

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

HELETICIA SCABELO GALAVOTE

**ALEGRIAS E TRISTEZAS NO COTIDIANO DE TRABALHO
DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: CENÁRIOS DE
PAIXÕES E AFETAMENTOS**

NITERÓI
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

HELETICIA SCABELO GALAVOTE

**ALEGRIAS E TRISTEZAS NO COTIDIANO DE TRABALHO
DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: CENÁRIOS DE
PAIXÕES E AFETAMENTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Túlio Batista Franco

NITERÓI
2010

Galavote, Heletícia Scabelo.

Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do Agente
Comunitário de Saúde: cenários de paixões e afetamentos.- 2010.
112 f. : il.

Orientador: Túlio Batista Franco

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense,
Instituto de Saúde da Comunidade.

1. Agente Comunitário de Saúde 2. Processo de Trabalho em
Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Subjetividade. I. Franco,
Túlio Batista. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de
Saúde da Comunidade. III. Título.

CDU:

HELETICIA SCABELO GALAVOTE

**ALEGRIAS E TRISTEZAS NO COTIDIANO DE TRABALHO DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: CENÁRIOS DE PAIXÕES E
AFETAMENTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 26/05/2010.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense
Orientador

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
(Membro externo – titular)

Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro
Universidade Federal Fluminense
(Membro interno – titular)

Prof. Dr. Marcos Corvino
Universidade Federal Fluminense
(Membro interno – suplente)

Aos meus pais, Arlindo e Inês, pelo dom da vida e pelos primeiros passos.

Aos doutores Túlio e Rita de Cássia pela dedicação e construção de infindáveis saberes.

Aos Agentes Comunitários de Saúde pelas vivências e descobertas.

AGRADECIMENTOS

A construção deste estudo foi sedimentada por meio de saberes dos mais diversos, oriundos de diferentes atores que proporcionaram encontros geradores de grande alegria e que aumentaram demasiadamente a minha potência para agir e refletir, o que considero imprescindível para a elaboração de um estudo desta magnitude. Assim, embora fisicamente só, estive todo o tempo de construção acompanhada pelos saberes e ensinamentos que pude experienciar ao longo de minha trajetória, o que me faz dedicar todo o estudo aos amigos, mestres, familiares e sujeitos que constituem partes de um todo do qual hoje me orgulho enquanto profissional da saúde e pesquisadora.

A Deus pela força, conquistas e pelas escolhas.

Ao meu pai, Arlindo, que sempre acreditou nos meus sonhos e que por muitas vezes foi o principal promotor de muitos deles, um exemplo de dignidade, trabalho e força, um grande amigo nas horas de angústia. À minha querida mãe, Inês, pelo exemplo de superação, alegria, entusiasmo e amor, e que sempre apoiou os meus sonhos e loucuras constituindo-se no meu porto-seguro e fonte de acalento.

À minha irmã, Silvia Amália, pelo apoio e torcida e por compreender os inúmeros momentos de ausência.

Ao meu namorado, Antônio Márcio, parceiro de muitas horas, companheiro e grande incentivador. Mesmo em suas limitações foi capaz de me apoiar e me fazer rir quando havia vontade de desistir ou mesmo de chorar. É para mim presença em meio a tanta distância.

À minha querida amiga e professora Rita de Cássia, agradeço todos os dias pela oportunidade única de conhecê-la. Responsável pela descoberta da pesquisadora escondida em uma acadêmica tímida do curso de Enfermagem, que acreditou que o mestrado seria um marco para o vôo em busca de novos horizontes. Para mim é e sempre será um modelo que norteia muitas de minhas escolhas.

Ao querido orientador professor Túlio, por ter me acolhido com carinho e me permitido desvendar teorias antes desconhecidas. Agradeço pela paciência e confiança e por ter compreendido os obstáculos que encontrei no caminho. Obrigada por tudo.

Aos amigos de trabalho da ESF Frade Praias, Kátia, Lídia, Norma, Kelly, Elen e Fernanda por serem presença amiga nos momentos de solidão e por me apoiarem no cotidiano de trabalho contribuindo com a construção de conhecimentos que proporcionaram a reorientação do estudo a partir dos conflitos e contratualidades emergidos da prática do serviço.

Aos agentes comunitários de saúde da ESF Jardim Catarina pela acolhida, confiança e pelas vivências que singulares constituem o cerne deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste estudo.

Minha eterna gratidão!

“A civilização atual multiplica as possibilidades industriais e cria a cada instante novas formas de trabalho. O gozo humano se deleita como fruto desse trabalho, cujas minúcias a humanidade desconhece, e no uso de qualquer simples utensílio da vida quotidiana nós ignoramos a soma de esforço anônimo que nele se concretizou. Nem sempre esse esforço é dado sem outro ônus além da fadiga, muitas vezes no objeto que contemplamos e de que usamos prazerosos, está uma parcela invisível da saúde do anônimo trabalhador, que lentamente conquistou com o pão quotidiano a morbidez que o há de matar”.

Medeiros apud Almeida, 2006, p. 9.

As grandes mudanças surgem a partir das mudanças ‘subterrâneas’ que ocorrem em cada indivíduo e que eclodem em novas idéias no mundo. Todas essas mudanças acontecem a partir do contato, do encontro com a alteridade da existência humana, até desembocar numa comunidade específica, no sentido em que há respeito e escuta.

Adriano Holanda

RESUMO

O presente estudo busca desvendar o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e, no referencial teórico propõe um diálogo entre a teoria das afecções de Espinosa e a Psicodinâmica do Trabalho com o objetivo de compreender a dinâmica das alegrias e tristezas experienciadas pelo ACS nos encontros produzidos no seu cotidiano de trabalho. O objetivo deste estudo foi analisar o processo de trabalho dos ACS na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de São Gonçalo/RJ. Constitui um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo. Foram convidados dez ACS da ESF Jardim Catarina, no município de São Gonçalo/RJ. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, consolidadas na análise de discurso com base em uma cartografia. O reconhecimento foi considerado como capaz de aumentar a potência de agir do ACS através do estabelecimento de um encontro alegre, de construção. O fracasso esteve relacionado à submissão do saber do ACS perante os saberes instituídos da equipe, ficando à margem dos processos decisórios. O desvendamento do trabalho do ACS revela um trabalhador que opera na molaridade e pluralidade, um híbrido que permeia territórios distintos da tríade poder, saber e subjetividade.

Palavras-chave: Trabalho em Saúde, Subjetividade, Estratégia Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

This study tries to unfold the work process of community health agents (CHA) and, concerning the theoretical reference, proposes a dialogue between Spinoza's theory of affections and the Work Psychodynamics with the purpose of understanding the happiness-sadness dynamics experienced by the agent in their work routine. The objective was analyzing the work process of community health agents from the Family Health Strategy (FHS) in São Gonçalo, Rio de Janeiro State. Ten CHAs from São Gonçalo's Santa Catarina FHS were invited. It is an exploratory-descriptive study, of qualitative aspect. Data was collected through semi-structured interviews, consolidated by speech analysis with a cartographic base. It was considered that acknowledgement is able to increase the agent's potency of action by establishing a happy, constructive meeting. Failure was related to the submission of single expertise to the one instituted by the team, thus marginalizing the agent from decision-making processes. After unfolding their activity, the CHA is seen as able to work in molarity and plurality, a hybrid that permeates distinct territories of the triad power - expertise - subjectivity.

Keywords: Health Work, Subjectivity, Family Health Strategy, Community Health Agent.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFF - Universidade Federal Fluminense

USF - Unidade de Saúde da Família

USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1	A CONTEXTUALIZAÇÃO DE UMA PRÁTICA: O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	19
2.2	O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: TEIAS, REDES E TRAMAS...	25
2.3	A RELAÇÃO HOMEM-TRABALHO COMO FERRAMENTA CONCEITUAL PARA A ANÁLISE DO TRABALHO EM SAÚDE.....	37
2.4	A TEIA E A ARANHA: O AGIR COTIDIANO DE UM TRABALHADOR E SUAS TEIAS.....	56
3	OBJETIVOS.....	63
3.1	OBJETIVO GERAL.....	63
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	63
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	64
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	65
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	66
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	67
4.4	COLETA DOS DADOS.....	68
4.5	ANÁLISE DO MATERIAL.....	70
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	74
5	UM APROFUNDAMENTO ANALÍTICO DO SER COTIDIANO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
7	REFERÊNCIAS.....	94
	APÊNDICES.....	107
	ANEXOS.....	111

1 INTRODUÇÃO

Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema na vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos (Minayo, 1997, p. 90).

O presente estudo partiu da necessidade de se conhecer a essência do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), por meio do conhecimento das formas de produção do prazer/desprazer no cotidiano de trabalho, tornando-se importante redefinir qual o lugar ocupado pelo agente de saúde neste contexto. A motivação inicial se deve a um estudo realizado no ano de 2005 e 2006, que teve por objetivo desvendar o processo de trabalho do ACS inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Vitória/ES. Assim, com base nas experiências vivenciadas nos cenários da pesquisa foi possível verificar a importância de um estudo desta magnitude que aprofundasse e trouxesse à tona as diferentes representações do processo de trabalho do Agente, assim como as tensões e conflitos vivenciados no seu cotidiano de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo nos revelou que o ACS se posiciona em cenários de incertezas e que ao mesmo tempo detém uma grande parcela de responsabilidade na organização da APS e na própria reorientação do modelo de atenção à saúde. Há uma dicotomia entre um trabalho centrado na esfera institucional e outro centrado na solidária e social que envolve o trabalho direto no espaço da comunidade. Por meio do material empírico colhido, ficou claro que o trabalho era gerador de sofrimento para o ACS quando havia uma experiência de cobranças, limitações e a violência que gerava impotência e medo. Ao contrário, o trabalho era gerador de satisfação em função do reconhecimento do papel do ACS por parte da equipe e da

comunidade e em relação aos resultados concretos que eram vistos a médio e em longo prazo (GALAVOTE, 2007).

A temática do prazer e desprazer no cenário do trabalho -foco deste estudo - é fundamentada em algumas perspectivas da Psicodinâmica do Trabalho, que constitui uma corrente de pensamento que se caracteriza por sua riqueza de formulações metodológicas e que se edifica a partir das pesquisas de Christophe Dejours, médico do trabalho, psicanalista e psiquiatra, que procurou desvendar as dinâmicas que, em situações de trabalho, conduziam ora ao prazer, ora ao sofrimento, assim como seus desdobramentos.

O autor reconhece que há um “espaço de liberdade” entre o trabalhador e a própria organização do trabalho prescrito, tido como tarefa, que autoriza negociações, invenções e modulações que visam adaptar o trabalho às necessidades e desejos do trabalhador. Quando existe um “bloqueio” dessa relação homem-organização, surge o domínio do sofrimento e da luta contra o sofrimento (DEJOURS, 1994, p.15).

O principal objetivo da Psicodinâmica do Trabalho consiste em analisar as estratégias individuais e coletivas de mediação empregadas na busca da saúde psíquica, considerando a subjetividade do trabalhador e as dimensões psíquica, social e objetiva do contexto de produção de bens e serviços. Dejours assinala que, na maioria das vezes o trabalhador não pode alterar nada no mundo externo, ficando submisso a uma organização do trabalho que não condiz com seu próprio ritmo biológico e psicoafetivo. Afirma que a tendência da divisão do trabalho e sua normalização comprometem, ou mesmo anulam o potencial do trabalhador em rearranjar a tarefa (DEJOURS, 1992).

Partimos também do pressuposto de que todo trabalhador opera segundo suas intencionalidades e desejos e, sob este prisma, Rolnik (2006) ressalta que o desejo se constitui em processo de produção de universos psicossociais e se inscreve em relações, nas quais, existe um encontro entre os corpos, que exercem seu poder de afetar e serem afetados, se atraindo ou se repelindo. Desses encontros surge uma mistura de afetos que se incorporam ao cenário de atuação dos sujeitos que dispõem de uma subjetividade flexível, experimental e processual, sendo detentores de uma força inata de criação.

Assim, recorre-se ao estudo da relação homem-trabalho através do entendimento da subjetividade que a compõe e que se manifesta por efeitos concretos e reais, que podem ser visíveis ou invisíveis, com o intuito de apreender qual o significado do trabalho para o sujeito que o executa.

O pressuposto teórico, fundamentado na literatura, baseia-se na tese de que o grau de (in)compatibilidade entre o trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho real (atividade) pode interferir positivamente ou negativamente nas vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores. Assim, quando há um “bloqueio” da relação entre o homem e o seu trabalho, a energia pulsional não encontra meio de exteriorização e acaba ocasionando um sentimento de desprazer e tensão (DEJOURS, 1994). Para os objetivos deste estudo é analisada a dinâmica do trabalho vivo em ato e do trabalho morto descrita por Merhy (2007), no sentido de que o trabalho morto pode gerar processos de captura do trabalho vivo, no qual o trabalhador detém autonomia e liberdade para operar segundo suas intencionalidades e desejos, com inventividade e criatividade.

Para Marx (1982) o trabalho é uma necessidade eterna do ser humano. É a transformação da natureza para satisfazer as necessidades do homem, e, ao

mesmo tempo, modifica a sua própria natureza e desenvolve as faculdades que nele estão adormecidas. Mas quando se torna um trabalho alienado, perde seu sentido enquanto atividade vital, que gera vida. Ao contrário, gera sofrimento. Apesar de sempre ter uma ligação com sofrimento, adquire uma força maior na atualidade, frente aos processos de produção capitalista. Estudar esse sofrimento, físico e/ou psíquico, implica em se deparar muitas vezes com processos de vida e de morte, inerentes ao ato de viver e de trabalhar alienadamente.

Neste contexto, o ACS enquanto um trabalhador da saúde está inserido em cenários repletos de desejos, intencionalidades, subjetividades e conflitos que o posiciona como um “amortecedor” de tensões da clientela por atender as inúmeras demandas de saúde. Mas, simplificar o papel do agente de saúde é, no mínimo, desconhecer o avanço que sua atuação proporcionou especialmente nas pequenas localidades que até então não tiveram acesso a nenhum tipo de atenção à saúde (SILVA; RODRIGUES, 2000). Desempenha um papel singular de “elo de ligação” entre a comunidade e o serviço de saúde, atuando de forma condizente com atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de educação em saúde visando, sobretudo, a promoção da qualidade de vida e bem-estar da população.

Experencia tensões que se produzem na relação com a equipe, no espaço institucional, e na relação com a comunidade, no espaço extra-muros no qual o ACS está à mercê dos problemas enfrentados por essa comunidade, desenvolvendo seu processo de trabalho em cenários de alegrias e tristezas constituídos nas relações que se compõem e decompõem no dia-a-dia, e que ao mesmo tempo constituem o ser, pois é algo interno a ele. Deleuze (2002) apresenta o modelo de corpo na perspectiva de Espinosa que o considera como uma potência, no sentido de nós

“nem sequer sabemos de que é capaz um corpo”, e quando este mesmo corpo potência encontra outro corpo “tanto acontece que as duas relações se compõem para formar um todo mais potente, quanto que um decompõe o outro e destrói a coesão das suas partes”. Assim, Espinosa nos leva a repensar esse encontro entre os corpos no sentido de que nós, como seres conscientes, apreendemos apenas os efeitos dessas composições e decomposições e “sentimos alegria quando um corpo se encontra com a nossa alma e com ela se compõe; inversamente, sentimos tristeza quando um corpo ou uma idéia ameaçam nossa própria coerência” (p. 24).

Trazer este discurso para a o estudo da alegria e da tristeza no trabalho do ACS nos remonta a pensar e buscar apreender o efeito real das relações que são construídas e desconstruídas por este ator no encontro com outros atores e compreender como são manifestados os efeitos dessa coesão entre as partes, no sentido de produzir alegria ou tristeza nos cenários do trabalho e que serão determinantes para a constituição de um “ser Agente de Saúde”, de uma identidade profissional que se afirma em espaços de disputas de poder e legitimidade.

Para os objetivos desse estudo, nos detemos na avaliação do processo de trabalho dos ACS, através das concepções dos atores envolvidos no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), compreendendo a produção da alegria e da tristeza no cotidiano de trabalho do ACS e reconhecendo que os mesmos são resultados da produção coletiva dos sujeitos em atividade, ou seja, são construídos através dos encontros entre os atores de uma equipe, ou mesmo na relação entre o trabalhador, o usuário e a comunidade.

Na atualidade, parece existir uma tendência de banir o sofrimento do mundo do trabalho e desconsiderá-lo como uma dimensão contingente à produção. Dar visibilidade ao sofrimento/prazer se faz importante à medida que é algo da esfera

subjetiva, que se diferencia de acordo com as vivências e modos de andar a vida de cada sujeito, dependendo de uma determinada significação que assume no tempo e no espaço, bem como no corpo que ele toca produzindo algo “além do princípio do prazer”. Assim, “as fronteiras entre sofrimento, não-sofrimento e sofrimento-prazer são imprecisas, vagas, e se superpõem em camadas indiscerníveis, muitas vezes inefáveis” (BRANT; GOMEZ, acesso em 14 agosto 2008).

Reconhecemos que o grande mérito de Dejours, ao considerar a significação e o sentido do sofrimento/prazer como dimensões essenciais no entendimento da relação saúde-trabalho, foi colocar-se à escuta do trabalhador para compreender o que lhe ocorria reconhecendo a fala do trabalhador como um privilegiado instrumento de pesquisa e de intervenção. Desta forma, consideramos que o ACS é, nesta pesquisa, sujeito implicado que de acordo com Merhy (2004, p. 22) seria um “sujeito interessado que dá valor a certas coisas e não a outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras”.

A partir do reconhecimento do ACS enquanto sujeito implicado e sujeito epistêmico, aquele que é detentor de uma “bagagem” de conhecimentos que são construídos e compartilhados através da prática deste profissional, entendemos que é imprescindível o estudo desse ator em seu cenário real de práticas, expresso pelo cenário institucional e pelo espaço da comunidade, que juntos constituem o campo de atuação do ACS que poderia ser caracterizado, segundo Merhy (2004, p. 34) como o “cenário do mundo das significações” que é atravessado e, algumas vezes, compartilhado pelo conjunto dos agentes em trabalho, mostrando “falhas” e ruídos determinados pela “natureza da arena” que está posta, assim como pelas subjetividades dos agentes em cena e pelas disputas impostas.

O estudo dos agentes no cotidiano do trabalho, conforme proposto, revela um lugar onde existe a permanente invasão de mundos, com produção de estranhamentos, ruídos e falhas, em um panorama repleto de significados, onde acordos e contratos existem, e ao mesmo tempo onde os agentes impõem estranhamentos, quebras e linhas de fuga. Assim, a observação do cotidiano possibilita a identificação deste mundo de subjetividades, significados, aspirações e modos específicos de produzir os processos de trabalho na realidade apresentada nos serviços de saúde (MERHY, 2003).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A CONTEXTUALIZAÇÃO DE UMA PRÁTICA: O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado no ano de 1991 e teve como modelo inicial as experiências realizadas nos estados do Mato Grosso do Sul, Paraná e Ceará, que tinham como objetivo principal a diminuição da mortalidade infantil e materna. Tal experiência foi avaliada como satisfatória e implantada principalmente nos estados das regiões Norte e Nordeste. Com a institucionalização do PACS, surge no cenário de saúde, um novo “ator” na execução de ações de promoção e prevenção da saúde: o Agente Comunitário de Saúde (ALEIXO, 2002).

Conforme Silva e Rodrigues (2000), o fundamento para a atuação privilegiada dos agentes no sistema está na aceitação de que os problemas de saúde, em sua maioria, podem ser solucionados por pessoas treinadas em curto prazo para o desempenho de tarefas específicas. Para tanto, vão buscar a experiência da África colonizada, da China, e seus médicos de pés descalços, dos feldschers da Rússia czarista e outras experiências semelhantes.

O ACS integra as equipes do PACS e a ESF, realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS, e estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania. Constitui um elemento-chave do sistema na atenção primária de saúde;

como o elo entre a comunidade e os serviços. É ele quem está no cotidiano dos lares, quem vivencia os problemas específicos de saúde e os sociais. É ele quem presencia a miséria humana em sua face mais cruel: a do abandono na doença, da falta de acesso aos serviços, da fome que mata ou debilita. Mas também é ele quem tem o privilégio de chegar primeiro aos dados, de ver as mudanças que ocorrem pela intervenção das ações voltadas à obtenção da saúde, diretas ou não (SILVA; RODRIGUES, 2000).

A profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentada na Lei 10507 de 2002 caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local. O ACS deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: residir na área da comunidade em que atuar; haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde e; haver concluído o ensino fundamental. Deverá ser responsável por no máximo 750 pessoas.

Levy e Matos (2004) afirmam que o fato do agente residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade. Isso deixa as fronteiras entre ele e os outros habitantes mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos, além de definir posições e papéis muito particulares.

Segundo documento do Ministério da Saúde (apud SILVA; RODRIGUES, 2000), o ACS tem as seguintes atribuições: cadastrar as famílias por ele atendidas; diagnosticar suas condições de saúde e moradia; atualizar estes dados

permanentemente, para o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); mapear, o mais detalhadamente possível, a comunidade na qual atua; identificar as micro-áreas de risco, inclusive buscando soluções para os problemas identificados junto às autoridades locais; realizar visitas domiciliares, em função da situação de saúde da família; atuar como animador no desenvolvimento coletivo da comunidade; atuar na área de educação, identificando crianças fora da escola; atuar em ações humanitárias e solidárias, na busca de alternativas para geração de empregos, em situações de seca, enchentes, no combate à violência, etc.

Têm atribuições dentro do contexto da APS definidas na Portaria 648/2006, dentre elas: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), identificando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais; trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; cadastrar todas as pessoas de sua micro-área; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, e de vigilância à saúde, através de visitas domiciliares e de ações individuais e coletivas; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade de acordo com as necessidades definidas pela equipe e; cumprir com as atribuições definidas para os ACS em relação à prevenção e controle da malária e dengue.

Assume, no cenário do sistema de saúde do país, um papel privilegiado. Seja porque as autoridades sanitárias fazem dele uma espécie de "coringa", seja porque o cotidiano demonstra que ele é o trabalhador em saúde que mais convive com os

problemas sociais afetos à saúde. Os primeiros tentam demonstrar sua importância para a saúde, numa perspectiva de lucratividade política; o cotidiano o capacita a reivindicar seu lugar no sistema de saúde.

Silva e Dalmaso (2002, p. 75) referem que “por serem (os agentes) pessoas do povo, não só se assemelha nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população”. Acreditam que os agentes constituem a mola propulsora para a consolidação do SUS, a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada de assistência, na estruturação dos distritos sanitários. Assim, ser um ACS “é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade. (...)”, é ser o elo- de ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a “ponte entre a população e os profissionais”.

Nogueira e Ramos (apud SILVA; DALMASO, 2002) identificam, no trabalho do agente, a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social, que têm, sempre, potenciais de conflitos. Estas dimensões expressam, possivelmente, os pólos político e técnico do Programa. Os ACS convivem no cotidiano com o dilema permanente entre a dimensão social e a dimensão técnica assistencial, e o conflito aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana. Afirmam que:

No dia-a-dia, os agentes são colocados diante de contradições sociais, o que é “muito pesado” e, por isso, eles fazem determinadas opções, segundo as exigências, as recompensas e suas referências. No trabalho do agente, no realizar ações e interações, há uma série de situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu nem um saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência, que compreendam desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania. No entanto, a supervisão individual tende a priorizar a resolutividade, “não deixar o problema aumentar”; a reunião da equipe privilegia o caso individual e a doença; a gerência da unidade costuma ter uma atuação muito pequena na conformação do trabalho da equipe e do agente. [...] o agente se vê como

educador para a saúde, organizador de acesso e “olheiro” da equipe na captação de necessidade, identificação de prioridades e detecção de casos de risco para intervenção da equipe. A variedade de concepções e entendimentos sobre o agente comunitário de saúde e sobre a sua função, de que são portadores os demais membros da equipe do PSF, os diretores de Unidades, enfim, os demais sujeitos dos Programas, evidencia a dimensão das expectativas a que ele teria que atender no seu dia-a-dia e, por consequência, algumas condições concretas de conformação de uma identidade (SILVA; DALMASO, 2004, p. 77-78).

As considerações anteriores apontam alguns desafios para a atuação do ACS, sistematizados em seis pontos: o contexto, a finalidade, a tecnologia, o trabalho em equipe, a identidade e a formação profissional. Os processos de reconhecimento do papel que o agente desempenha no cotidiano de um serviço estão embutidos em uma lógica de “super-função”, que demandaria do agente um trabalho que vai além das ferramentas conceituais e práticas de que ele dispõe o que nos permitiria afirmar que o ACS se posiciona em um espaço de indeterminações e incertezas no qual não há definição de competências, habilidades e saberes, estando esse trabalhador sempre na linha de frente do sistema sem, contudo, estar muitas vezes capacitado para atender as inúmeras demandas cotidianas, já que seu arsenal de ferramentas de trabalho é demasiadamente restrito e não condiz com o panorama amplo de representações e subjetividades inscrito no cotidiano de uma Unidade de Saúde da Família (GALAVOTE, 2007).

O ACS por pertencer ao espaço da comunidade no qual atua, acaba por se sentir co-responsável por todos os problemas afetos à saúde dessa população, buscando atender a todas as necessidades de saúde que emergem no contexto de cada família, utilizando um arsenal restrito de ferramentas que lhes é atribuído pela USF e pelos próprios profissionais da equipe, estando limitado quanto às possibilidades de atuação e resolutividade.

Os encontros que o agente estabelece com a equipe no espaço da USF são construídos sem que, contudo, haja processos reais de reconhecimento mútuo dos papéis dos diferentes atores, havendo rupturas no reconhecimento do trabalho realizado pelo outro e com o outro trabalhador, reconhecendo-o como parte constitutiva do trabalho coletivo em saúde. Na verdade, o que existe é uma desigual valorização social dos diferentes trabalhos, que nos remete à desigualdade entre os trabalhos realizados que se traduzem em relações de poder e hierarquia entre os trabalhadores das diversas áreas de atuação. Essa hierarquia está vinculada à gestão, estrutura organizacional, áreas profissionais e diferentes trabalhos, o que é gerador de relações de mando e manutenção do *status quo*, reproduzindo a divisão técnico-social dos modos de produção (GALAVOTE, 2007).

Observa-se uma desproporção entre o perfil tido como real e o perfil esperado que leva o agente a despender inúmeros esforços para superar as limitações e incompetências identificadas, o que constitui uma das maiores causas de sofrimento cotidiano. Em estudo realizado em 2007 pela USP foram evidenciados quatro tipos de pressão sobrepostas no cotidiano do ACS, dentre elas: a dos pressupostos da ESF, na perspectiva da integralidade e responsabilização pela microárea; dos profissionais da equipe, que envolve a necessidade de contratualidade interdisciplinar; a da comunidade que demanda, interroga, interpela e reivindica seus direitos e; a do próprio agente que circula na “via da fantasia”, estando “entorpecidos na onipotência” (MARTINES; CHAVES, 2007, p. 432).

Sobre tal fato, Lunardello (2004) aponta que há um sofrimento nesta dualidade do trabalho do agente que traz consigo idealizações fundadas em uma expectativa muito elevada em relação a sua competência, desconsiderando muitas

vezes, as atribuições da equipe, dos demais indivíduos e das famílias, ficando incomodado com as limitações de seu trabalho.

Consideremos que o ACS se constitui em um profissional ativo para mobilizar e melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde e transforma-se em um ator imprescindível para a identificação das necessidades de saúde dos indivíduos. Carvalho (apud LUNARDELO, 2004) através do estudo da prática deste profissional, afirma que o ACS favorece o acolhimento e resgata a integralidade do sujeito/usuário com destaque para o suporte social oferecido a população através do seu perfil solidário. Assim, a produção de saberes e as práticas dos ACS devem propiciar infindáveis possibilidades da relação com o outro e consigo mesmo de forma a potencializar uma produção de saúde vinculada à cidadania, à autonomia dos sujeitos e coletividades nos modos como, no dia-a-dia, vão se construindo novas formas de viver e lidar com a vida, inclusive nos espaços institucionais onde se constroem as várias e diferenciadas modelagens do trabalho em saúde.

2.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: TEIAS, REDES E TRAMAS

(...) dentro do processo de trabalho em saúde, as relações que se estabelecem entre objeto, instrumento e produto, em face das necessidades sugeridas e que direcionam a finalidade do mesmo, são dirigidas pela intencionalidade do trabalho frente a um certo saber operatório que encaminha os agentes para o cumprimento de um certo projeto de vida em sociedade (NEMES apud MERHY, 2007, 108).

Ao longo da história, o trabalho vem adquirindo significados distintos. Etimologicamente, a palavra trabalho vem do latim *tripalium*, nome dado a um instrumento romano de tortura, no qual eram suplicados os escravos. Em todas as línguas latinas e mesmo no idioma anglo-saxão, o termo adquiriu o significado de “tormento, agonia e sofrimento”. Bom Sucesso (apud LIMA, 2001) afirma que até o Cristianismo, o trabalho detinha um significado implícito de distanciamento da ordem divina, distanciamento de Deus, o que trazia como pano de fundo a idéia de que com o trabalho seria possível o enriquecimento, privilégio este que estava condicionado ao poder da igreja e da nobreza. A idéia do trabalho enquanto resultante da produção humana é encontrada em Gênesis, capítulo três, como uma condenação a Adão e Eva por terem caído em tentação, desobedecido às ordens divinas. Com a Reforma Protestante, um novo valor foi agregado ao trabalho e ao seu papel na vida das pessoas, sendo “visto como a libertação do ócio, do pecado, da mente vazia; tendo assim a função pedagógica de aumentar o valor do homem, ao ser criada uma nova ética em que o produto do trabalho passa a ser visto então como recompensa” (LIMA, 2001, p. 73). Assim, é introduzida a lógica do trabalho como vocação, o que é sustentado por uma ideologia capitalista que objetivava o aumento da produção e o lucro.

Na definição de Marx,

O processo de trabalho é uma atividade orientada a um fim útil para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal entre homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana (MARX, 1996, p.303).

O trabalho passa a ser apreendido enquanto constitutivo do humano, no sentido de que o homem, com o seu trabalho e os meios e instrumentos que utiliza, age sobre a natureza a modificando ao mesmo tempo em que modifica a si próprio.

Teria uma função essencial de ressignificar a “forma de agir e pensar no mundo” (MERHY; FRANCO, 2006, p. 277).

O processo de trabalho, como qualquer método, técnica ou procedimento que usualmente serve de meio a um fim útil, constitui o campo da micropolítica e deve ser compreendido como um cenário de disputas de forças que emergem das relações entre os sujeitos, que são essencialmente desejantes (MERHY, 2007). Representa também um processo técnico, social e econômico, constituindo-se nos instrumentos de trabalho, no resultado das relações de classe e no desenvolvimento científico-tecnológico, uma vez que o modo de produção dos processos de trabalho não depende apenas da tecnologia, mas é basicamente o produto histórico das relações sociais dominantes nessas sociedades (COHN; MARSIGLIA, 1993). De acordo com Merhy (2007), este espaço da micropolítica do processo de trabalho não comporta a idéia de “impotência”, já que sempre está aberto às dinâmicas do trabalho vivo que trazem consigo ganhos de autonomia, inventividade e criatividade por parte do trabalhador, que é antes de tudo desejante de produzir algo, de produzir o novo.

Marx (apud BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001, p.15) aponta o trabalho como sendo “uma atividade humana exercida para produzir e reproduzir a vida, considerando as condições materiais e concretas de que dispomos para isso”. Segundo esta idéia, o trabalho “para além de prover a sobrevivência material de homens e mulheres, é vivido como um ideal, uma possibilidade de ascensão, de reconhecimento e de pertencimento a um grupo social”. O autor pensa o trabalho como uma forma que pertence exclusivamente ao homem, exemplificando através da significação do trabalho da abelha em comparação ao do arquiteto, enfatizando que apesar da abelha exercer um trabalho arquitetônico invejável na construção dos

favos e de suas colméias, ela o faz através de um código pré-determinado, o que inevitavelmente, gera sempre o mesmo produto, “a colméia com suas favas, formadas pelos desenhos e com os mesmos tamanhos e, como regra geral, produzida com os mesmos materiais”. Ao contrário, o arquiteto constrói antes os “favos” em sua cabeça, pensando previamente no produto que se realizará e que já foi construído mentalmente, o que determina uma atuação com base em um “recorte interessado” do mundo, sendo o homem uma resultante viva do trabalho em sua potência (MERHY, 2007, p. 81).

Cohn e Marsiglia (1993) afirmam que o advento do capitalismo transformou, sobretudo, a relação do homem com a natureza e dos homens entre si, o que gerou uma apropriação privada dos meios de produção por uma parte da sociedade e, a exploração do trabalho de segmentos significativos da população. A acumulação do capital, como uma resultante deste processo, demandou um controle do processo de trabalho através da divisão das tarefas e separação daquelas de concepção das de execução do trabalho, desapropriando o trabalhador do ser saber-fazer e; um incremento da produtividade do trabalho, através do desenvolvimento dos instrumentos de trabalho.

Merhy (2007, p. 82) ao falar do “mundo humano do trabalho”, utiliza como exemplo o trabalho do artesão marceneiro e as suas ferramentas ou instrumentos de trabalho. Para isso, vai buscar na teoria marxista a idéia de trabalho vivo e trabalho morto, no sentido de que o trabalho morto seria resultado de um trabalho anterior, representado pelos produtos meio envolvidos, sejam eles a matéria-prima ou as ferramentas; no caso do artesão o martelo e a madeira. O trabalho vivo seria aquele realizado em ato, trabalho criador, inventivo, que está em ação. Ressalta, neste contexto, os processos de captura pelo qual o trabalho vivo pode sofrer pela lógica

instituída do trabalho morto, o que gera uma “cristalização deste trabalho vivo”. Taylor reconhecia que nesta captura do trabalho vivo, os trabalhadores abriam “linhas de fuga” na produção, ou seja, admitia a descaptura do trabalho vivo e buscava métodos de gerenciamento que impedissem o trabalhador de exercerem sua autonomia e liberdade (MERHY, 2002).

O trabalho em si seria visto como um produtor de valores de uso ou de troca. Na concepção de Marx (1982, p. 26), o objeto final do trabalho seria um objeto externo que satisfaz necessidades, sejam elas do trabalhador ou do consumidor. O valor de uso é representado pela utilidade, finalidade. O valor de troca aparece como uma relação quantitativa pela qual os valores de uso de uma mercadoria se trocam pelos valores de uso de outra. O produto final do trabalho, então, com um valor de uso e de troca representa o esforço humano, “um trabalho humano se acha aí acumulado”. Neste sentido, “nada pode ter valor sem ser objeto de uso, se é inútil, o trabalho contido é igualmente inútil, não conta como trabalho e não gera absolutamente nenhum valor”.

Transpondo a discussão dos valores para o campo da saúde, Campos (apud MERHY, 2007) ressalta que o usuário busca um serviço com o intuito de consumir algo, que neste caso são as ações de saúde, que alberga um valor de uso que para ele é fundamental à medida que permite que haja um restabelecimento ou manutenção da saúde. Ao mesmo tempo, nesta relação, o produto final também detém um valor de troca se considerarmos que aí se estabelece uma construção mútua de afetos, reciprocidade e reconhecimento, tendo efeitos concretos e válidos tanto para o trabalhador quanto para o usuário.

Segundo Pires (apud BRITO, 2005), o trabalho em saúde é:

Um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (BRITO, 2005, p.85).

É um trabalho que opera em ato, no qual simultaneamente o produto é construído e consumido, estabelecendo-se por meio de “relações intercessoras”. Assim o trabalho em saúde é essencialmente relacional, se constitui no encontro entre o trabalhador e o usuário no espaço da micropolítica, espaço de disputas, desejos, intencionalidades, pactuações e agenciamentos. O que opera são as “relações de intercessão partilhada”, nas quais o usuário constitui parte do processo, um agente do cuidado (MERHY, 2002). Segundo Matus (apud MERHY, 2007), este trabalho vivo que opera em ato é “governado” pelos diferentes atores sociais, sejam eles trabalhadores ou usuários, onde cada um com suas ferramentas de ação é gestor do cotidiano do trabalho que se faz em ato. Assim, Merhy assinala que o trabalho vivo em ato mantém sempre uma vinculação com a análise das práticas dos sujeitos “em (da)” ação e o conjunto de ferramentas que ajudam a pensar esta prática.

Sob este prisma, o trabalho que emerge no campo da saúde, não pode ser comparado ao trabalho que se processa na indústria, já que o primeiro não se realiza sobre coisas ou objetos; ao contrário, processa-se sobre pessoas através de uma base de inter-relação em que o consumidor contribui no processo, e é parte dele, construindo o espaço da micropolítica do trabalho em saúde. Assim, o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de

relação, de encontros e de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade (MERHY, 2002).

A partir do entendimento das tecnologias utilizadas na produção dos serviços de saúde enquanto “saber operante”, Merhy esclarece que a tecnologia não se resume às máquinas e equipamentos, mas refere-se também aos saberes constituídos para produzir produtos e para organizar os processos produtivos, bem como à dimensão inter-humana. Classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, como: “leves (tecnologias de relações-acolhimento, vínculo e autonomização), leve duras (saberes estruturados) e duras (equipamentos tecnológicos-máquinas, normas e estruturas organizacionais)”. Na produção do cuidar no cotidiano das instituições, devem coexistir de forma equilibrada essas três tecnologias, sendo que as leves devem ocupar lugar central já que são produtoras da intercessão partilhada que permite o encontro trabalhador/usuário no atendimento das distintas necessidades de saúde que são, sobretudo, socialmente construídas (MERHY, apud GONSALVES, 2005, p. 83).

Há um encontro do agente produtor com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos) e com o usuário que se constitui também em um agente com suas intencionalidades e representações (MERHY, 2003). O autor coloca, ainda, que o novo modelo assistencial que tanto é almejado pode ser entendido a partir das diretrizes do acolhimento, vínculo e responsabilização no que diz respeito à produção do cuidado e autonomização, que significa ter como resultado esperado da produção do cuidado, “ganhos de autonomia do usuário”, que é o elemento “chave” de todo o processo. Assim, o encontro entre o agente produtor e o agente consumidor promove uma interação contínua de intencionalidades, conhecimentos e

representações, configurando um “estado” de interseção partilhada, operando relações de encontro de subjetividades.

O espaço de interseção partilhada, descrito por Merhy, constitui o lugar que evidencia as forças instituintes, como necessidades, e o modo como, socialmente, o processo instituído captura ou anula essas forças distintas. No âmbito da saúde, o espaço de interseção será sempre compartilhado pelos agentes em ato, que são geradores de ruídos no seu interior. Assim, este se formará como espaço de vozes, escutas, silêncios e o lugar de encontro entre dois instituintes: usuário e trabalhador da saúde, que querem falar e ser ouvidos conforme suas necessidades (MERHY, 2004; LIMA, 2001).

Nesta perspectiva, Peduzzi aponta que “o trabalho em saúde configura-se como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo imprescindível ao conjunto da sociedade”. Como trabalho reflexivo ele é dotado de incertezas, não podendo, portanto, ser totalmente definido a priori e nem se submeter a critérios inflexíveis de produção (PEDUZZI, 1998, p. 83). Defende ainda a posição de que é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade de realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde.

Merhy (2003) afirma que a organização do trabalho em equipes multiprofissionais justifica-se em dois sentidos: o de quebrar a rotina comum de divisão do trabalho em saúde de acordo com recortes verticais e; o de responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas bem delimitados e ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria através da criação de vínculo de cada equipe a um determinado número de usuários. Franco (2006) refere

que “estabelecer relações é um saber intrínseco à atividade laboral” no sentido de que não existe uma “auto-suficiência no trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade que seja satisfatória”, o que requer uma constituição do cuidado em rede, que permite o compartilhamento de diferentes núcleos de saberes e das potências singulares ao alcance de um produto final que é fruto dos encontros que se dão no cotidiano dos serviços: o cuidado.

Outra questão central, segundo Merhy e Franco (apud CREVELIM, 2005), é o fato de que enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um "campo de produção do cuidado" que é comum à maioria dos trabalhadores, não pode dizer que há trabalho em equipe. O aprisionamento de cada um em seu "núcleo específico" de saberes e práticas, aprisiona o processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto dependente. Ao contrário, o "campo de competência" ou "campo do cuidado", além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado. Assim, torna-se necessário a produção de novos coletivos de trabalhadores comprometidos ético-politicamente com a radical defesa da vida individual e coletiva.

Franco (2006, p. 1) confirma que a hegemonia do trabalho vivo no campo da micropolítica, revela “um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva”. Refere que o trabalho em saúde é, eminentemente, um trabalho que se produz em redes, conexões, fluxos e que se assemelha a um Rizoma, conceito da Botânica apropriado por Deleuze e Guattari,

que representa os sistemas abertos de conexão que transitam por espaços sociais através de agenciamentos diversos. Assim,

O trabalho vivo, como um dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como um desenho de um mapa aberto, com múltiplas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade (FRANCO, 2006, p. 2).

Estas redes constitutivas do trabalho vivo em ato, que operam através das conexões que estabelecem entre si, constroem as linhas de produção do cuidado que se exteriorizam em múltiplas direções (FRANCO, 2006). Considerando que o cuidado constitui a essência final de todos os atos em saúde e que se produz em redes, Teixeira (apud BARROS, 2008, p. 284) afirma que em todas as ações de cuidado sempre estão presentes negociações e pactuações entre as “prescrições das ações e as normas dos sujeitos singulares, que são a todo tempo redefinidas”. Propõe pensar o cuidado a partir de uma idéia de Clínica que se constrói com base em uma reestruturação radical na racionalidade biomédica hegemônica. Trata-se de uma Clínica fundamentada na relação de reconhecimento com o outro, que não é transformado em objeto, mas que se posiciona enquanto um ator que governa o cuidado produzido, no esforço de superação da “cisão eu-outro”. Barros (2008) busca relacionar uma idéia de indivíduo enquanto ação, processo, produto, que é detentor de uma subjetividade que o faz singular no campo de produção do cuidado. Alerta, ainda, com base em um texto de Baptista (1999), que precisamos saber identificar “quem são os amoladores de faca?”. Baptista nos diz que estes amoladores, muitas vezes, são invisíveis no dia-a-dia e que coexistem conosco no cotidiano. Têm uma ação de complacência, microscópica e de cuidado, defendendo um humanismo que tem uma imagem de homem fraco, apático, sem força, inoperante, perplexo e que necessita de permanente tutela. Eles “amolam a faca e

enfraquecem a vítima”, negando o seu protagonismo na construção do cuidado, tirando da vida a experiência de experimentação e de criação coletiva. Estes amoladores de faca destituem os indivíduos do seu saber-poder, retirando do viver o seu caráter de luta política e de afirmação de modos singulares de existir.

Barros (2008, p. 285) afirma que o ato de cuidar exige uma abertura contínua ao exercício da alteridade, da construção coletiva, portanto, “como obra-processo, sempre aberta a novas composições onde a plasticidade da vida se torna aliada da invenção de novos modos de existência”. Conclui com a constatação de que “não é possível pensar mudanças dos modos de cuidar, se não operarmos uma radical torção nos modos como trabalhamos em saúde, se não recusamos o lugar de amoladores de faca” (p. 291).

O processo de trabalho centrado no profissional, preso às competências específicas de cada um deles e restrito a produção de procedimentos, praticamente elimina a dimensão cuidadora. O desafio da mudança do modelo é produzir atos cuidadores comprometidos com os resultados, cura, promoção e proteção. Quanto maior a caixa de ferramentas que os trabalhadores utilizam para a conformação do cuidado, maior será a compreensão dos problemas de saúde e seu enfrentamento de modo adequado (MERHY, 2004; LIMA, 2001). Assim, as reflexões de Merhy e Lima apontam para a constatação de que a reorganização dos processos de trabalho constitui uma questão fundamental para a mudança do modelo assistencial. Para se alcançar esse objetivo é imprescindível que aconteça uma inversão das tecnologias utilizadas na produção do cuidado, com predominância das tecnologias leves promotoras de espaços de interseção entre usuário e trabalhador, com a atenção sempre direcionada ao usuário enquanto agente e ponto central do processo.

É necessário que os trabalhadores de saúde se coloquem como fazedores de atos de saúde e se apresentem como tal para negociar o novo modelo proposto, para serem reconhecidos pelos outros indivíduos no jogo em situação e assim, alcançar legitimidade para atuar e contratualizar (MERHY, 2003; LIMA, 2001).

Merhy (2003) ressalta que o trabalho em saúde está sempre vinculado a uma fase humanitária que deve ser incorporada às tecnologias leves, formadoras de relações e intercessões. O mesmo autor, ainda, é quem nos interroga sobre o significado do trabalho em saúde, a partir do qual, será possível compreender toda a dinâmica inerente às atividades desenvolvidas no contexto da Atenção Primária à Saúde. Neste sentido, é importante que cada profissional apreenda e entenda os atos que desenvolve no cotidiano, a fim de instituir uma política de ação condizente com aquela realidade vivenciada.

No entender de Campos,

Um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores. Ou seja, haveria que se inventar modos de gerenciar que nem castrassem a iniciativa dos trabalhadores nem deixassem as instituições totalmente à mercê das diversas corporações profissionais. Autonomia pressupõe liberdade, mas, para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas de outros (CAMPOS, 2002, p. 232).

O que propomos é a busca de ganhos de autonomia por parte do trabalhador, considerando que ele é um ator ativo no campo da produção do cuidado e que no encontro com o usuário é capaz de disparar processos de mudança e reconhecimento mútuos, no sentido de que todo trabalhador de saúde é um agente do cuidado e de que todo usuário constitui um protagonista deste processo, à medida que traz uma determinada necessidade de saúde que, para nós trabalhadores, representa um direito a ser legitimado.

2.3 A RELAÇÃO HOMEM-TRABALHO COMO FERRAMENTA CONCEITUAL PARA A ANÁLISE DO TRABALHO EM SAÚDE

È notório que qualquer trabalho, em si, nunca é neutro ou asséptico, ele sempre exerce influência sobre o trabalhador e sobre o cenário do trabalho, produzindo instâncias geradoras de satisfação ou insatisfação, através da inserção do homem em um campo relacional, de trocas, de desenvolvimento de subjetividades “sadias, de reconhecimento e valorização social” (DEJOURS, 1992). Segundo a ótica do autor, a constatação da centralidade do trabalho sugere que ele desempenha um papel essencial de formação do espaço público, “pois trabalhar não é tão só produzir: trabalhar é ainda viver junto” (DEJOURS apud LANCMAN et al., 2008, p. 20). O trabalho seria o *locus* principal em que se realiza o aprendizado da democracia e da arte de conviver e estabelecer relações, e seria conceituado como uma atividade coordenada pelos indivíduos para confrontar-se com o que não poderia ser realizado pela simples execução prescrita de uma tarefa, o que requer um trabalhador inventivo, liberto e capaz de disparar processos de auto-análise, na produção de um conhecimento acerca de si, e de autogestão na retomada do seu saber-fazer singular em situação de trabalho no espaço molecular (BAREMBLITT, 1996).

O sentido de trabalhadores livres se refere à abertura necessária que o trabalhador encontra no bojo da organização do trabalho para que ele consiga se apoderar de seu processo produtivo, ou seja, para que a sua subjetividade seja constitutiva de um desejo que o motiva a realizar algo no âmbito do não prescrito. Rolnik (2006, p. 96) nos alerta que este conceito de liberdade é distinto daquele de “trabalhadores soltos” que mais do que livres, estão completamente perdidos, o que

implica uma “serfíssima crise de subjetividade”. O trabalhador é destituído de suas ferramentas laborais em nome de uma lógica de produção que não condiz com a realidade do trabalho, sendo mais um personagem social do que um agente ativo da atividade que executa.

O trabalhador, então, é um personagem social do campo da micropolítica, que segundo Rolnik (2006, p.11) envolve processos de subjetivação relacionados às esferas política, social e cultural, através dos quais se configuram os “contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva”.

Na concepção da autora o espaço “micro” constitui o componente político no qual não existem unidades e sim intensidades, imersas em um plano de afetos não subjetivados, determinados pelos agenciamentos que o corpo faz em sua relação imanente com o mundo. No espaço da micropolítica, espaço de multiplicidade se inscrevem relações permeadas pelo poder, mais precisamente pelos micro-poderes produzidos na confluência entre os corpos, o que desmistifica a idéia de um corpo social construído por unidades. Foucault (1993) afirma que o poder não pode ser capturado apenas no sentido de ideologia e que sua natureza final é ser constituído onde sua intenção está totalmente investida, ou seja, no interior das práticas reais e efetivas e na relação direta com seu campo de aplicação. Na realidade, o poder é um emaranhado de relações inscritas em uma estrutura quase que piramidal e mais ou menos coordenada. É caracterizado como um sistema aberto e forte, no sentido de que exerce efeitos, seja positivo ou não, no nível do desejo e do saber, o que remete ao fato de toda relação produzida no espaço micro ser inscrita por relações de poder e regimes de produção de verdades que determinam a natureza das relações entre os corpos que estão em permanente luta, delimitando certos territórios de embate.

Todo espaço micro é constitutivo de um espaço maior, o espaço macro, molar que para a Análise Institucional seria imanente ao molecular, estabelecendo uma relação mútua de pertencimento. A macropolítica permite a visibilidade, é o único campo captável a olho nu, tendo formas objetivas, enunciáveis e construídas pela unidade e totalidade. É o lugar da ordem, estabilidade, limites precisos, regularidade, reprodução e conservação. Baremlitt (1996, p. 45) sugere que “as grandes mudanças históricas, as macromudanças, são sempre resultados de pequenas mudanças e que os grandes poderes que vigoram na sociedade são apenas formas resultantes de pequenas potências que se chocam e conectam em espaços microscópicos”. O espaço micro, molecular, seria o lugar da produção, da eclosão do novo, do aleatório, do imprevisível, impensável, da emanção dos movimentos do desejo. É no espaço molecular, da micropolítica, que se inscrevem os micro-poderes e os movimentos instituintes do desejo e da subjetividade, compondo um plano de afetos que são inerentes à relação que se estabelece entre os corpos na interação com a instância indivíduo/trabalho, ou seja, analiticamente a micropolítica seria entendida como o “agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra” (FRANCO, 2006, p. 1). Estes movimentos instituintes na composição dos encontros que se produzem no “agir cotidiano dos sujeitos” são vistos enquanto processo, com um dinamismo que os permitem transformar as instituições, constituindo códigos e signos que ressignificam a relação entre o sujeito e o espaço de práticas no qual ele se situa (BAREMBLITT, 1996).

Os encontros que se produzem no espaço molecular são mediados por afetos e intensidades, no sentido de que cada corpo representa uma essência, um grau de potência que permite a este corpo afetar ou ser afetado. Espinosa (apud Deleuze, 2002) distingue dois tipos de afecção: as ações que derivam da essência do

indivíduo afetado, e as paixões que derivam do exterior. Para a Teoria das Afecções¹, quando encontramos um corpo exterior ao nosso e que nos convém, ou seja, que é capaz de aumentar a nossa potência para agir à medida que as relações se compõem, as paixões que nos afetam são de alegria, satisfação. Ao contrário, quando nosso corpo se encontra com um corpo que não convém ao nosso, sua potência se opõe a nossa, operando uma subtração ou anulação, sendo diminuída ou eliminada a nossa potência para agir, surgindo as paixões tristes; sentimos-nos impotentes já que as paixões tristes são sempre impotência.

A idéia de corpo na perspectiva de Espinosa não conceitua um corpo por seus órgãos ou funções, e “tampouco se define um corpo como uma substância ou um sujeito”, ele é definido pelos afetos de que é capaz. Assim,

Um corpo por menor que seja, sempre comporta uma infinidade de partículas: são as relações de repouso e de movimento, de velocidades e de lentidões entre partículas que definem um corpo, a individualidade de um corpo [...] é este poder de afetar e de ser afetado que também define um corpo na sua individualidade (DELEUZE, 2002, p. 128).

O corpo Espinosista não se refere somente a um ser humano ou substância material, mas pode ser posto como uma teoria, idéia, alma, corpo sonoro, corpo social, corpo de conhecimentos que se materializam em relações inscritas em planos de composição e decomposição. Então, o corpo seria definido por meio das relações que produz e estabelece, sobretudo através dos afetos de que é capaz de sentir e

¹ Ao nos determos na teoria das afecções é imprescindível que haja uma clareza quanto à idéia de afecção e afeto, no sentido de que as afecções são marcas ou imagens corporais, se referindo diretamente ao corpo, a um estado do corpo afetado e implica a presença do corpo afetante; sendo que o afeto é referente ao espírito, representa tanto para o corpo como para o espírito um aumento ou diminuição da potência de agir, mais precisamente a transição de um estado a outro (DELEUZE, 2002, p. 55 e 56).

emitir. Seria definido por longitude e latitude, que compõem sua cartografia. A primeira se refere ao “conjunto das relações de velocidade e de lentidão, de repouso e de movimento, entre partículas que o compõem [...] entre elementos não formados”. A latitude seria o conjunto dos afetos que compõem um corpo a cada instante, uma força anônima representada pelo poder de ser afetado. O corpo latitude e longitude está sempre em processo de recomposição, de produção e composição pelos indivíduos e coletividades (DELEUZE, 2002, p, 132). O corpo na dimensão latitude, das ondas e vibrações de afetos produzem campos magnéticos feitos de forças se atraindo em movimento e repouso, velocidade e lentidão, paradas e precipitações (ROLNIK, 2006).

Rolnik (2006, p. 32) nos alerta que compreender o espaço dos campos magnéticos, tidos também como planos de consistência, espaço do plano molecular no qual se inscrevem os micro-poderes e diferentes devir, requer o uso do olho vibrátil, aquele que é diferente do olho retina, limitado ao visível, biológico e passível de adoecer. O olho vibrátil é aquele capaz de transpor as fronteiras do visível sendo constitutivo de um corpo vibrátil, sem órgãos, que representa toda a capacidade de nossos sentidos em conjunto. No espaço micro da relação entre indivíduos e entre estes e a instância trabalho, reconhecemos que o olho retina não é capaz de por si só apreender as nuances de afetos, subjetividades, desejos e poderes que compõem as relações neste território, o que se faz através do olho vibrátil capaz de enxergar o “plano de consistência”, produzido pelos encontros e afetos, que projeta o campo de visão ao invisível e “sabe que tal composição é efeito de uma série de imperceptíveis processos de simulação”.

A imanência entre o olho retina e o olho vibrátil nos remonta à constatação de que apreender e compreender as relações que se constroem no âmbito do trabalho

requer mais do que uma simples observação, exige uma escuta voltada para quem executa o trabalho e um olhar policênico e profundo a fim de capturar a complexidade das relações estabelecidas. Segundo Dejours (apud LANCMAN et al., 2008, p. 35), “para apreender o trabalho em sua complexidade, é necessário entendê-lo e explicá-lo para além do que pode ser visível e mensurável”, sendo imprescindível que se considere a natureza das relações que ele propicia. Para que isso seja possível, é necessária a utilização de um “composto híbrido”, feito da união do olho retina molar com o olho vibrátil molecular, pois o que se busca apreender é o movimento que surge da tensão permanente e fecunda entre fluxo e representação, no sentido de que o fluxo de intensidades escapa do plano de organização de territórios, desorientando suas cartografias, desestabilizando suas representações e, “estacando” o fluxo, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido (ROLNIK, 2006, p. 67).

A subjetividade, inscrita na relação homem-trabalho no cenário molecular, sempre terá efeitos que são concretos e reais, mesmo que não-visíveis. Sobre este aspecto, Dejours (1994) apresenta algumas questões preliminares baseadas no fato de que o organismo do trabalhador não pode ser tido como um “motor humano”, já que representa objeto de excitações endógenas e exógenas; o trabalhador é detentor de uma história pessoal inscrita em desejos, aspirações, motivações e necessidades e; cada trabalhador dispõe de estratégias de defesas diferenciadas em função da sua história de vida. Baremlitt (1996, p. 50) nos traz a idéia da singularidade enquanto constitutiva de um ser único, baseado no fato de que o que “importa não é a produção de semelhanças ou de analogias entre os sujeitos, mas a produção de diferenças, a singularidade de cada sujeito produzido em cada lugar, a cada momento”. O mesmo autor refere que na geração do novo, de uma

subjetividade singular, instituinte, contingente, circunstancial e revolucionária, há um processo contínuo de “produção de subjetividade livre, não assujeitada, primigênica, produtiva, revolucionária, em que o desejo se realiza em conexões locais, micro e se efetua gerando o novo” (p. 51), não sendo mantedora do antigo.

Partimos do pressuposto de que toda subjetividade é inscrita em desejos e que a subjetividade na concepção de Deleuze (2000) e Guatarri (2005) é inerente à idéia de “outro”, indivíduo como processo e produto, um campo processual de forças moventes e formas que emergem dessas forças. Barros (2008) afirma que o humano é formado por um processo coletivo e em rede, dinâmico, inacabado. Quando reconhecemos esse “outro” enquanto processo, Dejours (apud LANCMAN et al., 2008, p. 253) assinala que engajado na situação de trabalho, o indivíduo choca-se com componentes do mundo objetivo e social por ser detentor de uma subjetividade inscrita em seu ser, expressa por expectativas e desejos/poder em relação à realização de si mesmo no campo das relações sociais de trabalho. Assim, o conceito de corpo de Espinosa é remetido aqui ao conceito de “outro”, sujeito epistêmico e implicado (MERHY, 2004) que vivencia uma situação real de trabalho e detém um arsenal de conhecimentos que constituem suas ferramentas de trabalho que são produzidas² e reproduzidas nos cenários de prática. Merhy (2001) afirma ainda a necessidade de procurar compreender os sujeitos como em ação, sendo construídos pelas práticas que o definem enquanto identidade, ao mesmo tempo em que ressignificam estas mesmas práticas em seus espaços de liberdade.

O desejo, enquanto instância do processo de produção de universos psicossociais apresenta um primeiro momento descrito por Rolnik (2006, p. 31)

² O termo produção é utilizado no sentido atribuído pelo Institucionalismo, como sendo “aquilo que se processa, tudo que existe, natural, técnica, subjetiva e socialmente. É a permanente geração, enquanto não se cristaliza; é o devir, é a metamorfose [...] chamaríamos de criação” (BAREMBLITT, 1996, p. 46).

como aquele onde há um encontro entre os corpos que detêm poder para afetar e serem afetados, gerando uma mesclagem de afetos que se exteriorizam por “máscaras”, tomando corpo em matérias de expressão. Assim, o trabalhador sempre opera em cenários de signos que são condicionados por desejos que constituem o motivador do trabalho e que produzem afetos e desafetos na arena de produção, que passa a compor o campo da micropolítica. Neste campo, a autora afirma que não existem unidades e sim intensidades, uma lista de afetos determinados pelos agenciamentos que são produzidos e, portanto, inseparáveis de suas relações com o mundo. O que perpetua é a multiplicidade comparada a um “rizoma”, através da constatação de que “nesse percurso nada mais é fixo, nada mais é origem, nada mais é centro, nada mais é periferia, nada mais é, definitivamente, coisa alguma” (p. 61).

O conceito de rizoma advindo da Botânica e incorporado ao discurso de Deleuze e Guattari é utilizado para vislumbrar os chamados sistemas abertos de conexão que se efetuam através de agenciamentos diversos, “produzindo novas formações relacionais sobre as quais se vai construindo o *socius*, o meio social onde cada um está inserido” (FRANCO, 2006, p. 1). Segundo Rolnik (2006, p. 61), o que aparece é uma “multiplicidade substantiva, devires imprevisíveis e incontroláveis [...] o que vai constituindo o plano imanente ao diagrama que o rizoma, em seu nomadismo, corporifica”. O que permanece é a idéia de “plano” enquanto instância variável, em contínuo processo de mudança, “sempre remanejado e recomposto pelos indivíduos e pelas coletividades”.

Retomando o conceito de desejo enquanto dispositivo³, Baremlitt (1996, p. 49) o traz para o plano do inconsciente, são as “forças inconscientes” como é considerado pela psicanálise. No entanto, o desejo da psicanálise é sempre aprisionado ao complexo de Édipo, um desejo que perdura na vida familiar, nas fantasias incestuosas do inconsciente infantil e que se projeta para a vida social com a mesma intensidade e natureza. Teríamos então um desejo restitutivo, de preenchimento, vago, desprovido de poder. Ao contrário, o desejo para o Institucionalismo é imanente à produção, busca criar o novo, conexões, força de invenção. É constitutivo do ser trabalhador e representa um motivador para a atividade, no sentido de que “o pior das amarras normativas é a anulação do desejo” (FRANCO, 2006, p. 4). Foucault procurou relacionar o desejo sempre à instância do poder, de forma que o próprio desejo é também poder, se estrutura a partir dele, o que explica a potência criadora e inovadora do ser desejante, aquele que deseja e que estabelece relações de afeto em nome deste mesmo desejo.

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, o desejo é baseado na idéia freudiana de um conjunto de,

“Signos das primeiras experiências de satisfação da infância, ele reenvia a um passado e a uma história individual. O desejo se inscreve em primeiro lugar no passado e naquilo que não é atual; em segundo lugar no fictício, no ilusório e no fantasmático; em terceiro lugar no individual e no subjetivo” (DEJOURS, 1994, p. 36).

O objeto do desejo não seria algo real. Nesta proposição, o comportamento é entendido como algo de ínfima importância, sendo considerado um “instrumento acessório” da relação desejo-prazer. A concepção de desejo de Dejours é similar à da psicanálise, e encontra divergência na vertente institucionalista e nas teses da

³ O dispositivo é sinônimo de agenciamento, estando sempre a “serviço da produção, do desejo, da vida, do novo”. É capaz de gerar acontecimentos revolucionários e transformações, produzindo as linhas de fuga do desejo, da produção e da liberdade. Seria algo capaz de disparar processos de mudança (BAREMLITT, 1996, p. 74).

esquizoanálise, que têm como objeto de estudo as “linhas de fuga, linhas esquizo por onde se desmancham os territórios” (ROLNIK, 2006, p. 71).

Deleuze e Guatarri (apud BAREMBLIT, 1996) propõem uma idéia de desejo não apenas no sentido de uma força que impulsiona o psiquismo, mas sim uma força produtiva e criativa promotora de encontros, estando atrelada a outras forças animadoras do social, histórico, do natural. Teria, essencialmente, um caráter produtivo-revolucionário e não restitutivo. Afirmam, ainda, que na Esquizoanálise o desejo é introduzido no campo da produção e a produção no campo do desejo. “Trata-se de aprender a pensar um desejo essencialmente produtivo e uma produção, dita no sentido amplo, que não pode ser senão desejante” (p. 58).

O estudo da relação entre o componente psíquico e a organização do trabalho foi inovado com as publicações de Christophe Dejours que se apropria do conceito de Psicodinâmica do Trabalho em substituição ao de Psicopatologia do Trabalho privilegiando, assim o estudo da normalidade, sobre o da patologia, buscando compreender como os trabalhadores mantêm certo equilíbrio psíquico, mesmo estando submetidos a condições de trabalho desestruturantes (JACQUES et al; 2002). Assim, o sofrimento surge em decorrência de um bloqueio entre o trabalhador e a própria organização do trabalho, aqui entendida como uma relação social que passa por negociações e compromissos.

O bloqueio da relação indivíduo e organização do trabalho, que se expressa na dicotomia entre o trabalho prescrito, tido como tarefa, e o trabalho real, atividade, aprisiona o ser trabalhador que é, sobretudo, um ser desejante que busca a todo o momento se adaptar à situação de trabalho que pode ser aprisionadora ou libertária. O que ocorre é uma “fragilização em espiral ascendente”, na qual quanto maior a desorientação, maior será a vulnerabilidade que é capturada pelas centrais de

distribuição de sentidos e valores que buscam legitimar supostos saberes e fazeres. Surge a perda da sensibilidade do corpo vibrátil, enfraquecendo a potência de criação do desejo, amortecendo a autonomia através do “amortecimento do gesto criador” (ROLNIK, 2006, p. 101).

Conceitualmente, o campo da Psicodinâmica do Trabalho é definido por Dejours (apud JACQUES, 2002) como aquele relativo ao sofrimento, ao conteúdo e significação, situando sua investigação no campo do infrapatológico ou do pré-patológico. Assim, o sofrimento é tido como um espaço clínico intermediário que marca a evolução de um conflito entre o funcionamento psíquico e o mecanismo de defesa de um lado, e pelas pressões organizacionais desestabilizantes do outro. Este campo de estudo pode ser definido como:

A análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. Dinâmico significa que a investigação toma como centro de gravidade os conflitos que surgem do encontro entre um sujeito, portador de uma história singular, preexistente a este encontro e uma situação de trabalho cujas características são, em grande parte, fixadas independentemente da vontade do sujeito (DEJOURS, 1994, p. 120).

O trabalho é considerado como um mediador entre o inconsciente e o campo social, sendo compreendido como um “continuum” que se estende para além de um espaço restrito e que influencia outras esferas da vida. A identidade do indivíduo passa a ser construída nas relações que se processam no trabalho que são geradoras de prazer e/ou desprazer, através de momentos de reconhecimento. Quando o reconhecimento é ausente, há a promoção de impactos que se expressam na vida cotidiana desse trabalhador. Desta forma, o trabalho pode se constituir em espaço de desenvolvimento identitário e/ou fator de desgaste/sofrimento do sujeito. A instância do prazer se compõe através de processos de reconhecimento e retribuição em uma escala de natureza simbólica. O

trabalho gera prazer quando é passível de reconhecimento, tanto por parte do trabalhador que experiencia a sua contribuição individual, quanto por parte dos demais trabalhadores que compõem este cenário de práticas, em um sentido plural de capilaridade e pertencimento mútuo ao processo coletivo de produção (DEJOURS, 2006).

De acordo com Brant e Gomez (acesso em 14 agosto 2008), o sofrimento se constitui em algo da esfera subjetiva que se diferencia de acordo com as vivências e modos de andar a vida de cada sujeito. Depende da significação que assume no tempo e no espaço, bem como no corpo que ele toca produzindo algo “além do princípio do prazer”. Assim, “as fronteiras entre sofrimento, não-sofrimento e sofrimento-prazer são imprecisas, e se superpõem em camadas indiscerníveis, muitas vezes inefáveis”. No sofrimento, o corpo é destituído de poder, torna-se uma aptidão, ocorre uma inversão de energia e de potências, o que torna a relação de sujeição estrita. “É a força ativa tendendo a converter-se em força reativa de conservação”, perde-se a autonomia do ser trabalhador, os indivíduos são tomados por um “processo galopante de desterritorialização” (ROLNIK, 2006, p. 107).

Fazendo uma analogia da idéia de nômade, Merhy (informação verbal) afirma que no nômade o território a percorrer está dentro dele mesmo, a sua subjetividade vai delineando as dimensões deste território existencial que pode tanto estar dentro do indivíduo e fazer parte do seu ser e/ou ser um espaço de inserção simbólica no qual se configuram os encontros enquanto processo e produto. Na conformação do sofrimento, o trabalhador, nômade, que percorre diferentes territórios existenciais depara-se com a desterritorialização de saberes, fazeres, afetos e intensidades. Ele é destituído do protagonismo sobre o seu processo de trabalho, já que está à mercê de acontecimentos que o aprisionam e que o impõem a um trabalho cárcere,

opressor, que é capaz de amarrar por completa a liberdade expressa na subjetividade do trabalhador, mascarando a produção do desejo operante e não o anulando, uma vez que o desejo é constitutivo do ser indivíduo e representa o poder enquanto esfera da produção.

Dejours (1996) apresenta novas formas de lidar com o sofrimento no trabalho através do desenvolvimento de formações coletivas, criativas e inovadoras, contra o sufocamento da liberdade. É o que o autor denomina de mobilização subjetiva, baseadas na criatividade, viabilizada pela abertura de espaços públicos de discussão coletiva. O que o autor reconhece é que a própria desterritorialização do mundo do trabalho advinda de uma reestruturação produtiva traz consigo um reaquecimento do desejo do trabalhador, que cria mecanismos, estratégias de defesa individuais ou coletivas que o mantém em cenários de paixões alegres ou tristes. Rolnik (2006, p. 89) acrescenta que com a intensificação da desterritorialização surge um aquecimento do desejo e as pessoas ficam mais expostas a encontros aleatórios, a afetar e serem afetados em direções diversas e com diferentes intensidades, o que se materializa em uma imensa potencialidade processual.

Merhy (2002) propõe que o trabalho vivo, que se constrói no âmbito do trabalho real tido como atividade e que envolve criação e liberdade, constitua-se em práticas criadoras que se efetivem no espaço intercessor, constituindo-se em ações como acolhimento, vínculo e resolutividade, denominando-as de tecnologias leves, que devem estar cada vez mais se expandindo em detrimento da grande e média expansão já efetivada, respectivamente das tecnologias duras e leve duras.

Para Dejours (1996, p. 170) isso se traduz em abertura de espaços de criatividade. Afirma que “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”. O processo de pertencimento e identificação com o trabalho depende fundamentalmente das relações que são estabelecidas no cotidiano, de forma que os sujeitos são constituídos a partir do “olhar do outro”; reconhecemos-nos na relação com o outro com base nas diferenças e semelhanças; a identidade individual ou social é produzida nas relações intersubjetivas por meio de trocas de afetos e; o indivíduo constitui sua singularidade em meio às diferenças (DEJOURS, 2008).

Um dos contrastes da teoria da Psicodinâmica consiste, fundamentalmente, na idéia de indivíduo desistoricizado, no sentido de que a metodologia da entrevista individual é criticada por evidenciar aspectos da vida pessoal do sujeito, como a história familiar, que são vistos como pouco significativos já que “esta metodologia leva a não conceder valor significativo à situação material, social e profissional do sujeito [...]” (DEJOURS, 1994, p. 124). A preocupação essencial de Dejours foi estudar o coletivo de trabalhadores por considerar que na vivência coletiva as dinâmicas do trabalho são compartilhadas emergindo para o plano do visível. O que determina a análise do trabalho, nesta corrente, é o plano do visível, aquilo que o olho retina pode apreender como o sentido do finito, do limitado, unidimensional. Buscou-se a profundidade de uma teoria fundamentada em um sujeito desejante de perdas, de restituições, destituído de algo ainda enigmático e detentor de uma subjetividade capitalística⁴ e endurecida pelas amarras da organização centralizada do trabalho. O que Dejours não considerou foi a constatação de que o olho retina não seria capaz plenamente de se apropriar da dinâmica real inscrita nas relações

⁴ Trata-se de uma subjetividade inscrita na lógica capitalista, submetida ao capital, que conforma subjetividades sujeitadas e que representa “sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 27).

de trabalho, o que inevitavelmente não estaria no plano do visível, captável a olho nu.

Brant e Gomez (acesso 14 agosto 2008) ao repensarem a Psicodinâmica do Trabalho, no sentido de discutir a transformação do sofrimento em adoecimento, ressaltam que ela mantém-se presa aos,

Modelos termodinâmico e biológico, herdados da psicanálise freudiana e da ergonomia. Fato que fica evidente quando Dejours desenvolve a abordagem econômica do funcionamento psíquico, a partir do modelo médico. Sob essa ótica, a manifestação do sofrimento é interpretada como resultado de um enfraquecimento das estratégias coletivas dos trabalhadores e não como uma consequência de situações relacionadas ao trabalho [...] mesmo empreendendo consideráveis esforços para fazer avançar no conhecimento da relação saúde-trabalho, a psicodinâmica dejouriana ainda encontra algumas dificuldades, principalmente quando utiliza, de forma vaga e imprecisa, conceitos como “equilíbrio psíquico”, “energia psíquica” e “normalidade”, para explicar o sofrimento. Assim, ao polarizá-lo em patológico e criativo, Dejours reproduz uma longa tradição que, do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho, transforma o sofrimento em adoecimento, fornecendo elementos teóricos que colaboram na construção da identidade do trabalhador doente.

É evidente que a Psicodinâmica traz heranças rígidas da Psicanálise através do enfoque organicista que é dado aos fenômenos do mundo do trabalho, apesar de Dejours ter se preocupado com o estudo da normalidade e não apenas o estudo das patologias advindas do trabalho. No entanto, o estudo do sofrimento e do prazer é pautado na relação entre o trabalhador e a organização do trabalho, o que confere à teoria um espaço de iniciação a um exercício do pensamento como produção de cartografias, com a busca, reconhecidamente incipiente, de uma ruptura com um exercício tradicional de pensamento que se mantém e é visto através da representação, da reprodução e da razão totalizadora. É o que vemos na redefinição do campo de estudo de Dejours, com a passagem de uma teoria da Psicopatologia do Trabalho para a Psicodinâmica do Trabalho, a partir da constatação de que o sofrimento nem sempre se converte em adoecimento.

A análise tem seu fundamento na psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho. Assim, as estratégias coletivas e individuais dos trabalhadores, ao contrário do que citam Brant e Gomes, são construídas quando os trabalhadores já estão em situações de constrangimentos organizacionais buscando exercer sua liberdade na busca de uma “saúde mental”, ou seja, a Psicodinâmica as posiciona na vivência do sofrimento, no momento em que o indivíduo o experiencia no trabalho, antes do adoecimento, não justificando o fato de a fragilidade destas estratégias ser a única causa para a experiência do sofrimento. Na verdade, não existe explicitamente uma ordem de causalidade, mas parece que estas estratégias são mais resultado de um ambiente de trabalho constrangedor e sofrido do que matriz para a construção do mesmo. As estratégias de defesa coletivas, por sua vez, contribuem para a coesão do coletivo de trabalho, a partir da constatação de que “trabalhar não é apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento” (DEJOURS, 2006, p. 103).

O sofrimento estaria estritamente vinculado ao bloqueio que o trabalho prescrito exerce sobre a inventividade do trabalhador, já que de acordo com Dejours (2008, p. 21) o “trabalho é a criação do novo, do inédito”, sendo que os ajustes necessários na organização do trabalho prescrito exigem iniciativa, inventividade, criatividade e “engenhosidade”. A idéia de normalidade trazida por Dejours (2006) com a Psicodinâmica é resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual e coletiva) contra o sofrimento no trabalho. Assim, a normalidade não representa a ausência de sofrimento, o que nos permite dizer que existe uma

espécie de normalidade “sofrente” provocada pelas dinâmicas de sofrimento no trabalho.

Um dos grandes méritos da corrente consiste na preocupação com os efeitos reais do sofrimento/prazer no cotidiano de trabalho dos indivíduos, reconhecendo que estes efeitos se estendem à vida “fora do trabalho”. Uma das inovações foi justamente pensar o sofrimento enquanto instância de conflito entre a autonomia do homem e seu saber-poder em relação às estruturas enrijecidas da organização do trabalho que criam uma lacuna entre um trabalho tido como real e outro tido como prescrito, o que traz no seu bojo as nuances de uma organização social do trabalho que teve suas bases estruturadas nas idéias do Taylorismo e do Fordismo, assim como do aprisionamento da vontade/liberdade do trabalhador em detrimento da vontade de outros, representada pela própria organização do trabalho.

Acreditamos que mesmo em situações de trabalho limitantes e sofridas, os indivíduos são desejantes e buscam a consumação de um trabalho real, trabalho vivo, que é responsável pela produção de uma identidade construída na relação de afeto com o outro. Assim a concepção de trabalho prescrito e trabalho real, que compõem o pilar de sustentação da teoria de Dejours, neste estudo dialogam com a teoria do trabalho morto e do trabalho vivo no campo da saúde. O trabalho morto, como sendo aquele referente à estrutura rígida da produção, centrado nas máquinas e equipamentos e nos saberes estruturados, seria expressão do trabalho prescrito, à medida que este representa a normalização do processo de trabalho, representada essencialmente pela organização do trabalho que constitui a imposição da vontade de outros sobre o agir cotidiano dos sujeitos. Ao contrário, o trabalho real que se produz na liberdade do trabalhador em ressignificar a sua atividade, seria a composição de um trabalho vivo, que no campo da saúde é aquele que se realiza

em ato, se produz no exato momento em que é consumido e se conforma na potência de agir do sujeito, um sujeito desejante que “deseja ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele, deseja como uma vontade de ‘potência de ser’, como uma máquina desejante” (MERHY, 2007, p. 88). Assim como o trabalho prescrito captura o trabalhador no espaço de intercessão com o trabalho real, o trabalho morto também exerce captura do trabalho vivo em ato de “tal modo que ele pode não conseguir exercer nenhuma ação de forma autônoma, ficando, assim, completamente amarrado pela lógica do trabalho morto” (p. 85), o que pode gerar uma “cristalização do trabalho vivo em morto”, o que se expressa em diminuição ou anulação da potência de agir do trabalhador que está à mercê de encontros que o decompõem.

Ao se deter na análise do trabalho em saúde, Merhy (2007) o refere como sendo constituído pelos encontros que se dão entre o trabalhador e o usuário criando um “espaço intercessor”, que também existe na relação trabalhador/trabalhador e trabalhador/organização do trabalho. Este espaço, aqui expresso como campo magnético (Rolnik, 2006), conforma forças desejantes e micro-poderes que se interrelacionam através de intencionalidades, subjetividades e agenciamentos que compõem os encontros que são, muitas vezes, conflituosos e que determinam a natureza das relações construídas no cotidiano de trabalho dos sujeitos.

Merhy (1997; 2002) propõe que todo processo de trabalho em saúde opera com base no “trabalho vivo em ato”, o que dá ao trabalhador uma grande liberdade de agir, e ao seu trabalho uma potência instituinte. Isto, agregado a uma intencionalidade centrada na ética do cuidado é capaz de operar mudanças no modo de produzir o cuidado em saúde, abrindo processos de reestruturação produtiva.

A idéia de reestruturação produtiva é atribuída por Franco e Merhy (1999) como as novidades que surgem no interior dos sistemas produtivos que são capazes de causar impacto na conformação dos processos de trabalho em saúde, sendo construídas com base nas modificações no agir cotidiano dos sujeitos em atividade. O que perdura é a constatação de que existe uma “intencionalidade indicando o *modus operandi* que é singular de cada um. E o modo de agir [...] tem como um importante dispositivo os processos de subjetivação que afetam os sujeitos” no sentido de que neste mesmo sujeito são impressos valores e condutas que são compartilhados pelos demais sujeitos que compõem o processo.

Quando Merhy (2007) nos fala da caixa de ferramentas que o trabalhador detém para a execução de sua atividade, revela que o comando do trabalho vivo sobre o trabalho morto se faz, sobretudo, por meio das ferramentas que o trabalhador tem em posse, de forma que:

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano, com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente (MERHY, 2007, p. 71).

Franco et al. (2006) afirma que há uma liberdade constitutiva do trabalho vivo em ato que está associada aos agenciamentos do desejo, sendo imanente à atividade de cada trabalhador, produzindo uma “dada realidade social” que se inscreve no mundo do trabalho. Assim, o trabalho vai conformando um determinado território existencial, no qual opera um “referencial ético-político” que os trabalhadores adotam como plano de consistência entre eles e a produção do cuidado.

Partindo da liberdade que constitui o trabalho vivo em ato, consideramos que a experiência do sofrimento no trabalho se constrói no exato momento da perda desta dimensão da liberdade do saber-fazer no cotidiano, que expõe o sujeito a encontros que vão se produzindo na multiplicidade das relações estabelecidas e que geram paixões de tristeza, encontros de decomposição, geradores de impotência. Ao contrário, quando esta mesma liberdade opera sobre as amarras de um trabalho morto, instituído, existe a perpetuação da inventividade e da criatividade de um ser trabalhador, desejante, potente, sujeito ação, produtor inato de composições através de relações permeadas por paixões alegres que conformam o campo do prazer no trabalho, que se dá, sobretudo, através dos processos de reconhecimento mútuo do pertencimento dos coletivos de sujeitos à realidade viva e dinâmica da instância trabalho.

2.4 A TEIA E A ARANHA: O AGIR COTIDIANO DE UM TRABALHADOR E SUAS TEIAS

Segundo Deleuze (1987, p. 4) a palavra signo diz respeito ao ato de aprender, de forma que os signos são objeto de um aprendizado que é temporal e não de um saber abstrato. Assim, aprender seria essencialmente o ato de considerar um objeto, um ser e uma matéria como se emitissem signos que teriam de ser decifrados, interpretados. O autor recorre ao exemplo do marceneiro e do médico, para dizer que o primeiro só é marceneiro quando reconhece os signos inscritos na madeira e, o segundo só é médico porque é capaz de identificar um sistema de signos

referentes às doenças. Desta forma, “a vocação é sempre uma predestinação com relação a signos”.

O que Deleuze sugere é que todos os componentes de um determinado contexto interpretativo, são constituídos e se conformam através de uma multiplicidade de signos que são singulares, únicos para cada matéria ou sujeito, de modo que “a unidade de todos os mundos está em que eles formam sistemas de signos emitidos por pessoas, objetos, matérias; não se descobre nenhuma verdade, não se aprende nada, se não por decifração e interpretação” (DELEUZE, 1987, p. 5). No entanto, esta pluralidade dos mundos consiste no fato de que os signos não são do mesmo tipo, não podem ser decifrados do mesmo modo e detêm significados diversos.

O fato de sermos sensíveis aos signos e considerarmos o mundo como algo a ser decifrado, constitui um dom que poderia ser oculto em nós caso não tivéssemos os encontros necessários. Assim, estes sistemas se produzem nas dinâmicas de afetos que emergem dos encontros intersubjetivos, os quais estão repletos de diferentes signos, significados e desejos que conformam os cenários de paixões e afetamentos descritos por Espinosa. O signo, por sua vez, seria a própria essência indivíduo que o potencializa para afetar e ser afetado em permanente construção e desconstrução.

Esta discussão da representatividade dos signos que emergem das relações entre os sujeitos, nos leva a pensar na figura da aranha. Mas por que uma aranha? Deleuze (1987, p. 182) utiliza a figura deste artrópode para exemplificar o que é um corpo sem órgãos. De acordo com o autor a aranha “nada vê, nada percebe, de nada se lembra. Acontece que em uma das extremidades de sua teia ela registra a mais leve vibração que se propaga até seu corpo em ondas de grande intensidade e

que a faz, de um salto, atingir o lugar exato”. Assim, a aranha enquanto um corpo sem órgãos, aquele descrito por Rolnik (2006) como a totalidade dos órgãos do sentido em conjunto, seria movida unicamente por signos que atravessam o seu corpo como uma onda e a torna capaz de saltar em busca da presa, sendo que “sem olhos, sem nariz, sem boca, a aranha responde unicamente aos signos e é atingida pelo menor deles”. Os signos, para a aranha, seria a sua própria essência, a essência do próprio existir que a impulsiona em múltiplas direções e entre múltiplos sentidos, sendo eles que disparam o ato de tecer com “cada fio se movimentando por este ou aquele signo”.

Mais do que um corpo sem órgãos, a aranha, para nós, constitui a instância figurativa de um trabalho arquitetônico invejável, no simples ato impulsivo do tecer a sua teia. Seria a própria essência de um trabalho que é similar ao que se dá no cotidiano dos atos em saúde, a partir da constatação de que um trabalhador da saúde, neste caso o ACS, estaria em permanente construção de sua teia, operando sempre em fluxos-conectivos que traçam uma cartografia no interior da micropolítica dos processos de trabalho em saúde (FRANCO, 2006).

Para o início desta análise, recorreremos às características biológicas deste ser aranha. Assim, partimos da constatação de que as teias de uma aranha são cinco vezes mais fortes do que o aço no mesmo diâmetro, podendo se esticar quatro vezes mais que seu comprimento inicial e resistindo a temperaturas muito baixas sem se romperem. Os fios de seda são produzidos por meio de glândulas localizadas no abdome, sendo que existem sete tipos destas glândulas que nunca ocorrem na mesma aranha. Os fios têm a finalidade de encapsulamento da presa, formação da moldura, raios e espirais da teia e formação dos casulos. Outro fato interessante é que muitas aranhas tecedeiras reciclam suas teias, as quais têm que

ser renovadas freqüentemente. Observando uma aranha em plena atividade de construção da teia, certamente percebemos que existe uma sabedoria intrínseca em sua técnica: na maneira como ela estende primeiro o grande eixo de sustentação da teia e, a partir daí, vai unindo esses fios de suporte e preenchendo os espaços vazios com fios radiais, rapidamente, dando origem a uma estrutura de impressionante geometria, além de grande resistência.

Compreendendo a teia de uma aranha e suas peculiaridades, buscamos os signos inerentes ao ato de tecer a teia e os transpomos ao trabalho do ACS. Neste sentido, o ACS na sua atividade cotidiana, que constitui um trabalho vivo em ato, é construtor de sua teia, uma teia que é singular para cada sujeito e que se caracteriza por sua tenacidade, resistência e elasticidade, de forma que se estende por diferentes territórios, “capturando” atores integrantes do processo e se reconstituindo de acordo com a dinâmica do cotidiano de trabalho. Esta teia é determinada, especialmente, pelos encontros e agenciamentos de que o ACS é capaz, na permanente construção de territórios existenciais que conformam campos magnéticos de produção de sentidos e de afetos (ROLNIK, 2006).

O que caracteriza esta teia é sua capacidade de se renovar, se movimentar e de construir novas conexões. Seria uma representação do Rizoma, à medida que se constitui em sistemas abertos que transitam por diferentes territórios e que mobilizam agentes na produção de um *socius*, um meio social que se constitui nas “linhas de contato entre os agentes sociais que são a fonte de produção da realidade” (FRANCO, 2006, p. 1).

Assim, o trabalho do ACS é atravessado por fluxos de intensidades que emergem dos signos provenientes da essência sujeito e daqueles provenientes do espaço molecular, que constitui o campo da micropolítica do trabalho, o que é

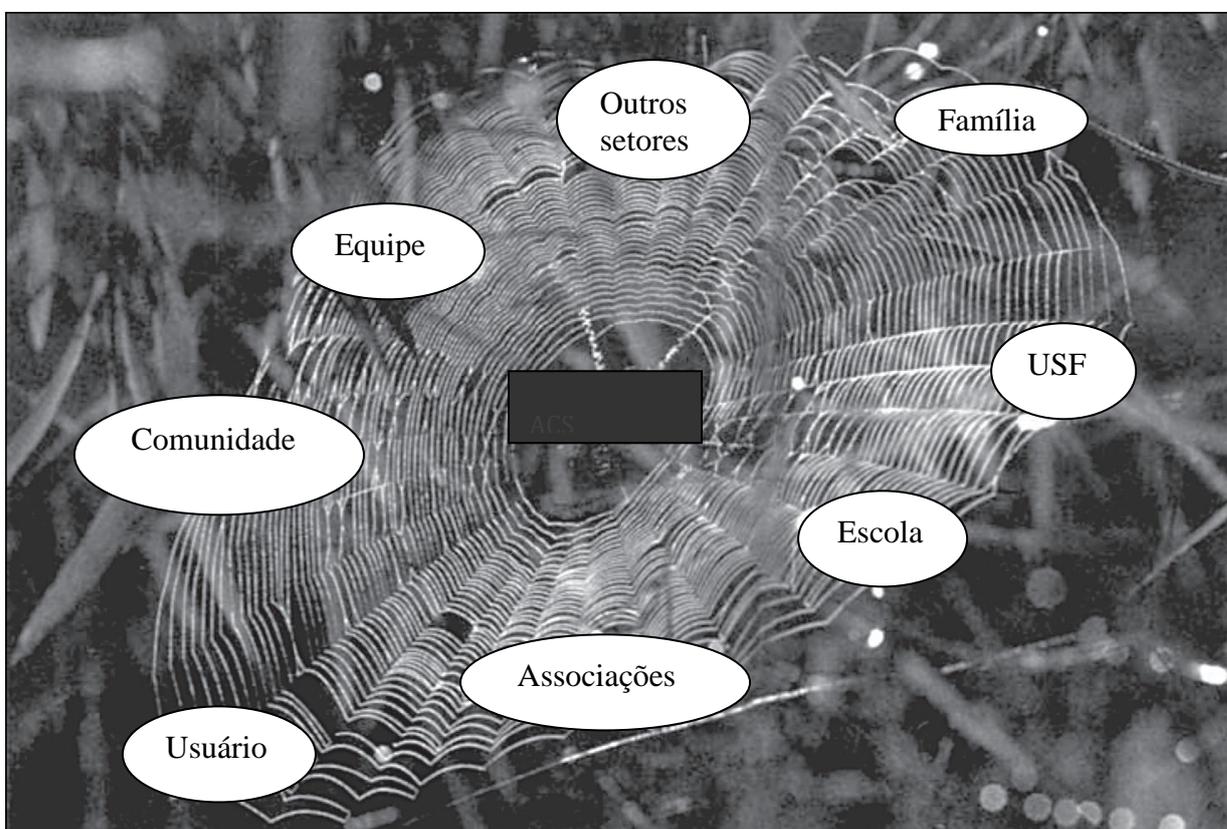
resultado de um processo que ressurgue dentro do ACS e que dispara uma produção de vida em si, uma autopoiese tida como uma “contínua produção de si mesmo, na qual o ser vivo se conserva e continua vivo na realização de sua história individual ontogênica” (MATURANA, 1998, p. 200). Mariotti (1999) ao significar a autopoiese, refere que *Poiesis* é um termo grego que significa produção e a autopoiese quer dizer autoprodução. A palavra surgiu pela primeira vez na literatura internacional em 1974, em um artigo publicado por Varela, Maturana e Uribe, para definir os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos. Esses sistemas são autopoieticos por definição, porque recompõem, de maneira incessante, os seus componentes desgastados. Pode-se concluir, portanto, que um sistema autopoietico é ao mesmo tempo produtor e produto e que se conformam em sentidos circulares, assumem uma circularidade produtiva.

Maturana (1998) ressalta que todos os seres estão imersos em um sistema autopoietico que é constituído como unidade, uma rede de produção de componentes que em suas interações gera a mesma rede que os produz, constituindo seus limites como parte dele em seu espaço de existência.

O ACS como um construtor inato de teias, as constrói exatamente na circularidade, na circularidade produtiva descrita por Maturana, que permite conexões em múltiplas direções. As intensidades advindas dos encontros que o agente faz operam no cerne do sistema de signos inscritos em um sistema autopoietico do qual ele faz parte, à medida que é capaz de disparar em si mesmo processos de produção de vida, de significados, de forma a exteriorizar a sua essência indivíduo, representada enquanto potência para agir. Assim, quando ele é capaz de se reconhecer enquanto essência potencial na produção de vida, também se permite experienciar novos encontros e afetos, ao mesmo tempo em que “captura

em sua teia” novos atores que são capazes de potencializar o sistema autopoietico que constitui os novos fios de seda, capazes de se propagar em novas direções e sentidos. Maturana (1998, p. 200) nos fala da própria imanência entre o sujeito e o seu círculo de relações, de forma que todo o ser se realiza de fato em uma história de interações, sendo os seres humanos, essencialmente, seres sociais já que “vivemos nosso ser cotidiano em contínuo relacionamento com o ser de outros”.

Os fios de seda que emergem a partir da autopoiese inscrita no ser trabalhador ACS conformam uma teia que se caracteriza pela diversidade, pela produção e amplitude se conformando geometricamente a partir de pontos de fixação que são os próprios encontros que surgem no cotidiano. Esquematicamente a teia de um ACS seria representada pelos encontros de que é capaz:



Estes encontros seriam, sobretudo, com os usuários, comunidades, demais profissionais da equipe, instituição USF, associações e outros setores que compõem o espaço no qual atua. No entanto, quando o processo de trabalho do ACS é capturado, ou seja, quando deixa de ser inventivo, criativo e autônomo, surgem falhas nesta teia, rupturas que desestruturam as relações antes estabelecidas e que de acordo com a natureza da cisão podem não ser novamente recompostas. O processo de captura pode se dar por diferentes meios, seja ele decorrente da hegemonia de um trabalho morto inscrito em tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2002), ou mesmo, pelas disputas dos diferentes núcleos de saberes específicos de cada profissional que hegemonizam práticas que acabam por deixar a margem o papel que o ACS desempenha no cotidiano dos serviços de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde da Estratégia Saúde da Família no município de São Gonçalo/RJ, na perspectiva da compreensão dos fatores relacionados à produção da alegria e da tristeza no cotidiano de trabalho.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o processo de trabalho do ACS, nas equipes da ESF no município de São Gonçalo/RJ;
- Compreender como se produzem os encontros do ACS com a equipe e com a comunidade;
- Conhecer a dinâmica das paixões tristes e alegres no agir cotidiano do ACS;
- Identificar o significado de ser ACS pelos sujeitos em estudo e o que os motiva no trabalho.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa em Saúde Coletiva demanda distintas abordagens que percorrem, necessariamente, caminhos interdisciplinares nos quais a incorporação das ciências humanas, como recurso teórico-metodológico, vem sendo fundamental para problematizar os campos temáticos e enriquecer sua compreensão.

A concepção de que a realidade não existe enquanto totalidade pronta, acabada e externa ao pesquisador, mas sim tal como ele a interpreta, evidencia o caráter comprometido desse processo e mostra que as escolhas realizadas ultrapassam aspectos meramente técnicos, sendo frutos de sua visão de mundo (MINAYO, 2000).

Deste modo, o objeto de conhecimento é recortado, delimitado, definido a partir da perspectiva que o pesquisador tem da realidade em que vive que, por sua vez, é fruto de seu posicionamento histórico e social. Em virtude disto, assume-se ser o objeto das ciências sociais intrinsecamente ideológico, já que impregnado pela visão de mundo do pesquisador (MINAYO, 2000).

Tendo em vista que o elemento mais importante para nortear as escolhas relativas ao desenho do estudo é a consistência entre a metodologia e os questionamentos do pesquisador sobre a realidade empírica, delimitada enquanto objeto, nesta pesquisa optou-se pelas abordagens qualitativas, assumindo-se os pressupostos nelas implícitos, sob o olhar do pesquisador, sujeito social historicamente situado.

Trata-se aqui da etapa decisiva do processo de pesquisa. O problema para o pesquisador não é o de capturar um instantâneo, como uma fotografia, mas o de

catalisar a dinâmica da revelação-construção do sentido do vivido e da dinâmica do sofrimento/prazer no trabalho. Desta forma, a ação de transformação passa pela mobilização da capacidade de análise dos sujeitos sobre suas relações com a organização do trabalho (DEJOURS, 1994). A análise da dimensão subjetiva do trabalho passa, necessariamente, pelo acesso ao sentido que aquela situação tem para os próprios indivíduos, exige um trabalho reflexivo de elaboração coletiva orientado pelo desejo de produção e pela vontade de emancipação dos trabalhadores participantes (DEJOURS, 2008).

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta investigação é um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo que busca caracterizar e analisar o trabalho dos agentes comunitários de saúde em equipes de Saúde da Família, compreendendo como se produz a alegria/tristeza no cotidiano de trabalho. A pesquisa exploratória/descritiva constitui um tipo de estudo que busca observar, descrever e documentar os aspectos de uma situação que naturalmente ocorre, trazendo uma abordagem qualitativa que tem como fundamento a constatação de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores (LUNARDELO, 2004).

A pesquisa qualitativa em saúde trabalha com os significados das ações, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes e relações humanas, apreendidas a partir do olhar do pesquisador, ou seja, ele capta um fragmento ou parte de uma

realidade. A ênfase é compreender e analisar a dinâmica das relações sociais estabelecidas com a vivência e a experiência no cotidiano, compreendidas dentro de estruturas e instituições (MINAYO, 1994).

Pope e Mays referem que a pesquisa qualitativa,

Está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo. Tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interações e comportamentos) em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão; em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa. [...] estuda pessoas em seus ambientes naturais e não em ambientes artificiais ou experimentais (POPE; MAYS, 2005, p.16).

Assim, a metodologia proposta torna-se adequada aos objetivos desta investigação, à medida que o processo de trabalho em saúde e o trabalho dos ACS são processos sociais intermediados pela objetividade e subjetividade, tendo a capacidade de incorporar as questões de significado e intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Neste estudo, descrever o trabalho dos ACS na realidade da ESF em São Gonçalo é buscar compreendê-lo na perspectiva das práticas sociais.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A descrição do cenário da pesquisa, ou seja, do ambiente onde o serviço se insere se faz de fundamental importância, visto que influencia na configuração da personalidade, problema e situações de existência do sujeito (TRIVIÑOS, 1987).

O cenário no qual são desenvolvidos os processos de trabalho, no cotidiano das instituições, constitui um espaço propício ao desvendamento dos conflitos e ruídos gerados na produção dos atos em saúde, assim como, a revelação do “modo

de atuar” de cada trabalhador de saúde que detém suas próprias ferramentas para a construção de sua relação com o usuário no atendimento de suas necessidades de saúde. Desta forma, a análise deste espaço, de interseção de saberes, práticas e subjetividades, permitem o entendimento e compreensão da maneira como são produzidas as ações de saúde no núcleo de saberes de cada profissional e no campo de práticas, no qual, os núcleos se conformam na produção de encontros e afetamentos.

Assim, por conveniência, a pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Saúde da Família de Jardim Catarina, no município de São Gonçalo/RJ, apontada pela gestora da Atenção Primária do município já que compreendia uma equipe de ACS bem-estruturada e que permanecia no trabalho desde 2001.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A idéia norteadora é a de que cada entrevistado constituiu uma somatória indefinida de saberes oriundos de contatos e aprendizados inumeráveis, formando-se aí um ciclo de circulação e apropriação de conhecimentos infinitos, de forma que qualquer discurso foi fruto de um conhecimento coletivamente estabelecido e transformado pelas experiências pessoais.

Foram convidados todos os agentes comunitários de saúde de uma equipe da USF selecionada que, voluntariamente aceitaram participar da pesquisa e das estratégias de coleta dos dados.

De acordo com Minayo (2000), uma amostra ideal na pesquisa qualitativa, é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Dessa forma, o

instrumento foi aplicado em uma equipe na Unidade de Saúde da Família escolhida, priorizando aquela com baixa rotatividade de trabalhadores, estruturada e completa, ou seja, que continha médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e odontólogo.

4.4 COLETA DOS DADOS

A técnica de investigação escolhida para a coleta dos dados empíricos foi a entrevista semi-estruturada, procedimento que permite obter informações contidas na fala dos atores através de fatos relatados conforme a realidade vivenciada. A entrevista caracteriza-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, sendo útil, como meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico (MINAYO, 2001). A função do pesquisador, neste contexto, é descobrir o que é significativo nas falas dos entrevistados, suas preocupações, interpretações e suas visões de mundo.

A entrevista teve como base um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A) que aborda a caracterização dos sujeitos em estudo, processo de trabalho na ESF, concepções acerca do tema, significado do trabalho, satisfação, insatisfação, alegrias e tristezas no agir cotidiano, sugestões e desafios, dentre outros.

Minayo ressalta que na pesquisa qualitativa é essencial à interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados: “A entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação, na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador” (MINAYO, apud GOLSALVES, 2005, p. 99).

Considera que “a entrevista semi-estruturada e não-estruturada difere apenas em grau, porque na verdade nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta”. Ela parte da elaboração de um roteiro que serve de orientação para o pesquisador.

Trivínos privilegia a entrevista semi-estruturada, porque “[...] ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVINÓS, 1987, p. 146). Em conformidade com a idéia proposta, Cahu  (apud LUNARDELO, 2004) afirma que este tipo de entrevista organiza-se a partir dos temas que se quer abordar durante a entrevista, no entanto, as perguntas n o s o elaboradas objetivando respostas puramente afirmativas ou negativas, o que se pretende alcan ar   intera o, flexibilidade e reflex o.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no pr prio local de trabalho dos respectivos profissionais, com dura o necess ria ao cumprimento de todos os itens do roteiro. Optamos por gravar as entrevistas, ap s consentimento dos entrevistados, sendo transcritas posteriormente obedecendo rigorosamente   estrutura das falas dos sujeitos, de modo a preservar a fidedignidade dos depoimentos. Durante a coleta dos dados, foram efetuadas anota es sobre a aproxima o ao campo e aos participantes, bem como o que o gravador n o p de captar, deixando a cargo dos olhos e da mente o importante registro dessas informa es, como as express es de sil ncio e a linguagem corporal. Foi realizada, assim, uma observa o direta na qual o pesquisador observou a realidade e o cotidiano de trabalho do sujeito em estudo a fim de evidenciar aspectos, algumas vezes, ocultos nos discursos dos participantes, reconhecendo que o elemento que faz germinar a observa o   a alteridade, no sentido de que o pesquisador se

apropriada do modo de andar a vida do pesquisado, neste caso, das dinâmicas de trabalho que aprisiona ou liberta, e das formas de enfrentamento do sofrimento que são singulares a cada sujeito. A observação enquanto instrumento da pesquisa qualitativa,

Implica a atividade de um pesquisador que observa pessoalmente e de maneira prolongada situações e comportamentos pelos quais se interessa, sem reduzir-se a conhecê-los somente por meio das categorias utilizadas por aqueles que vivem essas situações (CHAPOULIE, 1993, p. 585).

Com o objetivo de identificar a dinâmica que se inscreve no trabalho cotidiano do ACS, foi realizada, como um método complementar, uma imersão do pesquisador no trabalho dos agentes, através de uma observação do tipo etnográfica que foi construída por um período de quatro semanas nos cenários da pesquisa, com posterior registro das nuances deste cotidiano no diário de campo que teve um caráter complementar na análise dos dados.

4.5 ANÁLISE DO MATERIAL

O contexto sociocultural evidenciado entre os sujeitos da pesquisa é presente em cada fala e atitude dos participantes, desta forma a análise foi baseada na apreensão dos significados apreendidos nas entrevistas, fundamentado na análise de discurso com base em uma cartografia.

Como método de estudo, a análise de discurso teve o seu apogeu no final dos anos de 1960, com a convocação da totalidade dos enunciados de uma sociedade a se tornarem objeto de estudo, reconhecendo que o discurso diferencia-se da fala,

não sendo apenas a transmissão de informação, nem o simples ato de dizer, ao contrário, o discurso evoca uma exterioridade à linguagem, ideológica e social (CARNEIRO, RODRIGUES, 2007). Assim,

Podemos afirmar que discurso, tomado como objeto da Análise do Discurso, não é a língua, nem texto, nem a fala, mas que necessita de elementos lingüísticos para ter uma existência material. Com isso, dizemos que discurso implica uma exterioridade à língua, encontra-se no social e envolve questões de natureza não estritamente lingüística. Referimo-nos a aspectos sociais e ideológicos impregnados nas palavras quando elas são pronunciadas (FERNANDES, 2005, p. 20).

Como vimos o discurso é um objeto de estudo que não tem fronteiras definidas. Ele é tridimensional - está na intersecção do lingüístico, do histórico e do ideológico. Por isso, foi inevitável para a análise do discurso romper com os postulados da lingüística clássica, já que, se define como o estudo lingüístico das condições de produção de um enunciado.

A hegemonia é sustentada pelo discurso. Daí não é difícil chegar à conclusão de que “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, é o poder do qual nos queremos apoderar”, já diria Foucault (1999, p. 10). Tomar a palavra jamais representa um gesto ingênuo, pois sempre está ligado a relações de poder.

Uma das características deste tipo de análise é a preocupação com a “orientação da ação”, ou a orientação da função do discurso, que aqui é visto como uma prática social. A linguagem é tida como uma prática em si mesma com base em um contexto interpretativo, no qual os indivíduos estão inseridos e sobre o qual constroem diferentes discursos (BAUER; GASKELL, 2003).

Como uma primeira exigência metodológica, temos a transcrição dos dados das entrevistas que deve ser feita de forma detalhada, não sintetizando a fala, ou corrigindo-a, devem-se registrar os dados de forma fidedigna, conservando a riqueza

dos relatos, com base na idéia de que “muitas vezes, algumas das instituições analíticas mais iluminadoras aparecem durante a transcrição, porque é necessário um engajamento profundo com o material para produzir uma boa transcrição” (POTTER apud BAUER; GASKELL, 2003, p. 252).

Após a transcrição das entrevistas temos a evocação de um espírito da leitura cética, no qual devemos questionar nossos próprios pressupostos e a maneira como damos sentido às coisas na construção de uma mentalidade analítica. Assim, é possível realizar uma codificação dos dados, organizando as categorias de interesse o que permite o começo da análise como tal.

A análise de discurso foi construída com base no método cartográfico, já que como método de pesquisa, “a cartografia provoca ao mesmo tempo análise e intervenção, pois afeta os próprios sujeitos da pesquisa e nesse sentido provoca mudanças na constituição subjetiva dos mesmos, e por conseqüência, na sua percepção e atuação sobre a realidade” (FRANCO et al., 2006, p. 7). É um método que revela os processos de produção da realidade, evidenciando a sua tensão cotidiana de “captura e liberdade, através do qual se formam planos de produção da vida, em movimentos de criação e invenção, o que representaria o novo, como expressão dos agenciamentos do desejo”.

Segundo Kastrup (apud FRANCO, 2006, p. 7),

A cartografia é um método formulado por G. Deleuze e F. Guattari (1995) que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção. De saída, a idéia de desenvolver o método cartográfico para utilização em pesquisas de campo no estudo da subjetividade se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método ad hoc.

Rolnik (2006, p. 23) ressalta que diferente de um mapa, que representa sempre um todo estático, a cartografia constitui um desenho que acompanha e se constrói com os movimentos de transformação das paisagens psicossociais. Assim, “acompanha e se faz ao mesmo tempo em que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido-e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornam-se obsoletos”.

Neste estudo, o método cartográfico, como um analisador das marcas dos encontros que se constituem nas relações entre os sujeitos, nos permite evidenciar a dinâmica dos encontros experienciados e construídos pelos agentes em estudo, no sentido de vislumbrar a natureza dos afetos que se compõem e decompõem no cotidiano de trabalho do ACS.

Assim, para o início da análise foi realizada a avaliação de conteúdo a partir da transcrição integral das falas e da leitura exaustiva do material empírico. Para a organização dos dados obtidos, recorreremos à leitura e releitura dos relatos, organizando-os e sintetizando-os com o propósito de apreender os aspectos mais relevantes, as frases que se repetem ou que estejam em destaque procurando, assim, a regularidade.

Inicialmente os relatos foram agrupados de acordo com a semelhança, a partir de recortes e extração das idéias relevantes, sendo efetuado o agrupamento das falas de acordo com a familiaridade. Os Agentes Comunitários foram referenciados pela letra A seguida de um número com o intuito de garantir o anonimato dos sujeitos em estudo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Como toda pesquisa com seres humanos envolve um risco potencial, seja ele moral ou físico, torna-se fundamental a adoção de medidas que busquem resguardar os direitos e deveres tanto dos sujeitos da pesquisa quanto dos pesquisadores em situações que possam envolver eventuais conflitos éticos.

Desta forma, foi requerido no momento inicial à realização da pesquisa o consentimento do Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que instituem diretrizes e normas regulamentando pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense no dia 13/02/2009 com CAAE nº 46900000258-08 (ANEXO A).

Particularmente neste estudo, o aspecto ético mais relevante é aquele resultante da situação de entrevista, em que os participantes falam sobre os aspectos de sua vida, de sua família e de seu vínculo com a instituição prestadora de serviço, os quais podem expô-los a situações de vulnerabilidade.

A adoção de medidas que garantam o anonimato dos entrevistados pode protegê-los de tal situação, através da:

- Utilização de nomes fictícios para os participantes durante a transcrição das entrevistas;
- Omissão do uso de qualquer nome de pessoa, lugar ou serviço que possa servir como referência para identificá-los;
- Utilização de letras e números na identificação das falas dos participantes expostos neste trabalho.

Outro aspecto importante é o que diz respeito ao esclarecimento dos participantes sobre a afiliação do pesquisador, as finalidades da pesquisa, a metodologia utilizada, os usos de seus resultados bem como as formas de disseminação do conhecimento adquirido, os riscos a que estão se submetendo, seus direitos (liberdade para participar ou não, liberdade para se recusar a responder alguma questão específica, para sair a qualquer momento que o desejar). Assim, antes de serem iniciadas as entrevistas, foram apresentados aos ACS os objetivos da pesquisa através da disponibilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), sendo informados de que todos os dados seriam tratados de maneira sigilosa e que o consentimento poderia ser retirado a qualquer momento sem nenhuma penalidade ou ônus.

5 UM APROFUNDAMENTO ANALÍTICO DO SER COTIDIANO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Ao situarmos o trabalho enquanto um regime de produção de saberes, no qual, há a contínua produção dos sujeitos trabalhadores que são em sua essência desejos, necessidades, interesses em conjugação e conflitos, e que transitam por diferentes territórios inventando o mundo e inventando a si mesmos, reconhecemos que o mundo do trabalho é “criação e uso de si, mas também luta e resistência ao trabalhar e a si” (SANTOS; BARROS, 2007, p. 64). O protagonismo do trabalho enquanto criação é regido pela subjetividade e subjetividades constitutivas de cada trabalhador que opera o seu processo de trabalho e recria o trabalho do outro por meio da tríade saber, poder e subjetividade que estão em permanente implicação. Neste sentido, a busca da significação do trabalho e o entendimento das relações que são estabelecidas no campo da produção devem se fundamentar no discurso e nos atos de cada trabalhador o que nos levou a indagar ao trabalhador ACS o que ele entende como reconhecimento da profissão, os agenciamentos de que é capaz e os sistemas abertos de conexões que constitui o seu agir enquanto trabalhador da saúde. A profissão de ACS foi significada como transformação, informação, aproximamento e solidariedade, como diz A8:

“Eu acho que o papel do agente comunitário é algo extremamente atuante, acaba sendo uma pessoa que tem a missão de transformar, sempre tem a missão de transformar, de mudar e acaba sendo um grande formador de opinião. O papel do agente é estar ajudando a população dentro de suas carências” (A8).

A identidade inscrita no trabalho do ACS o posiciona enquanto um nômade já que transita por diferentes territórios de saberes e práticas, construindo e desconstruindo subjetividades determinadas pelos encontros entre os diferentes atores e que conformam um ser ACS como um movimento, movimento de desenvolver-se a si mesmo (DELEUZE, 2001). Reconhecem-se como um “elo de ligação” entre os usuários e a equipe de saúde, a partir da constatação de que formam partes de uma corrente que mantém interligados os usuários e os profissionais da equipe.

“O papel do agente eu acho muito importante dentro da comunidade, porque é você que capta todos os problemas que têm dentro do bairro e traz para a equipe, para o médico que trabalha mais na Unidade do que na comunidade; ele não é tão ativo como o agente comunitário. O agente na comunidade ele é tudo, ele é que é o elo mais forte dentro dessa corrente, se não tiver o agente comunitário não tem como o médico e a enfermeira trabalhar” (A5).

O fato do ACS se reconhecer enquanto “elo de ligação” incube no seu cotidiano uma grande responsabilidade em estabelecer e fazer perdurar o vínculo entre os profissionais da equipe e os usuários, o que não depende essencialmente do seu trabalho uma vez que o campo da micropolítica do trabalho se constitui pela produção subjetiva dos sujeitos operantes que são em sua essência sujeitos singulares, o que nos faz pensar que o estabelecimento de vínculos se conforma no encontro entre o trabalhador e o usuário, de forma que a idéia do ACS enquanto um elo da corrente traz consigo uma visão do profissional como “carreador”, um olheiro dos problemas afetos à comunidade e que teria a tarefa de reinterpretar a realidade vista perante os saberes instituídos da equipe de saúde.

Schraiber (apud SILVA; DALMASO, 2002) aponta que o trabalho do ACS pode ser descrito sob dois prismas, já que um dos pólos se refere à figura de 'mensageiro' e mero canal de comunicação serviço comunidade, ou ao contrário se constituir em um 'agente reformador' capaz de operar mudanças na assistência ao usuário. Segundo a autora oscilam de forma polar as vivências pessoais acumuladas que seriam imprescindíveis, e até mesmo se bastariam, para a constituição do ACS e, por outro lado os domínios técnicos de certos procedimentos em saúde que garantiriam uma reforma nuclear e institucional no campo da saúde.

A5 reforça a vertente solidária e relacional do trabalho que exerce ao compor uma identidade profissional que se fundamenta no atendimento das necessidades de saúde da comunidade e nos encontros que afetam mutuamente os atores envolvidos, ao discursar:

“Ser agente comunitário de saúde é estar ali, o dia-a-dia, você estar dentro da casa das pessoas procurando ajudar no que você pode, é amenizar um pouco essa carga de problemas, mostrar o caminho, ensinar os direitos às pessoas” (A5).

O conceito de identidade no trabalho nos remete à idéia da construção que os atores fazem no âmbito de sua própria ação, ou seja, simboliza uma percepção com base em expectativas e motivações tanto coletivas quanto individuais. Assim, a identidade no trabalho opera com base em elementos da subjetividade dos atores, mas também da subjetividade e objetividade oriundas das experiências de vida dos agentes (SILVA; DALMASO, 2002), reforçando a fala de Dejours (2008) de que a organização real do trabalho é um produto das relações sociais inscrita em saberes diversos e subjetividades distintas. O trabalho exerce grande importância na formação da identidade de forma que

“É a partir do olhar do outro que nos reconhecemos em um processo de busca de semelhanças e de diferenças; são as relações cotidianas que permitem a construção da identidade individual e social, a partir de trocas materiais e afetivas, fazendo com que o sujeito, ao longo de toda a sua vida, constitua sua singularidade em meio a diferenças” (LANCMANN, 2008, p. 340).

A motivação enquanto desejo de permanecer na profissão foi referenciada, neste estudo, como a possibilidade de ajudar o outro, a construção de vínculos de amizade e o reconhecimento de que o trabalho realizado é capaz de disparar processos de autocuidado e ressignificação por parte dos usuários que se empoderam do seu próprio cuidado e reconhecem no ACS um agente de transformação e resolutividade.

“O que motiva é a amizade, você acaba se envolvendo com alguns casos e quer ajudar mesmo, quer estar ali dando uma força” (A1).

“O que me dá prazer é ver as pessoas precisando de uma medicação, de uma consulta, uma pessoa carente precisando de um remédio, aí dá força para a gente trabalhar, poder ajudar” (A2).

“A motivação que eu tenho hoje são as famílias que eu conheço há oito anos, então a gente acaba tendo um vínculo de amizade, eles me motivam a continuar trabalhando” (A6).

O resultado do trabalho constitui para os agentes a maior motivação a partir do entendimento de que o outro se conforma, também, como um ser desejante, com poder para gerir e afetar, apesar dos fracassos interpostos no

encontro entre o agente comunitário e os usuários e a comunidade, como nos diz A8:

“A motivação não vem dos gestores, não vem do modelo de estrutura adotado por eles, mas sim da população, porque quando você percebe que uma pessoa que você acompanhou, no meu caso são dez anos, e muitas crianças a gente acompanhou desde pequeno, isso para mim acaba sendo uma grande vitória, dá uma satisfação muito grande perceber que as pessoas estão saudáveis, têm qualidade de vida, estão se cuidando” (A8).

No encontro com os usuários e a comunidade o ACS reconhece diferentes signos que se conformam de forma verbal ou não verbal e os interpreta conforme a sua subjetividade e percepção no trabalho, ou seja, a interpretação desses signos é que determina o aumento ou a diminuição da potência para agir do trabalhador, de forma que o potencializa para afetar e ser afetado em processos contínuos de construção e desconstrução. A interpretação de alguns signos emitidos pelos usuários, como por exemplo, um sorriso de satisfação e gratidão gera a instância reconhecimento que é capaz de aumentar a potência de agir do ACS através do estabelecimento de um encontro alegre, de construção, de criação e que é capaz de produzir novos signos que também são emitidos pelo trabalhador e que quando interpretados pelos usuários podem gerar afetos que determinarão encontros de alegrias ou tristezas. Assim, a interpretação de um signo gerado no campo de produção do trabalho está relacionada à percepção de cada sujeito envolvido e depende da confluência de saberes e poderes, sendo o último considerado enquanto desejo de perpetuação do novo, enquanto produção e criação.

“A maior satisfação é quando eles reconhecem, porque nem todo mundo reconhece o seu trabalho. Mas, alguns reconhecem muito, a ponto de nos presentear, acho que é mesmo o reconhecimento” (A1).

“A maior satisfação é quando você consegue resolver os problemas deles, ver que estão satisfeitos, ver a gratidão, construir amizades, ver que a comunidade está bem, ver os frutos do trabalho” (A15).

O ACS “aranha” enquanto construtor inato de teias, sobre as quais opera o campo da micropolítica do trabalho é, então, afetado pelo reconhecimento oriundo do encontro com a comunidade experienciando um aumento da sua potência, expressa como desejo e geradora de paixões alegres, ao mesmo tempo em que emite signos representados pelas atividades de cuidado com os usuários, buscando resolutividade e satisfação (DELEUZE, 1987). Exerce a sua sensibilidade enquanto corpo sem órgãos que é capaz de apreender os signos gerados pela extremidade do fio de seda que captura o usuário e a comunidade interpretando-os e emitindo novos signos que são reconhecidos pelos usuários e que garantem a coesão da teia, à medida que mantém a circularidade produtiva enquanto território de eclosão de afetos e paixões.

A psicodinâmica do trabalho apresenta a imagem de um triângulo com o objetivo de relacionar as instâncias sofrimento, tarefa e reconhecimento, cada qual em um vértice, buscando compreender a interrelação entre elas no cotidiano de trabalho. Assim, reconhece que o sujeito trabalhador busca incessantemente o reconhecimento através do encontro sujeito e coletivo, de forma que a busca é relativa a um reconhecimento pelo coletivo do sujeito singular. Aponta-nos que

mais do que reconhecimento, o trabalhador busca algo da esfera singular, que esteja relacionado à sua subjetividade e seu *modus operandi*, o que compõe um ACS híbrido singular, com subjetividades diversas que se compõem continuamente através de processos de subjetivação e desconstrução do que está instituído (LANCMAN, 2008). O reconhecimento passa a ser visualizado na circularidade produtiva de uma teia construída pelo ACS e que captura atores diversos, de forma que transita pelas extremidades afetando mutuamente o coletivo e os singulares e mantendo a coesão e tenacidade dos fios de seda. Sob este aspecto, o reconhecimento é expresso, segundo Honneth (apud MENDONÇA, 2008), como estima social sendo exercido através de valores, como a solidariedade, e estando relacionado à manutenção da auto-estima que determina o seu impacto no encontro estabelecido.

O fato de o ACS considerar o reconhecimento como um substrato para a construção de encontros alegres com os usuários e a comunidade não garante que ele emita signos que serão interpretados pelo outro como cuidado ou responsabilização, já que a circularidade dos afetos produzidos depende da subjetividade dos atores envolvidos, o que fica nítido pela imposição de um cuidado dominador e controlador do profissional sobre a comunidade, em busca de um êxito do campo do imaginário que se relaciona com a mudança dos hábitos de vida do usuário e verticalização de conhecimentos tidos como verdades que o ACS adquire dos demais profissionais da equipe no espaço da unidade de saúde. O ACS pode, então, atuar como um “amolador de facas”, que segundo Barros (apud PINHEIRO; MATTOS, 2008, p.280) atuam com base em uma ação “complacente, microscópica e cuidadora” e que exercem um cuidado de tutela, no qual, o outro é tido como fraco, destituído da sua subjetividade. O

ACS amolador de facas se desvenda nas ações de um cuidado controlador e operante, o que fica nítido na fala de A5 ao citar o cuidado que direciona aos usuários hipertensos e diabéticos. Mas, nem sempre o cuidado de tutela é percebido pelo ACS enquanto diminuição da criação coletiva e a teoria que direciona o seu trabalho cotidiano constitui de forma intencional ou não, um “sistema regional de lutas, uma postura ético-estética-política, cuja assunção delimita certos territórios de embate” (apud PINHEIRO; MATTOS, 2008, p.281).

“O que me faz feliz na profissão é você pegar um paciente com descontrole da pressão arterial e trazê-lo para a unidade, controlar a sua pressão. O maior desafio é controlar todos os hipertensos e diabéticos, fazer eles entenderem que o que a gente fala deve ser seguido” (A5).

A cisão da teia produzida pelo ACS no cotidiano origina-se pelos processos de captura do seu trabalho que representa os fracassos experienciados nos encontros geradores de paixões tristes, nos quais a potência de agir enquanto instância produção e desejo é diminuída. Neste estudo, o ACS relaciona o fracasso à pormenorização do seu saber perante os saberes instituídos da equipe, estando à margem dos processos decisórios e reconhecendo a limitação do seu saber-fazer perante a diversidade com que se depara no trabalho.

“O trabalho do agente não aparece porque ninguém dá valor ao nosso trabalho, eu prefiro estar na rua, quando você trabalha aqui dentro são pessoas diferentes, pensamentos diferentes. É muito conflito, cada pessoa tem um perfil de trabalho” (A5).

A3 responsabiliza a organização real do trabalho pela dificuldade em acessar a equipe, reconhecendo que a captura do trabalho vivo pela rigidez de uma gestão centralizadora produz um desarranjo nos encontros com a equipe.

“Eu vejo a necessidade de um dia na semana parar e colocar as cartas na mesa, o médico e o enfermeiro não têm muito tempo para se reunir, estar junto, dialogar com a equipe e jogar as cartas na mesa, fazer uma arrumação” (A3).

A valorização social do trabalho médico e a subjetividade desse profissional no escopo da ESF produzem no ACS a experiência do fracasso e insatisfação e dificulta o acesso a esse profissional que se isola em um campo de conhecimentos historicamente bem definidos que não comporta a imersão de saberes distintos, ou seja, que não reconhece o núcleo de saberes inscritos no trabalho do ACS. Merhy e Franco (2006) nos apresentam a idéia de que a organização da assistência à saúde se ancorou em um modelo de atenção centrado na consulta médica, no saber médico que estrutura e determina o saber do outro, estando a produção do cuidado atrelada às tecnologias duras e leve-duras e tendo a figura do médico como o cerne do trabalho que é realizado no cotidiano dos serviços de saúde.

“Às vezes o médico dificulta, tem aquela hierarquia, o agente comunitário é o agente comunitário e o médico é o médico. Tem médico que acha que o agente não é nada, eu tenho muita dificuldade em lidar com isso” (A2).

“Ele é assim, tem que ser tudo como ele quer, do jeito dele, o médico sou eu e eu que sei a necessidade, mas somos nós que estamos na rua e sabemos quais são as deficiências e dificuldades” (A4).

Sob esse aspecto, é proposto o reconhecimento do trabalho realizado pelo outro e com o outro trabalhador, reconhecendo-o como parte constitutiva do trabalho coletivo em saúde. Na verdade, o que existe é uma desigual valorização social dos diferentes trabalhos, o que nos remete à desigualdade entre os trabalhos realizados que se traduzem em relações de poder e hierarquia entre os trabalhadores das diversas áreas de atuação. Essa hierarquia está vinculada à gestão, estrutura organizacional, áreas profissionais e diferentes trabalhos, o que é gerador de relações de mando e manutenção do *status quo*, reproduzindo a divisão técnico-social dos modos de produção (GALAVOTE, 2007). A limitação imposta pela gestão e a própria organização do trabalho incide no ACS a diminuição da sua potência de agir, gerando tristeza e engessando a criatividade e inventividade desse trabalhador. Barros (2007, p. 67) caracteriza este processo como uma “amputação do trabalhador de sua iniciativa” que ocorre a partir do silenciamento dos movimentos de criação.

“O que dificulta o nosso trabalho é o número reduzido de consultas, a falta de medicação, a falta de infra-estrutura. Eu quero fazer alguma coisa, mas fazer o quê? Não posso fazer nada, não tenho como fazer nada” (A6).

A diminuição da iniciativa do ACS no encontro com a gestão do trabalho se traduz na limitação que destitui o trabalhador do seu próprio processo de trabalho e o impossibilita de realizar algo no âmbito do não-prescrito, o que nos

faz pensar no poder que impera do trabalho morto sobre o trabalho vivo e que leva a perda da dimensão da liberdade do saber-fazer no cotidiano, expondo o sujeito a encontros de decomposição, geradores de impotência.

“O maior desafio é a falta de estrutura que a gente tem com relação a materiais, não tem muito o que proporcionar à pessoa, o que eu mais falo é: ‘eu não posso, eu não tenho, não tem remédio hoje’. Eu acho que a gente tem capacidade para fazer mais coisas, de atender melhor a comunidade, o que a gente faz aqui é marcar consulta” (A7).

Merhy (2003) ao desvendar o trabalho médico nos aponta que as valises representam caixas de ferramentas tecnológicas enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais e que fazem sentido de acordo com o cenário em que são produzidas e regidas e de acordo com os encontros que operam. Nesse sentido, o agente comunitário opera, sobretudo, no campo das valises relacionais, de produção de afetos e signos através de um “saber operante”, que de acordo com Mendes Gonçalves (apud SILVA; DALMASO, 2001) representa uma ruptura com um saber científico que recorta o objeto de intervenção e aprisiona o trabalho real e produtivo. Esta instância do saber permite entender a prática cotidiana como produção e ressignificação e opera, sobretudo, através dos encontros disparados entre os atores envolvidos. A2 destaca as principais valises que utiliza enquanto saber operante.

“A paciência, o amor a eles, a compreensão. A gente não faz mais porque não pode” (A2).

“O que eu mais utilizo é o diálogo, a fala, a escuta, a informação, o conhecimento que eu adquiri na minha experiência diária e nas capacitações que recebi” (A5).

O campo de conhecimentos do ACS se constrói com base nos conhecimentos que ele adquire no convívio com os profissionais da equipe, das capacitações que participa em temas afins como hanseníase, tuberculose, saúde da criança, saúde da mulher, entre outros, e no conhecimento que traz consigo das experiências de vida que estão relacionadas à sua subjetividade que para Deleuze (2001) representa uma dupla potência à medida que crê e inventa, presume poderes secretos e supõe poderes abstratos, distintos.

“Eu já fiz vários cursos, me ajudou muito, a lidar com as pessoas, entender o que o médico fala, o que o enfermeiro fala, antigamente a gente não entendia, melhorou muito. Agora eu trabalho com o conhecimento que trago da minha vida e com os novos conhecimentos que adquiri com a comunidade e na Unidade” (A1).

A produção de saberes no encontro com a equipe de saúde se faz de forma verticalizada, com a mera transmissão de conhecimentos que possam instrumentalizar o agir cotidiano do ACS, ou seja, ele absorve o discurso do médico e do enfermeiro e o aplica no encontro com a comunidade. Fica claro que o ACS é considerado pela equipe como uma “página em branco”, de forma que os conhecimentos que ele traz de suas experiências de vida não encontram lugar em um espaço de supremacia do saber biomédico que reproduz um cuidado centrado no campo das tecnologias duras e leve-duras descritas por Merhy (2002) como equipamentos e saberes bem estruturados. O mesmo autor reforça

ainda idéia de que o trabalho em saúde pode assumir dois escopos, ou seja, de um lado pode estar centrado em um ato prescritivo que legitima um modelo centrado no saber médico hegemônico, produtor de conhecimentos e, por outro lado pode se dar sob a forma de relações intercessoras estabelecidas no trabalho vivo e em ato que produz um cuidado gerador de ganhos de autonomia por parte do usuário.

A6 reconhece as falhas no processo de produção de saberes no encontro com os trabalhadores da equipe e afirma que “é a experiência da rua que faz você aprender”, já que no encontro com a comunidade o ACS é capaz de gerir o seu agir e exercitar a criatividade e inventividade do seu saber-fazer, ou seja, no espaço da comunidade ele é livre para produzir o cuidado e estabelecer novos encontros. Sob este aspecto, Merhy (2003) afirma que,

Todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contratualidades entre estes atores sociais e políticos, mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela (MERHY, 2003).

Para esta análise a psicodinâmica se inscreve ao compor um trabalhador enquanto operador e governante do seu trabalho real, reinventado e recompondo o seu fazer em meio aos conflitos, especialmente aqueles relacionados à organização e gestão dos processos de trabalho. É trazida para a análise do trabalho do ACS ao propor a imagem triangular e intercessora entre as instâncias sofrimento, trabalho e reconhecimento que determinam a construção de uma identidade no trabalho a partir da constatação de que o trabalhador pode experimentar cotidianamente diferentes afetos que determinarão o impacto do trabalho sobre o trabalhador, sobre o produto e o ‘consumidor’. No entanto, é nítido que o ACS ao compor sua teia de relações fica exposto ao atravessamento de diferentes signos e afetos que se

conformam de modo circular e contínuo e não apenas de modo hierarquizado como na pirâmide. Assim, o estudo do trabalho do ACS revela a cartografia de uma teia com linhas conexas que se rompem e se recompõem de acordo com a natureza do encontro estabelecido e os afetos que são compostos nesta coesão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (Michael Foucault).

O desvendamento do trabalho cotidiano do ACS, neste estudo, revela um trabalhador que opera na molaridade e pluralidade, um híbrido que permeia territórios distintos da tríade poder, saber e subjetividade. O que existe é uma lacuna entre um perfil esperado pelas leis que regulamentam a profissão e o ACS real, protagonista singular no campo da produção do trabalho. Segundo FERREIRA (2008, p. 45) “podem em alguns momentos ter mais pendor para ajuda solidária e em outros menos, ou quem sabe até não ter, isto não significa que essa característica seja inerente à subjetividade do agente e a sua presença seja condição para os bons encontros”. Assim, a profissão de ACS não se fundamenta em vocação e pendor solidário se considerarmos que o ser agente comunitário está inscrito em um território de conflitos, subjetividades, desejos, micro poderes e que operam, sobretudo, com base em um recorte interessado da realidade. Não há como definir um perfil para o ACS já que é um trabalhador que como outros, inventa e reinventa cotidianamente o seu processo de trabalho. Devemos falar em subjetividade e não em perfil, já que estamos falando de um trabalhador policênico que opera o seu próprio processo de trabalho com um certo grau de liberdade.

A cartografia do trabalho do ACS nos revelou a figura da aranha de Deleuze (1987) já que o ACS, assim como os demais trabalhadores da saúde, opera o cuidado no momento do encontro com o usuário e a comunidade, ou seja, o trabalho

que realiza é eminentemente relacional, intercessor, e através do seu corpo sem órgãos, expresso enquanto percepção e subjetividade, é capaz de sentir os signos emitidos pelos diferentes atores e que quando interpretados tem a potência de afetar o ACS, aumentando ou diminuindo a sua potência para agir, e que o leva a emitir signos que garantem a firmeza e coesão da teia.

No encontro com o usuário e suas necessidades de saúde o ACS pode operar um cuidado-cuidador, no qual há ganhos de autonomia por parte do usuário, que é visto enquanto co-autor no campo da produção do trabalho, ou gerir um cuidado procedimento centrado, exercido através do emprego de tecnologias duras e leve-duras que engessam o outro que é tido como passivo, e que absorve os conhecimentos impostos considerando-os como verdades. Surge, então, a imagem do ACS amolador de facas, que impõe ao outro um cuidado centralizador e dominador que destitui o sujeito de sua própria inventividade e autonomia. Assim, o ACS deixa a imagem de oprimido/vítima e assume a de opressor, ou seja, sai de cena o trabalhador com um dito “perfil” proposto nas leis e surge um trabalhador desejante e singular com intencionalidades que se inscrevem nas linhas e fluxos constitutivos do campo da micropolítica do trabalho. Fica claro que o ACS é o protagonista do seu trabalho o que torna ingênuas as concepções que o consideram enquanto vítima das amarras de um trabalho engessado, que na verdade é produzido também por ele no seu agir.

Em acordo com a fala de Schraiber (apud SILVA; DALMASO, 2002) de que a indefinição do papel do ACS dificulta a delimitação do seu desempenho enquanto integrante da instituição equipe de saúde, fica claro que os encontros geradores de tristeza são experienciados, especialmente, na relação como os profissionais da equipe e a própria gestão do trabalho que acabam por romper a teia que o ACS tece

no seu agir cotidiano e que uma vez recomposta acaba por apresentar ranhuras e cicatrizes que redirecionam a natureza do encontro estabelecido. As ranhuras representam as linhas de fuga que para FERREIRA (2008, p. 44)

“servem de dispositivos a diferentes agenciamentos [...] podendo o trabalhador apresentar ou não identidade com a comunidade, ser ou não solidário, servir mais o menos como mediador a depender de como tenha ocorrido, em sua vida, os processos de subjetivação e o quanto permite os afetos passar, isto é, o limiar de desterritorialização que conseguem suportar”.

Como considerações cabem-nos a confluência de dois conceitos apresentados por Deleuze (2002), o de “bom ou mau” que caracterizam a polaridade que encontramos no trabalho do ACS e nos encontros que ele estabelece. Para o autor será dito bom ou forte aquele que é capaz de organizar os encontros, de se unir ao que lhe convém e que é capaz de aumentar a sua potência, já que essa bondade tem a ver com dinamismo, composição de potências. Por outro lado o mau ou fraco é aquele que vive ao acaso dos encontros, sofrendo passivamente as conseqüências e tendo revelada continuamente a sua redução de potência. Desta forma, nos deparamos com um ACS transeunte entre o bom e o mau, que permeia deferentes territórios e que é capaz de direcionar os encontros, com gerência do seu processo de trabalho, o que retira-nos a idéia de vitimação desse trabalhador perante a captura do seu trabalho pelos saberes instituídos da equipe ou, mesmo, pela rigidez da organização do trabalho. Podemos considerar também a possibilidade de um mesmo ACS reunir estas características divergentes, em momentos diversos, que a princípio pareceriam contraditórias, mas expressam o ser múltiplo que é.

Assim, os ACS não são homogêneos na forma de pensar e agir no cuidado em saúde. Há os que operam segundo práticas de cuidado-cuidador, acolhendo e estabelecendo vínculos com usuários; e os que têm uma prática de cuidado-não-cuidador, porque estão centrados na idéia que associa cuidado a procedimento. Esta diversidade caracteriza em muito o agir cotidiano do ACS, impossibilitando uma análise que generalize a sua conduta, já que deve ser vista como uma variação de possibilidades de práticas de cuidado ao usuário.

A indefinição é uma das vivências mais profundas no cotidiano de trabalho do ACS, não somente porque não lhe seja dada *a priori* um corpo de conhecimentos bem definidos e, sim pelo fato de que o seu trabalho se constitui na pluralidade, em encontros dos mais diversos e tênues, nos quais, ele afeta e é afetado por diferentes paixões. O trabalho do ACS é em si potência, diversidade, indefinição, busca, rupturas, contratualidades e fugas. O trabalho do ACS é em sua natureza conflito consigo e com o outro.

7 REFERÊNCIAS

ALEIXO, J. L. M. Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte: v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

ALMEIDA, M. C.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br.htm>>. Acesso em: 20 junho 2006.

BAPTISTA, L. A. **A cidade dos sábios**: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades. São Paulo: Summus, 1999.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, M. E. B. De amoladores de faca e cartógrafos: a atividade do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: LAPPIS, 2008.

BARROS, M. E. B. De amoladores de facas e cartógrafos: a atividade do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: LAPPIS, 2008, p. 279-295.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BORGES, I. H.; MOULIN, M. G.; ARAÚJO, M. D. **Organização do Trabalho em Saúde**: múltiplas dimensões. Vitória: UFES, 2001.

BOSI, M.L.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 02 junho 2007.

BRANT, L. C.; GOMEZ, C. M. **A transformação do sofrimento e adoecimento**: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. [s.d.]. Disponível em: <http://www.interfaz.com.br/transsofrimen./>>. Acesso em: 14 agosto 2008.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília: Conass, 2004. Disponível em: < http://www.conass.com.br/paginas/conass_documenta.php//>. Acesso em: 20 julho 2005.

*BRASIL, Ministério da Saúde e Organização Pan- Americana da Saúde. **25 Anos de Alma-Ata: Saúde é direito de todos**. 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/>>. Acesso em: 1 novembro 2005.*

BRASIL. Lei 10507, de 10 de junho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 de junho de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e Projetos – Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br//>>. Acesso em: 03 julho de 2005.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 06 de novembro de 1996.

BRASIL. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 de dezembro de 1997.

BRASIL. Portaria nº 648, 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 de março de 2006.

BRITO, J. C. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, sept./oct. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php> />. Acesso em: 20 julho 2005.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, Jan./2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 20 julho 2005.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S.A. O programa Saúde da Família e os desafios para formação profissional e a educação continuada. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu: n. 9, agosto 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2002.

CAPISTRANO, D. Filho. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARNEIRO, E. A.; RODRIGUES, E. C. A. Notas introdutórias sobre a análise do discurso. 2007. Disponível em: <http://www.artigos.com/artigos/filosofia/>. Acesso em: 20 setembro 2008.

CARVALHO, V.L.M. **A Prática do Agente Comunitário de Saúde**: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeçerica da Serra. 2002. 150f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, jan./fev. 2005.

CHAPOULIE, J. M. **La place de l' observation et du travail de terrain dans la recherche en sciences sociales**. Actes du colloque du Conseil Québécois de la Recherche Sociale de l' Acfas, 1993, p. 67-82.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. In: ROCHA, L. E. et al. (Org). **Isto é trabalho de gente?**. São Paulo: Vozes, 1993, p. 56-75.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p.705-711, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 maio 2007.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos de Saúde da Família**, Brasília, ano 1, n. 1, p. 13-18, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 02 junho 2006.

CREVELIM, M. A. **Participação** da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2 [citado 14 Novembro 2005], p.323-331, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 julho 2005.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. **O indivíduo na organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

DELEUZE, G. **Empirismo e Subjetividade**: ensaio sobre a natureza humana segundo Hume. São Paulo: 34, 2001.

DELEUZE, G. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre**. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso: 10 junho 2006.

FERREIRA, V. S. C. **Micropolítica do Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: território de produção de cuidado e subjetividades**. 2008. Tese (Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11. ed. São Paulo: Graal, 1993.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

FRANCO, T. B. et al. **A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família**, in Franco, T.B. et AL (orgs.); A Produção Subjetiva do Cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família. Hucitec, São Paulo, 2009 (170págs.).

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 37-54.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Belo Horizonte/Campinas, março 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm/>>. Acesso em: 1 novembro 2005.

FRANCO, T. B.; PERES, M. A.; FOSCHIEIRA, M. M. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004.

GALAVOTE, H. S. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, on-line, 2007. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>>. Acesso em: 7 out. 2008.

GONSALVES, Elda M. Borges. **O Processo de Trabalho do Cirurgião Dentista no Programa Saúde da Família: uma contribuição à construção do SUS**. 2005, 140 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, 2005.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 2. ed. Petrópolis, 1986.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2005.

HOLANDA. A. F. - **Diálogo e Psicoterapia: correlações entre Carls Rogers e Martin Buber**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

JACQUES, M. G.; CODO, W. **Saúde mental e trabalho**: leituras. Petrópolis: Vozes, 2002.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (org). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2. ed. ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M.C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, p. 115-21, jun 2001.

LEVCOVITZ, E; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. A. As políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2002.

LEVORLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde**. 2001. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/>. Acesso em: 20 setembro 2008.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S., TOMITA, N. E. **Programa de agentes comunitários de saúde**: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, 2004.

LIMA, R. e C. D. **Enfermeira**: uma protagonista que produz cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: Edufes, 2001

LUNARDELO, S. R. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto/São Paulo**. 2004. 156 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARIOTTI, H. **Autopoiese, cultura e sociedade**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.geocities.com/pluriversu/autopoies.html/>. Acesso em: 20 agosto 2008.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007.

MARX, K. **O capital**. 7. ed. resumida. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1982.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Nova Cultura, v. 1, 1996.

MATURANA, H. R. **Da biologia à psicologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MENDES, Eugênio V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Saúde, 2001.

MENDONÇA, P. E. X. **(LUTA) Em defesa da vida: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde**. 2008. 143 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MERHY, E. E. (org). **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 71-112.

MERHY, E. E. *et. al.* Perspectiva da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, abr/jun. 2004.

MERHY, E. E. Nas Instituições, ninguém é impotente: prefácio. In: LIMA, R. C. D. **Enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: EDUFES, 2001, p. 13-15.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do Trabalho vivo em ato. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde. In: **O processo de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial na saúde**. 1999. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Unicamp, Campinas, 1999.

Merhy, E.E.; Franco, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas tecnologias relacionais. (www.professores.uff.br/tuliofranco).

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M., C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M., C. de S. Qualitativo-Quantitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3: 239-62, 1994.

MINAYO, M.C.S (org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 19 ed. São Paulo: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, 1997.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde**

Pública. Rio de Janeiro, v.18, n. 6, nov. /dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 20 junho 2006.

OLIVEIRA, R. G.; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS, M. L. O trabalho do agente de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. **Maringá**, v. 25, n. 1, p. 95-101, 2003. Disponível em: <<http://www.ppg. uem.br/>>. Acesso em: 20 junho 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Alma Ata 1978:** Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasil. OMS, 1979.

PAIM, J S e ALMEIDA FILHO, N de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J.S. **Modelos Assistenciais:** reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Paim, J.S. Saúde – política e reforma sanitária. Salvador: Cooptec/ISC, 2002.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação. 1998, 254 f. Tese (Doutorado)-Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1998.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, mar. /abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/> />. Acesso em: 20 julho 2005.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Rio Grande do Sul: Sulina, 2006.

ROZANI, T. M.; STRALEN, C. J. **Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro**. Disponível em: < <http://www.nates.ufff.br/novo/revista/v6n2.htm>>. Acesso em: 26 maio 2005.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no BRASIL: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan/jul. 2001. Disponível em: <<http://apsp.org.br/saudesociedade.htm/>>. Acesso em: 15 agosto 2005.

SANTOS, S. B.; BARROS, E. B. **Trabalhador da Saúde**: Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde. Rio Grande do Sul: Unijul, 2007.

SCHERER, M.D. A; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a Estratégia de Saúde da Família com base nas categorias Kuhnianas. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: 2005, v. 9, n. 16. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 02 maio 2006.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde pública**. Rio de Janeiro: v. 20, n.6, nov/dez. 2004.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: v.6, n. 10, fev 2002. Disponível em: <<http://www.debates.br/>>. Acesso em: 10 junho 2006.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v. 10, n. 6, 2002. Disponível em: <<http://www.debates.br/>>. Acesso em: 10 junho 2006.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M. - O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia: v.2, n.1, jan/jun. 2000. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/>>. Acesso em: 10 julho 2005.

SILVA, M.R. F; JORGE, M.S.B. Prática dos profissionais no PSF: representações e subjetividades. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v. 55, n. 5, p. 549-555, 2002.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde. Brasília: UNESCO, 2002.

Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.27, n. 65, Set/Dez de 2003.

Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.27, n. 65, Set/Dez de 2003.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 18, suppl., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 20 julho 2005.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **A priorização da família nas políticas de saúde.**

Disponível em: <<http://geocities.yahoo.com/>>. Acesso em: 17 fev. 2006.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Coleta de Dados

Instrumento de Pesquisa

Data da entrevista: ____/____/2009

Unidade de Saúde:

Município:

Identificação: _____

Sexo: masculino feminino

Idade: 19 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60
anos e mais

Estado civil: solteiro casado viúvo separado

Nível de instrução: não estudou ensino fundamental incompleto ensino
fundamental completo ensino médio incompleto ensino médio completo

ensino superior incompleto ensino superior completo

1. Há quanto tempo trabalha nesta USF?
2. Que tipos de trabalhos você já realizou antes de se tornar um ACS?
3. Você fez algum curso de capacitação? Em que momento? Quais os temas abordados?
4. O que para você é ser ACS? O que te fez vir trabalhar como ACS? O que te motiva no trabalho?
5. Quais eram as suas expectativas antes de iniciar o trabalho como ACS? O seu trabalho aqui atende a estas expectativas?
6. Como é o seu ambiente de trabalho nesta unidade? Explique.
7. O que para você é trabalho em saúde?
8. Descreva como é o seu processo de trabalho no dia-a-dia? Quais são suas responsabilidades e carga de trabalho por turno?

9. O que você tem a falar sobre o trabalho em equipe? Ele é realizado nesta USF? Explique.
10. Se você tivesse a oportunidade de mudar de profissão, você mudaria? Por quê?
11. Como você vê sua relação com os demais membros da equipe? Qual profissional você considera de “difícil convívio” e de “fácil convívio”? Por quê?
12. Quais sugestões você teria para mudar esta relação de trabalho?
13. Qual o principal problema encontrado nas visitas às famílias? Que ferramentas de trabalho você utiliza para resolver estes problemas que surgem?
14. Se você fosse o gestor/coordenador responsável por toda a dinâmica relacionada a USF na qual está inserido, que mudanças você faria?
15. Em sua opinião, qual a maior satisfação em ser um agente comunitário de saúde? Qual o maior desafio?
16. O que você acha que dificulta o seu trabalho?
17. Você considera que é mais fácil trabalhar com a equipe na USF ou com a comunidade? Por quê?
18. Você considera que o seu trabalho traz alegria ou tristeza? Por que?
19. O que para você é um trabalho triste e um trabalho alegre?
20. Gostaria de colocar alguma questão?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Sujeitos da Pesquisa

Autorizo a utilização das informações fornecidas por mim, para a realização da pesquisa **“ALEGRIAS E TRISTEZAS NO COTIDIANO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: CENÁRIOS DE PAIXÕES E AFETAMENTOS”**, que tem por objetivo analisar o trabalho do agente comunitário de saúde da Estratégia Saúde da Família no município de São Gonçalo/RJ a fim de identificar como se produz o sofrimento e o prazer no trabalho, bem como desvendar a vivência do agente em sua relação com a dinâmica do trabalho, percebendo o que no trabalho é fonte de dificuldades, desafios e que geram alegria ou tristeza. Autorizo ainda, a utilização das informações para publicações futuras.

Tenho conhecimento do caráter científico do estudo proposto, que é requisito para obtenção do grau de Mestre, da mestranda Heletícia Scabelo Galavote, do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde da Comunidade, da Universidade Federal do Fluminense, sob orientação do Professor Doutor Túlio Batista Franco. As informações/opiniões que eu emitir não causarão nenhum dano, risco ou ônus à minha pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes, ficando sob responsabilidade da pesquisadora.

É importante que, ao responder o questionário, eu saiba de pontos importantes, tais como:

- Só participo se desejar;
- Posso deixar de participar a qualquer momento;
- Durante a pesquisa posso fazer qualquer pergunta que desejar;
- Não existem respostas certas ou erradas e posso responder tranquilamente.

São Gonçalo, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do (a) participante pesquisa

Heletícia Scabelo Galavote

RG: _____ Tel. _____

Telefones: 9970-5699/3702-2534

ANEXOS

ANEXO A
CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - Coordenador Geral

Médico

CEP CMM/HUAP nº 003/09

Alair Augusto S.M.D. dos Santos

Médico

CAAE nº 4690.0.000.258-08

Ana Beatriz Monteiro Fonseca

Estatística

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

Carlos Brazil

Advogado

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Denise Mafra

Nutricionista

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

José Carlos Carraro Eduardo

Médico

Sr.(a) Pesquisador(a)

José Paravidino de Macedo Soares

Médico

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Maria de Fátima Lopes Braga

Nutricionista

Maria Nazareth Cerqueira Pinto

Médica

Miriam Fátima Zaccaro Scelza

Cirurgiã Dentista

Nívia Valença Barros

Assistente Social

Título do Projeto:

“Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos”

Paulo Roberto Mattos da Silva

Psicólogo

Pesquisador Responsável:

Heletícia Scabelo Galavote

Paulo Sérgio Faitanin

Filósofo

Regina Helena Saramago Peralta

Médica

Pesquisadores Colaboradores:

Túlio Batista Franco

Regina Lúcia de Oliveira Caetano

Farmacêutica

Renato Augusto Moreira de Sá

Médico

Data: 13/02/2009

Rosa Leonôra Salerno Soares

Médica

Parecer: *Aprovado.*

Rosângela Arrabal Thomaz

Bióloga

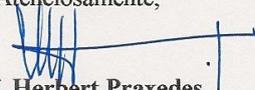
Atenciosamente,

Rosiléa Said Amazonas

Representante dos Usuários

Simone Cruz Machado

Enfermeira


Prof. Herbert Praxedes
Coordenador

Wilson da Costa Santos

Farmacêutico

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)