidade, desgaste no trabalho com a comunidade, formação permanente e continuada para o trabalho e repercussão do desgaste na vida pessoal por morar no mesmo bairro da unidade que trabalha. O espaço do grupo focal proporcionou oportunidade para manifestação do sofrimento, que se apresentava com uma forte emoção frente às questões elucidadas, requerendo do entrevistador uma atitude de continência a essa dor.

A observação participante foi feita numa única unidade, no decorrer da preparação e ocorrência dos grupos focais. Os eixos de investigação que nortearam a observação participante foram relacionadas a: organização do trabalho na Saúde da Família, ações novas e antigas praticadas pelo Agente Comunitário de Saúde, práticas específicas e genéricas do Agente Comunitário de Saúde, dificuldades encontradas na execução do trabalho, rotina diária do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Os relatos dos trabalhadores nos grupos focais, entrevistas e as anotações das observações em diário de campo foram submetidos ao estabelecimento de categorias e

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

posteriormente esse material empírico foi submetido a análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Essa análise, seguiu as seguintes fases: I) Pré-análise: Essa fase inicial do material foi feita por meio de uma leitura caracterizada por uma atenção flutuante. Assim a subjetividade do pesquisador e a do pesquisado se integraram, a fim de se estabelecer as unidades de registro e unidades de contexto, apontando com trechos significativos ou representativos das categorias, que sintetizaram a essência do fenômeno. II) Exploração do material, através de várias leituras do material categorizado, descobrindo orientações para a análise propriamente dita, a ser realizada logo a seguir. III) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, realizado por meio da busca do sentido latente ou subjacente expresso no manifesto e correlação com tendências e abordagens correntes a respeito do fenômeno estudado.

Os resultados foram agrupados em categorias, destacando-se seis delas para apresentação neste artigo, como parte dos resultados da pesquisa.

RESULTADOS

Embora as categorias estejam ligadas a uma totalidade de significado, foram desmembradas a fim de facilitar a compreensão dos fatos e relatos. Na verdade, cada categoria guarda em si a representação do todo, sofrendo seus reflexos e, ao mesmo tempo, interferindo nele, trata-se de uma análise de processos e não de objetos, reconstruindo-se o percurso a cada etapa. As falas dos trabalhadores estão como na transcrição literal dos grupos focais.

1) **Contradição vínculo/privacidade.**

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

Essa contradição se refere à dedicação e envolvimento no trabalho representado por um forte vínculo estabelecido com a população, contraposto a um sofrimento pela privacidade e liberdade comprometidas. Isso se apresenta quando relatam uma visita: *“Então eu cheguei lá e ele não tinha o que comer, então o que eu pude ajudar eu ajudei, só que eu cheguei em casa eu não consegui almoçar. Tem casa que você entre e você chora para o lado de fora porque a situação é muito triste”*. Muitas vezes, a categoria de ACS se vê como tão pobre e desmerecida quanto a população pobre e desvalida que atende, fato constatado com profissionais de saúde por Onocko (2005). Outra pesquisa da mesma autora deste trabalho aponta que os trabalhadores sofrem também com isso e explicitam: *“já teve muitas coisas, eu sempre me coloco no lugar do outro. Não sei por que eu tenho essa mania? Sempre que tem uma questão de sofrimento, eu sofro junto. Não sei separar [...] É o fato de estar todos os dias no mesmo lugar, com as mesmas pessoas, e ter esse vínculo”* (RIBEIRO, 2006). No limite do sofrimento expressam o medo de “endoidecer”. Relatam

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

Essas afirmações da ACS possibilitam refletir sobre o comprometimento da liberdade no sentido foucaultiano (FOUCAULT, 1984), que por sua vez compromete o cuidado de si. O autor recorre aos gregos, explicando que estes usavam uma técnica para se constituírem sujeitos de si. Usavam a arte, como se a vida fosse uma obra de arte, baseada em exercícios artísticos, numa ação artística sobre si mesmo e sobre o outro. Na verdade é o que se denomina “Ilustração”, que pode ser compreendido como um “ensaio” que se faz da própria vida, para experimentar novas possibilidades. Nesse sentido, o “ilustrar-se” permite o cuidar de si para resistir aos limites que são impostos, que são desnecessários, reflexivamente. Obviamente nem tudo pode ser continuamente criado e pensado, pois o indivíduo vive

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

constantemente num paradoxo, rodeado de coisas que fogem a sua governabilidade. Não é sempre que as decisões podem ser conscientes ou ativas, mas há que se procurar outros momentos que possibilitem a reflexão. Por isso o ser humano é um constante devir, uma constante mudança, não há sujeito puro, a-histórico. As relações e a subjetivação estão sempre permeadas pelo contexto histórico e temporal em que se vive. As pessoas são concebidas como “posições” diversas na vida, ocupando diversas posições em diversos momentos; não são essência nem particularidade única, mas múltiplas personalidades, múltiplas subjetividades. Tantas quantas forem possibilitadas pelas relações. Podemos depreender dessas idéias que cabe ao trabalhador cuidar de si, acompanhar as constantes mudanças no universo laboral para que possa concomitantemente acompanhar a si mesmo, a ser um atento interlocutor do mundo do trabalho em relação a si próprio, explorando todas as possibilidades e “posições “possíveis” nesse contexto de trabalho.

Na situação de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, parece que esse processo de experimentar várias posições por meio do exercício da liberdade não está sendo possível, com o agravante de ter um aumento da jornada de trabalho, proporcionada muitas vezes pela proximidade entre o local que trabalha e mora, exigência de legislação própria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b). Essa fala exemplifica a questão: *“A filha tem 60 e a mãe não consegue nem andar e olha ela. Eu já cheguei a ir lá no final de semana, eu sei que é fora do limite mas às vezes eu não consigo, porque é na rua da minha casa.”* De certa forma as pessoas que o cercam se sentem “autorizadas” a fazerem um controle diário da vida privada do ACS. Uma participante conta a seguinte situação: *“Eu fiquei 15 dias de atestado, mas eu precisava sair... E falavam: Você não tá trabalhando, mas o que está acontecendo? Por que? Sua vida é controlada. Totalmente vigiada. (outros participantes continuam contando o que as pessoas lhes falam): Você não foi fazer visita hoje? Você foi fazer visita mais cedo hoje? Querem saber de tudo. Quem chegou e quem saiu da sua casa.”* Pode-se verificar um controle exacerbado da população sobre o ACS, tem sua privacidade comprometida por uma posição assumida no trabalho, de vínculo exacerbado, que o adocece.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

Esse comprometimento da liberdade emperram a constituição da subjetivação e como conseguinte, o cuidado de si.

2) Dificuldade de trabalho em equipe.

O sofrimento aumenta, pois não conseguem fazer a ponte entre a população e a equipe, parece que os usuários são só deles e não de toda a equipe. Dizem que *“na maioria das vezes o paciente é do Agente Comunitário, ele não é da unidade. Pra gente é muito importante que você tenha solução prá hoje. Para os demais, não. É só mais um caso”*. A fragmentação do trabalho em equipe é uma das indicações do quanto a lógica capitalista está infiltrada nas políticas públicas de saúde (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004). O trabalho não atende interesses e desejos do trabalhador, como conceito apresentado na introdução. Também não atende as necessidades do usuário, mas do mercado e do capital, tornando o trabalho sem sentido (MARX, 1844). A frase dita por uma trabalhadora é contundente: *“O que que eu senti? A gente não é nada”*. Segundo a concepção marxista, nestas situações, a liberdade e a expressão do desejo são capturados e atrelados a outrem.

Na Saúde da Família, essas questões traduziram-se em atos parcelares e normatizados na atenção a saúde, contrariando os princípios da política nacional de atenção à saúde (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004; FRANCO, MERHY, 2006; CAMPOS, 2006). Embora a Saúde da Família esteja pautada em princípios da integralidade, contradições se expressam em procedimentos fragmentados, “taylorizados”, ao invés de um trabalho conduzido por uma verdadeira equipe (CAMPO, 2006). Um dispositivo que poderia atenuar essa dificuldade seria o apoio matricial, estratégia desenvolvida inicialmente em saúde mental. É um dispositivo baseado na trocas de saberes, que segundo autores da saúde coletiva, possibilita operar a construção do sistema de atenção à saúde, numa linha transversal e horizontalizada, entre os especialistas e profissionais de referência, em um dado serviço. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

planejados de maneira muito estrita, segundo as diretrizes clássicas de hierarquização. (CAMPOS, DOMITTI, 2007)

3) Cobrança de produção pela gestão.

A gestão cobra quantidade de visitas, mas não se interessa pelo que se faz nela. Os Agentes Comunitários de Saúde dizem que

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

Essa queixa da trabalhadora pode ser compreendida pela interferência da lógica capitalista já explicitada anteriormente. Dentre outras áreas, a saúde, a educação e a comunicação são denominadas como “setores de serviço” nos quais a mercadoria não se expressa numa corporalidade concreta, mas imaterial. De qualquer forma, a saúde, bem como os demais, está incluída na lógica capitalista de produção, permeada muitas vezes por interesses neoliberais e inevitavelmente pela precarização nas relações de trabalho (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004; SCHIMIDT, 2003). Nessa perspectiva, o trabalho em saúde está marcado pela perda de autonomia do trabalhador, o excesso de normas e a definição hegemônica da missão das políticas públicas, desde a Reforma do Estado iniciada nos anos 90, em vigência até hoje. As suas diretrizes passaram a ser definidas por forças econômicas, na medida em que os financiamentos do Estado passaram a ser guiados por uma prática que se pôs a serviço de interesses minoritários e poderosos, considerados legítimos ideologicamente. A saúde se transformou numa arena de disputas, na qual o Estado negocia os ‘melhores’ negócios, desconsiderando a qualidade em detrimento da quantidade. (SCHIMIDT, 2003)

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011

Revista da RET

Rede de Estudos do Trabalho

www.estudosdotrabalho.org

É isso que a ACS explicitou acima, afirmando que não importa a qualidade da visita domiciliar, mas a quantidade. É muito comum, observarem-se processos de gestão fincados no controle exacerbado dos trabalhadores, para produzirem como a ACS citou, de forma “mecanizada”, acarretando perda de sentido naquilo que se faz. Os atos parcelares de saúde, que são denominados procedimentos, distanciam muito o trabalhador do resultado do seu trabalho (CAMPOS, 2006). Segundo Campos (2006), não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde, assim estruturados, costuma transformar-se em suplício insuportável.

Uma gestão denominada por Onocko (2005) de “gestão do cuidado” poderia substituir essa gestão controladora, entendendo que ações, tecnologias ou projetos podem disparar movimentos de mudanças por meio dessa nova gestão. Segundo a autora, dimensões inconscientes, traduzidas em ações dos trabalhadores durante o processo de trabalho devem ser consideradas no processo de “gestão do cuidado”. Integrando a área da saúde coletiva e a psicanálise, Onocko (2005) ressalta a função asseguradora da vida psíquica e social das instituições, oportunizando um reconhecimento de quem se é para além da dúvida cartesiana, do racional. Para a psicanálise a dimensão inconsciente está presente em todo momento de nossas relações institucionais, sem distinção racional ou irracional, como uma constante dúvida que se tem sobre si mesmo, pois sempre haverá uma parte desconhecida que se revela e se esconde no encontro diário com o outro, no caso deste estudo com o outro trabalhador de saúde, com os usuários, com a gestão e demais atores envolvidos no processo.

Diante de tantas dificuldades, propõe-se um modo de gestão que possa acolher essas subjetividades, que ajude o trabalhador a compreender o turbilhão de emoções que o fazem sofrer. Se o trabalhador puder falar, processar suas motivações nas reuniões de equipe, estas podem tornar-se terapêuticas. Entretanto, uma forma autoritária de gestão impede a manifestação do trabalhador, o que tem sido uma prática hegemônica no campo da saúde. Essa nova forma de gestão proposta poderá encontrar dispositivos de trabalho que possibilitem integrar as questões da clínica e a organização do trabalho, considerando que

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

cada trabalhador é co-gestor do processo de trabalho na sua atuação direta com o usuário. Deve romper com a dicotomia subjetividade/objetividade, racionalidade/irracionalidade, afetividade/razão, fortemente presentes nos serviços. Deve abrir espaço para que o mal-estar no sentido freudiano possa ser abordado, interrogado e acolhido (Freud, 1974). Dessa forma passará a ser uma forma de gestão cuidadora e potencializadora do reconhecimento do trabalho, enquanto obra produzida por ele. Caso contrário o trabalhador ficará separado de sua “obra”, tanto para si mesmo, como para o usuário.

4) Formação.

É questionada tanto pela falta, quanto pela forma que ocorre, quando acontece. Os participantes da pesquisa sinalizam a falta do curso introdutório, ministrado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo para alguns e não para outros. Por outro lado, citam alguns cursos que foram ministrados somente para os Agentes Comunitários de Saúde, mas deveriam ser para equipe toda. *“Teve uma vez que foi um curso de capacitação (engasga na palavra) em cima da humanização. Eu acho que aí caberia prá toda a equipe e não só pros agentes”*.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), política do Ministério da Saúde para acompanhar a formação permanente dos trabalhadores, passou por transformações, na tentativa de torná-la mais participativa, seguindo as mudanças preconizadas pelo Pacto da Saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2006), e a criação de novas instâncias deliberativas. O funcionamento e as demandas das necessidades educativas estão, atualmente, sendo debatidas por fóruns ligados aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), que são os Núcleos de Educação Permanente (NEP) (BRASIL 2006). E, abrangendo uma macro-região, as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) reúnem-se regularmente, devendo aprovar o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde. (PAREPS) (BRASIL, 2007)

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

A partir desses esclarecimentos, parece que a Educação Permanente em Saúde deveria seguir exatamente o que o ACS pediu, que os cursos fossem “*prá toda a equipe e não só pros agentes*”, pois parece ir ao encontro de práticas solidárias e participativas, minimizando os efeitos deletérios da fragmentação já apontados acima. Poderia ser fundamentada numa prática reflexiva da realidade, transformando-a (FREIRE, 1980). Entretanto parece que a EPS ainda não é uma concretude, mas uma expectativa. Seria necessário lidar com alguns entraves, que impedem que dentre outras coisas, o trabalhador da saúde possa por meio da ética, a prática reflexiva da liberdade, constituir-se num profissional saudável, diferente do atual, que é sofrido e aprisionado por uma vigilância e poder dominante.

A Educação Permanente em Saúde poderia romper essas amarras, traduzindo-se como uma via de efetivação de mudanças. Na concepção freireana (FREIRE, 1980), a educação é um processo, construído a partir da relação homem-mundo, é comunicação, é diálogo, um encontro de sujeitos interlocutores, um que-fazer” constante. Nesse enfoque transformador, libertador e humano a gestão e a atenção em saúde podem se constituir num espaço que proporciona “um humanismo científico (que nem por isso deixa de ser amoroso)”, apoiando a ação educativa entre trabalhadores e usuários e entre os trabalhadores num espaço solidário de gestão participativa e terapêutica. A Educação Permanente em Saúde deve operar na micropolítica do trabalho em saúde. Assim pode favorecer a saúde do trabalhador, ampliando o diálogo no enfoque libertador, em suas múltiplas possibilidades e principalmente porque ocorre durante o processo de trabalho, em serviço, transformando os espaços de reuniões de equipe, potencializando-os como espaços de cuidado para o trabalhador.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

5) Falta de trabalho em rede de atenção à saúde.

Mencionam que quando precisam de encaminhamentos para setor secundário e terciário, não conseguem vagas, nem contato com os profissionais da rede. *“Daí depende do secundário, do terciário e a gente fica sem uma contra-resposta desses serviços.”* Com relação a essa queixa, pesquisadores da saúde coletiva (CAMPOS, 2006; FRANCO, MERHY, 2006) analisam que a Saúde da Família não tem tido ampla cobertura, principalmente no estado de SP, no qual a porcentagem de apenas 25,6% da população do estado é coberta pela Saúde da Família, o que significa um dos piores índices de alcance da estratégia no Brasil (BRASIL, 2008). Entretanto, em nível nacional, a Saúde da Família continua figurando como prioridade no desenvolvimento da Atenção Básica.

Contraditoriamente tem tido um financiamento insuficiente e carece de um projeto consistente e singular, dedicado a cada realidade local na qual tem se implantado. Para esses pesquisadores acima citados (CAMPOS, 2006; FRANCO, MERHY, 2006), o impacto da Saúde da Família dependerá da sua capacidade de integrar-se a rede atenção a saúde, incluindo ambulatorios, hospitais, serviços secundários e terciários, urgência e emergência, saúde mental, dentre outros. É exatamente essa dificuldade que o ACS relatou, a *“dependência do secundário, do terciário, e fica-se sem uma contra-resposta”*. Isso não tem ocorrido, com o agravante de também não organizar os serviços de saúde em toda a rede, pressuposto importante da Atenção Básica, na qual a Saúde da Família está inserida.

6) Saídas para o sofrimento.

Diante das dificuldades apresentadas a saída que muitas vezes resta ao trabalhador é a utilização de mecanismos de defesa tais como o silêncio, a negação, o isolamento e outras formas paliativas. Expressam esses mecanismos da seguinte forma: *“com isso você resolve não dar opinião. Porque eu já trabalhei em vários lugares e eu sei que*

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

sempre a parte mais fraca a corda rebenta. Um ditado popular certíssimo”. A negação pode ser observada pela afirmação que fazem de “acostumar-se” ao sofrimento, como se isso fosse possível. Dizem: “*Sofri bastante. Agora tou melhor. O tempo já passou. A gente até fala pras novas. Que acostumem com a idéia, que no começo se passa mal, entra em depressão, pressão alta.*”

São ações que segundo a Psicodinâmica do Trabalho reforçam a alienação do trabalhador frente a uma sociedade capitalista que é alimentada exatamente por esses mecanismos (DEJOURS, 1992; DEJOURS, 2004). A falta de noção clara pelo trabalhador, da relação desses aspectos com o seu sofrimento, faz com que o trabalhador atribua as falhas a si próprio ou ao colega, intensificando a culpabilização de si mesmo ou conflitos e embates internos (HELOANI, 2003). O perigo da utilização excessiva desses mecanismos de defesa é a loucura do trabalho, pois de um ponto em diante deixam de ser efetivos e se rompem (DEJOURS, 1992). Para que os mecanismos defensivos possam se transformar em resistências, caminhos mais saudáveis para o trabalhador, a psicodinâmica do trabalho propõe abertura de espaços públicos de palavra, ou melhor de um “território” (SELIGMANN-SILVA, 2011; DEJOURS, 2010). São espaços no qual se possa manifestar a verdadeira inquietude medos e angústias provenientes do espaço laboral sem a sensação de ter que pagar caro por isso.

É neste processo dialógico que questões “intratáveis” no espaço de trabalho, “espaço de poder”, se tornam passíveis de uma manifestação do desejo e podem gerar certo efeito “terapêutico”. Compreende-se que a impossibilidade da linguagem se materializar nas relações de trabalho cristaliza sofrimentos e naturaliza-os como inevitáveis. Ao se possibilitar a expressão desse sofrimento, há um resgate do sentido do trabalho e do desejo. Assim, a repercussão aparece na atenção ao usuário, que também pode se expressar espontaneamente e com liberdade. Segundo DEJOURS (1996, p. 170) “a transformação do sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa depende fundamentalmente do uso da palavra e de um espaço de discussão onde perplexidades e opiniões são públicas”.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a gestão e a formação foram temas transversais neste trabalho, com repercussões no sofrimento psíquico do ACS, inserido no processo de trabalho da Saúde da Família, é pertinente trazer mais algumas considerações sobre essas questões sob a ótica foucaultiana, na perspectiva do poder e seu caráter disciplinatório, de dominação das pessoas em sociedade, dentro do que se denomina microfísica do poder (FOUCAULT, 1984). É relevante refletir que os processos rudimentares de dominação da Idade Média, quando as pessoas eram queimadas nas fogueiras por não obedecerem às regras instituídas, foram substituídos na modernidade por um poder disciplinatório e normatizador, tornando os corpos dóceis e submissos, diante de dispositivos de vigilância constante. Embora visíveis, não se apresentam claramente, enquanto uma pessoa ou setor. É pulverizado, tornando-se disseminado por onde quer que se vá. Assim, é característica fundamental dessa vigilância ser visível, porém inverificável.

Numa situação específica de trabalho, o trabalhador tem sempre sob seus olhos a representação da vigilância, sem saber ao certo se está ou não sendo visto e observado por todo o tempo. Mas ter certeza de que sempre pode sê-lo é o suficiente para se manter submisso (FOUCAUT, 1996). A figura apresentada pelo autor para ilustrar tal mecanismo é a do Panóptico, uma torre construída no centro de celas em forma de anel. Nessa torre permanece um vigia, que pode ou não estar presente, que tudo vê, mas sem ser visto. É a masmorra, ao contrário. Transporta-se a idéia para os diversos âmbitos, em sua torre de controle, o diretor pode espionar todos os empregados que tem a seu serviço: enfermeiros, médicos, contramestres, professores, guardas; pode modificar comportamentos, impor métodos que considerar melhores.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

É com esse poder, disseminado e sutil, que o trabalhador, especificamente o ACS, tem que lidar no seu dia-a-dia de trabalho em saúde, tornando-se desprotegido e vulnerável aos mais variados problemas, que em efeito cascata levam-no a um sofrimento psíquico cada vez maior. A Educação Permanente em Saúde deveria colaborar para uma prática na qual a liberdade fosse vivenciada, minimizando o controle a que o trabalhador está submetido, ao morar próximo do seu trabalho, fundamentando-se numa prática reflexiva da realidade. Seria necessário lidar com alguns entraves na operacionalização da Educação Permanente em Saúde, como a falta de formação em serviço, que impede a consideração de aspectos específicos da realidade laboral na formação.

Segundo Onocko (2005) é urgente que se reconheça as fragilidades das instituições e da gestão, que repercutem desfavoravelmente na clínica e na saúde do trabalhador. Há que se oferecer um espaço de compartilhar solidário e de potencialização da competência técnica, levando em conta a si mesmo e os outros num espaço transicional. É favorável que a gestão assuma essa função, de democratização, mas também de elucidação das pulsões inconscientes que volta e meia fragilizam as instituições. Quando existir por parte da gestão a preocupação com a demanda dos trabalhadores, com os aspectos subjetivos e idiossincráticos no processo de organização do trabalho, as relações intersubjetivas e diferenças não se constituirão na base de conflitos insuperáveis, mas em relações diferenciadas, transformando-se em questões epistemológicas transitivas e não pessoais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70. 1977. 226p.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

BICHUETTI, J.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M. O agente de saúde e a mudança: do espanto ao encanto. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.433-438, 2005.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p259-268, 2008.

BRASIL. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. In: Diário Oficial da União, 2006. Seção 1. Disponível em: <http://www.diariooficial.com.br> Acesso em: 29 de setembro de 2006a.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde Família**, 2008. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#consolidado>> Acessado em: 11 de fevereiro de 2011.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3. ed. SP: Hucitec. 2006.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 23, n. 2. 2007.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C.; HITOMI, A.H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis, Vozes, 1993. 280p.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré. 1992.

DEJOURS, C. Patologia da comunicação: situação de trabalho no espaço público. In: S. LANCMAN & L. SZNELWAR (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho** (pp.243-75). RJ: Fiocruz. 2004.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. (Coord.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. Tradução Aracky Martins Rodrigues et. al. São Paulo: Atlas, 1996. p.149-173.

DEJOURS, C; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho: O que fazer?** (F. Soudant, Trad.) Brasília/DF: Paralelo 15. 2010

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.10, n.2, p.347-355, 2005.

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1328-1333, 2004.

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

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

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

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria prática da libertação, introdução ao pensamento Paulo Freire. SP: Moraes, 1980.

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

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

HELOANI, J. R. **Gestão e organização no capitalismo globalizado**: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho. Atlas: São Paulo, 2003. 240p.

Estudos do Trabalho

Ano V – Número 9 – 2011
Revista da RET
Rede de Estudos do Trabalho
www.estudosdotrabalho.org

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**. novembro-dezembro; 14(6). 2006

MAIA, L. D.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 36 (123): 93-102, 2011.

MARX, K. **Trabalho Alienado**. SP: Martin Claret, (1844) 2004. p. 110-122.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2002

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. RJ: Hucitec, 2004. 269p.

ONOCKO, R. T. C. , 2005. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (3): 573-583, 2005.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no PSF. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr., 2004.

RIBEIRO, S. F. R. **O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho**. Dissertação (Mestrado) – FMB, Universidade Estadual Paulista, 2006.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SCHMIDT, M. L. S. Políticas públicas e saúde mental: In: TRINDADE: Z. A. **Psicologia e saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 55-71

VIEIRA, C. M.; CORDEIRO, M. P. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do “Programa Saúde da Família”. **Arq. Bras. Psicol.**, v.57. n.1, p. 58-74, 2005.

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