

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional:
Mestrado e Doutorado – Área de Concentração em
Desenvolvimento Político-Institucional

Agentes Comunitários de Saúde (ACS):
Condições de Trabalho e Sofrimento Psíquico

Neiva Isolete dos Santos Theisen

Orientador: Prof. Dr. Marcos Artêmio Fischborn Ferreira

Santa Cruz do Sul, fevereiro de 2004

Neiva Isolete dos Santos Theisen

**Agentes Comunitários de Saúde (ACS):
condições de trabalho e sofrimento psíquico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado – da Universidade de Santa Cruz do Sul, para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Artêmio F. Ferreira

Santa Cruz do Sul, fevereiro de 2004

*Ao meu marido Paulo Antônio Theisen (in memoriun),
que durante sua existência sempre incentivou todas as
minhas iniciativas e, hoje mesmo na ausência,
continuou dando-me força para concretizar este sonho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Universidade de Santa Cruz do Sul. À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão da bolsa de estudos. Aos professores que compõem o Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. Bem como, as *nossas* secretárias que, incansavelmente auxiliaram-me: Cássia, Janice e Vera.

Ao Professor Dr. Marcos Ferreira que não foi apenas um orientador, mas um brilhante mestre, pois sempre soube ponderar e entender as minhas dificuldades, como também teve paciência e compreensão com as adversidades que a vida me pregou e, que acima de tudo soube valorizar o que tenho de melhor: *o desejo de saber mais*.

Ao meu pai, que em meio às limitações da vida não deixou de ensinar-me valores essenciais para se viver em sociedade como: solidariedade, honestidade, humildade, respeito, fé e força para sonhar. Aos meus irmãos(as) que estão sempre do meu lado torcendo e vibrando pelas minhas conquistas. A minha mãe Zaida, a minha vó Antônia e a minha madrinha Zaira (*todas in memoriun*), mulheres guerreiras, que me ensinaram de que *quando se quer tudo é possível*. Ao meu tio Eugênio, que sem saber foi o meu espelho no desejo de trilhar o caminho do saber, como também na busca de *querer voar mais alto*. Aos meus sobrinhos(as), que alimentam a minha esperança de lutar por dias melhores, por justiça e por uma *sociedade mais digna e humana*. Aos inúmeros amigos(as), que a vida proporcionou-me dedico esta obra como agradecimento pelas palavras de coragem e apoio.

“Se consegui fazer este trabalho e se sou o que sou, é porque tive pessoas maravilhosas do meu lado, portanto a todos que acompanharam a minha trajetória a minha eterna gratidão e admiração”.

***“Não se pode mudar a direção do vento, mas
pode-se alterar a posição das velas”***

(In: MAURANO, Denise. Para que serve a psicanálise?)

RESUMO

Esta dissertação é resultado de uma pesquisa sobre as condições de trabalho de uma categoria especial de trabalhadores, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O estudo tem como foco o sofrimento psicológico desses trabalhadores em suas atividades como trabalhadores comunitários de saúde em programa nacional de saúde comunitária do Ministério da Saúde, o PACS – Programa de Agentes Comunitário de Saúde. O programa está presente em áreas sociais críticas no país e o estudo foi desenvolvido em dois municípios do Rio Grande do Sul: Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires. Os Agentes revelam que tratar de pessoas doentes é difícil, triste e doloroso, pelo fato de sentirem-se responsáveis pelos membros de sua comunidade. As frustrações são freqüentes pelo fato de perceberem que seu trabalho não tem a efetividade que gostariam. Os agentes sentem-se frágeis diante de determinadas situações que produzem baixa-estima, sofrimento mental e depressão.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Trabalho e Sofrimento

ABSTRAT

This dissertation is a result of investigation about work conditions and its implications on health of an special category of worker namely Community Health Agents (ACS). The focus is on psychological suffering of these workers in their tasks as community health workers of a national health community program of Brazilian Health Ministry (PACS – Health Community Agents Program). The program is nationally present in critical social areas and and the study was developed in two counties - Venâncio Aires and Santa Cruz do Sul, state of Rio Grande do Sul. According to this study, this kind of professionals think that working with sick people is difficult, sad and painful, because they feel responsible for the members of their community, and on many times they feel frustrated because the help they can provide is not as effective as they would like it to be; therefore, they feel sometimes too fragile before some situations that produce low steem, mental suffering and depression.

Key-words: Comunitarian Agent of Health, Work and Suffering

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciaria
MAC	Média e Alta Complexidade
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste
PREV-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SILOS	Sistema Locais de Saúde
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde
SPHC	Selective Primary Health Care
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
VRP	Vale do Rio Pardo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 12

1. A ORIGEM DE UMA NOVA CATEGORIA PROFISSIONAL	17
1.1 A Trajetória Histórica da Saúde no Brasil	18
1.2 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS	27
1.3 Agente Comunitário e Saúde: uma nova categoria profissional	29
2. CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS	38
2.1 Posição geográfica dos municípios estudados	38
2.2 Dados gerais sobre o município de Santa Cruz do Sul	39
2.3 Dados gerais sobre o município de Venâncio Aires	39
2.4 Pórtico de entrada do município de Santa Cruz do Sul	40
2.5 Pórtico de entrada do município de Venâncio Aires	40
2.6 Pontos turístico-religiosos dos municípios estudados	41
2.7 A História de Santa Cruz do Sul	42
2.8 A História de Venâncio Aires	43
2.9 O Sistema de Saúde de Santa Cruz do Sul	44
2.10 O Sistema de Saúde de Venâncio Aires	44
2.11 A implantação e cobertura do PACS nos municípios estudados	45
3. SANTA CRUZ DO SUL E VENÂNCIO AIRES NO CONTEXTO REGIONAL	46
3.1 Desenvolvimento Social X Desenvolvimento Econômico	48
3.2 A influência das instituições no desenvolvimento social	50
3.3 O papel político no desenvolvimento social	52
3.4 Desenvolvimento e as relações sociais	57
4. SUBJETIVIDADE, IDENTIDADE E TRABALHO	59

4.1 A importância do trabalho na identidade do <i>Ser Humano</i>	65
4.2 A Inserção da mulher no mercado de trabalho	71
5. SAÚDE E TRABALHO	72
5.1 O Trabalho e a produção de saúde/doença	77
5.2 O enfoque da Psicodinâmica do Trabalho	82
6. METODOLOGIA	86
6.1 Metodologia de Abordagem	88
6.2 População Pesquisada	91
6.3 Técnicas de pesquisa utilizadas	92
7. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	95
7.1 O Trabalho Feminino e o processo de cuidar	96
7.2 A Formação Profissional do ACS	112
7.3 O trabalho no local de moradia e com pessoas doentes	128
7.4 Vínculo institucional indefinido	139
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
9. ILUSTRAÇÕES E DOCUMENTOS	147
ANEXO A – Mapa da Região do Vale do Rio Pardo	148
ANEXO B – As responsabilidades de cada Ente Federativo	150
ANEXO C – As atividades atribuídas aos Agentes Comunitário de Saúde	153
ANEXO D – Documentos sobre o Ato do Poder Legislativo	155
ANEXO E – Documento sobre a forma de contratação do ACS	157
ANEXO F – O processo e os critérios de seleção do ACS	163

ANEXO G – Questionário da pesquisa	173
ANEXO H – Imagens sobre o trabalho do ACS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	196

INTRODUÇÃO

A partir do estágio curricular de Psicologia Comunitária no Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, realizado com os profissionais que atuam junto ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no município de Venâncio Aires/RS, surgiu o interesse de pesquisar sobre as condições nas quais os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estavam realizando as suas atividades laborais, porque durante o estágio várias queixas foram apresentadas em relação ao contexto de trabalho. A partir destas observações, procurou-se no período do estágio estudar os fenômenos que estavam acontecendo, sendo que, no primeiro momento buscou-se apenas escutar os(as) vinte e sete ACSs que faziam parte deste grupo. No transcorrer das escutas e dos trabalhos realizados, foi-se verificando que os conflitos de relacionamentos e os outros sintomas¹ que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) manifestavam, evidenciavam estarem vinculados ao caráter e ao contexto de trabalho.

Através dos dados obtidos durante este estágio, ocorreu o interesse em realizar um estudo mais aprofundado sobre este tipo de trabalhador(a), com a finalidade de verificar quais os fatores do contexto de trabalho do ACS, estariam interferindo na qualidade de vida destes trabalhadores e no desenvolvimento do PACS na região do Vale do Rio Pardo (VRP). A partir da experiência com os ACSs no município de Venâncio Aires, buscou-se realizar um estudo com profissionais do município de Santa Cruz do Sul, visando comparar dados e ampliar as discussões sobre o trabalho destes profissionais.

Desta forma, faz-se necessário destacar que a categoria ACS é nova no campo profissional e sua presença neste estudo será interpretada como a de um protagonista social, por sofrerem toda as influências sociais, mas também por contribuírem com sua parcela de interferências e participação. Ver o ACS como protagonista significa vê-lo não apenas como um produto das relações que contribuíram na formação da sua subjetividade², mas também um ser ativo que no convívio familiar, social e profissional também reage provocando mudanças e/ou transformações em si, no outro e no meio social em que vive. Em síntese, protagonista,

¹ Sintomas como: estados depressivos, agressividade, irritação, apatia, ansiedade, angústia, sentimentos de frustração, tristeza, insatisfação, entre outros.

² Subjetividade, vista como ausência de objetividade e como integração de alguns aspectos como o desejo, as percepções, os valores, as crenças, os sentidos e a relações intersubjetivas estabelecidas no social, que vão dando forma ao modo de pensar, agir e de ser de cada ser humano de acordo com o contexto histórico, cultural, econômico, político, religioso e o sistema familiar e profissional, na qual está inserido.

porque se parte da idéia de que é na interação com as outras pessoas do seu meio econômico, cultural, histórico e social, que o ser humano constrói sua subjetividade, personalidade, identidade, constituindo-se assim, em um ser único. Protagonista, também, porque a própria nomenclatura profissional apresenta a palavra AGENTE, que segundo o dicionário Michaelis³, significa: *que age, que exerce alguma ação; que produz algum efeito*.

Diante desta concepção sobre a constituição do ser humano, considera-se importante destacar a necessidade de conhecer e reconhecer este protagonista nas interfaces com o *trabalho*⁴, assim buscou-se neste estudo resgatar a constituição do PACS e, conseqüentemente, a origem desta categoria profissional, visando compreender os fenômenos que surgem da relação entre a ACS e o ato laboral. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi realizar uma investigação acerca das *condições de trabalho*⁵ e suas implicações na produção de *sofrimento psíquico*⁶ das ACSs, que trabalham no PACS, nos municípios de Venâncio Aires e Santa Cruz do Sul os quais estão localizados na região do Vale do Rio Pardo no estado do Rio Grande do Sul (ANEXO A). Esta pesquisa foi desenvolvida no período de janeiro a dezembro de 2003, com quarenta ACS.

³ MICHAELIS: *dicionário escolar língua portuguesa*. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2002, p. 23

⁴ *Trabalho*: atividades especificamente humana, que se realiza por meio de instrumentos, tendo por base a cooperação e a comunicação, pois é social desde o início. Implica em projeto, em transformação da natureza e em transformação permanente de seu agente, criador das próprias condições de sobrevivência. O instrumento, mediatizando a atividade humana, permite que a atividade de cada um incorpore a experiência da humanidade. Sampaio e Messias. A Epidemiologia em Saúde Mental e Trabalho. In: JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley (Org.) *Saúde mental & trabalho: leituras*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002, p. 151.

⁵ A expressão '*Condições de Trabalho*', segundo Dejours (1994, p.126) tem por alvo principal o corpo, mas neste projeto de pesquisa a utilização desta expressão visa enfocar além disso, a dimensão global do contexto de trabalho na qual os sujeitos estão submetidos, envolvendo a *organização do trabalho* e as relações intersubjetivas estabelecidas no coletivo através do processo de trabalho.

⁶ *Sofrimento Psíquico*: conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados, multiplicidade esta oriunda das contradições agudas ou crônicas entre consciência/objetividade e das heterogeneidades reais do mundo objetivo. Caracteriza-se pela dificuldade do sujeito em operar planos e definir sentidos para a vida, aliada a sentimento de impotência e vazio, o eu sendo experimentado como coisa alheia. JACQUES & CODO, 2002, p. 151

Portanto, a forma como o PACS foi criado, principalmente, no que se refere à atuação das ACSs na condição de “*trabalhadoras*” de saúde, constituiu-se o ponto de partida para elaboração do presente estudo. A hipótese de trabalho que subjaz à abordagem do tema procede da articulação entre os preceitos que estruturaram o programa em toda a sua extensão e as decorrências concretas envolvendo a vida dos trabalhadores que formam parte essencial da estratégia de funcionamento do programa. Esta, opera a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, recrutando essa força de trabalho na comunidade de residência do agente. As modalidades de recrutamento, seus critérios e as concepções que desenham o desejável no desempenho das funções terminam por submeter aos agentes a um conjunto de situações desfavoráveis do ponto de vista da sua constituição como um ser social e profissional e de inserção num campo de políticas públicas, que podem estar na base do sofrimento psíquico descrito, a saber:

- O não reconhecimento das Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como profissionais por parte dos demais trabalhadores da área da saúde;
- O campo de atuação que abrange não apenas situações complexas de saúde e doença mas problemas no campo familiar, social, jurídico, econômico, etc;
- A inexistência de limites entre o ambiente de trabalho, seu conteúdo e o local de moradia da agente implica sobrecarga física e mental pela “contaminação” da vida cotidiana pelo trabalho;
- Uma lógica de operação assentada sobre o que se considera característica desejável do trabalho feminino, visto como extensão do trabalho doméstico e religioso envolvendo cuidado, dedicação, paciência e solidariedade.
- A indefinição e desinformação sobre as estruturas institucionais de suporte para o trabalho da agente comunitária, comprometendo sua atuação.

De um modo geral, observa-se que estas trabalhadoras são integrantes de uma equipe de saúde que deve preocupar-se com a comunidade e realizar seu trabalho a partir das necessidades individuais e coletivas, mas as questões que ficam são: como está a Saúde das Agentes Comunitárias? Quais as condições que estas trabalhadoras têm para desenvolver as

suas atividades de prevenção e presta atendimento numa área tão complexa como a da saúde? Quais os respaldos técnicos e psicossociais que as ACSs dispõem para resolver as questões referentes a sua saúde, a sua cidadania e a sua situação enquanto trabalhadoras?

Ao considerar o fato de que este estudo é essencialmente de natureza social, optou-se pela abordagem qualitativa com base na *Metodologia Hermenêutica*, com finalidade de analisar e interpretar a relação dinâmica que existe entre as questões objetivas do trabalho e as questões subjetivas próprias do trabalhador. Para compreensão das experiências vivenciadas no cotidiano laboral, foi adotada a *Psicodinâmica do Trabalho*, por considerar que esta linha teórica desenvolvida por Dejours e seus seguidores fornecem subsídios para analisar a organização do trabalho e as relações sociais, bem como o impacto destes aspectos na subjetividade do ser trabalhador. Em síntese, este estudo toma o discurso das trabalhadoras como ponto de referência, para analisar o seu processo de trabalho desde a organização do programa até a experiência laboral da ACS no seu próprio local de trabalho. Ou seja, a partir dos depoimentos coletados nos grupos focais, nos questionários e nas entrevistas, procurou-se estudar e compreender o sentido das manifestações expressadas pelas ACSs.

O trabalho é uma atividade humana realizada por homens e mulheres em diferentes situações e condições, na qual pode contribuir tanto para a constituição do bem-estar como da desestruturação psíquica. Pois, segundo Seligmann-Silva⁷ “o trabalho, conforme a situação, tanto poderá fortalecer a Saúde Mental quanto levar a distúrbios que se expressam coletivamente em termos psicossociais e/ou individuais, em manifestações psicossomáticas ou psiquiátricas”.

Partindo deste princípio, formularam-se as seguintes questões: em que condições de trabalho as ACSs estão realizando suas atividades? Como está acontecendo o encontro destas protagonistas com o trabalho desenvolvido na área de saúde pública? Qual o lugar que estes trabalhadores ou protagonistas ocupam no processo deste trabalho? Qual a influência e

⁷ SELIGMANN-SILVA, Edith. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994, p. 46

impacto que este trabalho tem na subjetividade⁸ destas trabalhadoras? Em suma, estas são algumas questões que surgiram a partir de alguns trabalhos realizados neste campo, suscitando inquietações a respeito da origem do sofrimento psíquico, sendo que, muitas destas questões vão ao encontro da produção de muitos teóricos que falam sobre esta problemática e da necessidade de se buscar mais conhecimento sobre esta nova categoria profissional.

O que se pretende com este estudo, não é avaliar o trabalho das ACSs entre o certo e o errado, nem pôr em cheque a importância e o valor do PACS para melhorar as condições de vida das populações carentes, mas sim, analisar as condições de trabalho delas, enquanto trabalhadoras de uma instituição pública como o Sistema Único de Saúde (SUS), visando provocar reflexões e transformações sobre a situação laboral destes profissionais. Ainda mais, quando se constata que a estimativa do Ministério da Saúde é de que estejam atuando aproximadamente 200 mil ACS em todo o país e 250 trabalhadores na Região do Vale do Rio Pardo (VRP). Neste sentido, também é importante analisar o quanto este aspecto pode estar interferindo no desenvolvimento político-sócio-econômico desta região.

Na medida que o *trabalho* compreende atividade fundamental para a reprodução humana, a análise das características que compõem uma coletividade de trabalho inserida numa política pública, significa empreender o exame de interfaces com desdobramentos sobre o padrão de desenvolvimento de uma região. Ou seja, as formas de recrutamento das ACS, sua atuação como elo entre Secretaria de saúde e as populações urbanas e rurais, o aporte de recursos em forma de salários, a ampliação do consumo, o investimento setorial na proteção social e os meios de revitalização das relações comunitárias através do seu trabalho, de este objeto de estudo como um campo sensível de estudo sobre o desenvolvimento regio

⁸ Segundo Dejours (1985) analisar a relação entre a vida subjetiva e o trabalho seria “reconhecer o lugar importante da vida interior e subjetiva, mesmo se só podemos apreendê-las através de seus efeitos indiretos e concretos”. Ou seja, capturar uma dimensão da vida que se manifesta na atividade concreta, no trabalho.

1. A ORIGEM DE UMA NOVA CATEGORIA PROFISSIONAL

A condição laboral de Agente Comunitário de Saúde consiste numa nova categoria profissional que foi estruturada a partir da constituição do Programa de Agente Comunitário de Saúde no início da década de 90, em decorrência de algumas iniciativas exitosas de assistência social no Estado do Ceará. Este tipo de atividade é considerado por alguns teóricos como *sui generis*, porque a ACS é uma trabalhadora proveniente do próprio local de trabalho e moradia, na qual deve desenvolver atividades nas áreas da saúde e educação. Atualmente, o PACS é um programa que faz parte das políticas de saúde pública e está vinculado ao Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, considera-se necessário retroceder na história para conhecer em que conjuntura política, econômica e social o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi estruturado, para assim, visualizar com mais clareza a forma como foi criada esta nova categoria profissional e as *condições de trabalho* que lhes foram oferecidas desde o princípio.

Para análise destas determinações que se tecem a partir de governos e sociedades nacionais, é fundamental identificar a lógica das estratégias adotadas e os seus reais propósitos e prioridades. (...) Os graus de desenvolvimento político e social de cada contexto, delineados a partir de suas trajetórias históricas, estarão obviamente, atuando vigorosamente em determinações fundamentais para a organização dos assalariados e para a existência de canais de negociação capital/trabalho, capazes de conduzir a transformações positivas da qualidade de vida no trabalho.⁹

1.1 A Trajetória Histórica da Saúde no Brasil

⁹ SELIGMAN-SILVA, 1994, p. 69

Resgatar a trajetória histórica e política da saúde nas últimas cinco décadas no Brasil é importante porque possibilita identificar a ênfase dada nas ações, como também as estratégias adotadas na reforma sanitária. Segundo Mendes¹⁰ a reforma sanitária no Brasil se deu gradativamente, através de fatos e construções ideológicas, transitando do sanitarismo campanhista até 1965, com inspiração militarista, combatendo as epidemias, através de fortes e concentradas decisões de estilo repressivo às intervenções sociais, passando pelo modelo médico-assistencial privatista, com a prática médica curativa, até o final da década de 80 com a institucionalização do Sistema Único de Saúde. Porém, é necessário destacar que estas fases no setor da saúde sofreram influências internas e externas, sendo que, as internas fazem parte da própria constituição histórica da forma de assistência prestada e a externa tem haver com as interferências de órgãos internacionais no modelo de assistência adotado e/ou desenvolvido.

Ao pesquisar documentos do Ministério da Saúde, verificou-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) coordenaram a Reunião de Alma Ata em 1978 na antiga União Soviética, denominada “*Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde*”, apontando que o momento exigia soluções rápidas e consistentes para enfrentar a crise de saúde que estava afetando as populações pobres de todo o mundo – principalmente dos países do Terceiro Mundo. Nesta Conferência foi estabelecida uma meta “Saúde Para Todos no Ano 2000”, sendo que, esta deveria ser alcançada pelos governos por meio da atenção primária à saúde e da participação comunitária. Em linhas gerais, as organizações internacionais demonstraram preocupação e recomendavam que os governos direcionassem suas políticas de saúde para ações cujas metas seriam as populações sem cobertura dos serviços de saúde, através de ações simplificadas, de pouca incorporação tecnológica, mas com grande resolutividade dos problemas de saúde provenientes das condições de vida de cada país.

O fato das organizações internacionais ligadas às Nações Unidas (Organização Mundial de Saúde – OMS; Organização Panamericana de Saúde – OPS e, a UNICEF), terem percebido a necessidade de se criar estratégias de intervenções no sistema de saúde dos países, considerados por eles subdesenvolvidos, que não tinham um programa de saúde coletiva para atender a sua população (urbana e rural), carente de atenção médica, não conseguiu neste período fazer com que tais países se mobilizassem. De acordo com isto, observa-se de um

¹⁰ MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996, p. 58

lado que “todas as boas intenções e apelos não encontram o eco esperado, porque a realidade social teima em reproduzir-se conflituosa, injusta, excludente. (...) Neste sentido, pode-se afirmar que a incorporação do discurso da atenção primária pelas organizações internacionais, transformou a Reunião de Alma Ata num evento paradigmático. (...) passando a referência obrigatória e a orientar as estratégias nacionais e ações institucionais de saúde”¹¹.

Por outro lado, este evento serviu de referência para os Ministérios de Saúde de alguns países, orientando as políticas e/ou os sistemas de saúde na direção de buscar inspiração na experiência da *Medicina Comunitária*¹², como instrumento para preencher a ausência de atenção à saúde ou como uma nova prática que não era oferecida pelo mercado. Esta experiência sugere a participação da comunidade, a utilização de tecnologias simplificadas nos cuidados *básicos de saúde*¹³ à população, oferecendo serviços a baixo custo para ampliar os atendimentos ao maior número possível de pessoas e comunidades.

Nos anos 70, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta de atenção primária em saúde, surgiu no Brasil o programa de medicina comunitária, sendo que essas experiências desaguaram num programa de medicina simplificada. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), iniciado no nordeste, não alcançou abrangência nacional.

Segundo Ceccim¹⁴ em 1978, uma grande virada parece se armar contra a medicalização. Em lugar da assistência médica como estratégia de atenção à saúde, começa a vigorar um novo discurso/novo conceito: a Atenção Primária de Saúde. Para renovar a assistência médica é proposto o estabelecimento da maior proximidade com as famílias e comunidades locais na prática de atendimento à saúde e à doença e o respeito à cultura. A *atenção primária de saúde*, conhecida como medicina simplificada, mantém sua fixação nos princípios valores médico-científicos, isto é na mesma racionalidade médica.

¹¹ FERREIRA, M.A.F., 1992, p. 446.

¹² *Medicina Comunitária* em muitos casos significa reduzir a prática de atenção a um tipo de “atenção médica simplificada, invadindo a privacidade através de inquéritos, diagnósticos, interpelações, projetos de educação para a saúde, reuniões, procedimentos inaceitáveis nas camadas de renda superior”. *Ibidem*, p. 402.

¹³ Atenção Primária de Saúde.

¹⁴ CECCIM, 1998, p. 42/43

Este novo arranjo de atendimento e cuidado à saúde ainda continuou seguindo os modelos da assistência tradicional (curativa), pois ampliaram e direcionaram atenção às populações de baixa renda, passando a incluir a dimensão familiar e comunitária no atendimento. Esta *atenção primária de saúde* adotada, não foi suficiente para realizar a desmedicalização mas, por outro lado, a atenção de saúde voltada às áreas rurais e de periferia urbana, serviu para prestar assistência de saúde às populações desassistidas. Esta nova forma de atendimento passou a ocorrer através da inclusão de profissionais *não-médicos*, na assistência sanitária para alcançar o barateamento da assistência tradicional, ampliando o reconhecimento do direito da população a uma atenção integral.

O reconhecimento da crise desse modelo, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visam à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde¹⁵. Paralelo a esta nova perspectiva de atenção à saúde (assistência voltada para as populações carentes e incorporação da comunidade nesta área), surgem outros aspectos no campo governamental e administrativo, que precisam ser revistos e modificados pois as diretrizes estabelecidas neste contexto exigiam também outras medidas, ou seja:

Em face do quadro sanitário insatisfatório nos países subdesenvolvidos, seus governos são interpelados para que agilizem a construção de sistemas de saúde, descentralizem o poder decisório, invertam as prioridades estimuladas pelo mercado, voltando-se para o social, ajam intersetorialmente utilizando o planejamento integrado, massifiquem as ações básicas, utilizando o quanto possível o auxílio da população, sobretudo com relação às medidas coletivas/preventivas de saúde.¹⁶

No Brasil o processo de implantação de um programa de saúde pública e/ou um sistema que proporcionasse cobertura às ações em saúde, também sofreu influência e/ou pressão dos órgãos internacionais, até porque o Brasil é visto pelas entidades internacionais como um dos países do Terceiro Mundo, onde um grande contingente da população está à margem de uma assistência adequada à saúde. No entanto, é importante mencionar que antes da Conferência de Alma Ata, já haviam sido desenvolvidos no Brasil algumas ações, voltadas para à saúde das populações carentes e desassistidas em termos de políticas públicas¹⁷. Porém,

¹⁵ PAIM, J. S. *Medicina no Brasil: de movimento ideológico a ação Política* (mimeo). 1985

¹⁶ FERREIRA, M.A.F., 1992, p. 174

¹⁷ Convém lembrar um conjunto de ações institucionais no plano internacional cujas propostas e estratégias políticas e ideológicas compunham, nos anos sessenta um cenário voltado para contrapor-se aos avanços da influência socialista baseada em Cuba, como a Reunião de Punta del Este, a Aliança para o Progresso. Nos anos setenta, o campo da saúde tem na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e seus fóruns de debate, onde

esta proposta começa se concretizar e a população passa a receber maior atenção, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS/86), quando a reforma sanitária se intensifica e a Constituição Nacional de 1988, institui a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)¹⁹, do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde ganha maior espaço no âmbito político/governamental e nas arenas decisórias²⁰. Através destes dispositivos legais, a saúde passa a ter destaque e a ser olhada como um aspecto importante na conjuntura administrativa pelo poder público, inclusive porque de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal o Estado (nos três níveis: federal, estadual e municipal) fica responsável pelas políticas de saúde.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 196/CF)

se destaca a III Reunião de Ministros de Saúde em Santiago, o lastro institucional para o avanço de uma série de mudanças com vistas à ampliação de cobertura e o desenvolvimento de um discurso participativo reconhecido como necessário para legitimação dos programas de saúde comunitários; No Brasil, destaca-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), principalmente a experiência de Montes Claros (MG) e do Vale da Ribeira (SP). Já no final dos anos setenta e durante os oitenta, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde); Conselho Consultivo de Administração de Saúde Provisória (CONASP) e Ações Integradas de Saúde (AIS) foram decorrência de um avanço sistemático das propostas de medicina comunitária e da necessidade de construção de um sistema de saúde com base nas teses de Alma-Ata.

¹⁸ O SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso dessa proposta. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje. (...) é fundamental reconhecer que o desenho constitucional de 1988 é correto e moderno, mas que carece de condições e tempo para afirmar-se socialmente. E entender que seu desenvolvimento conseqüente vai depender da formulação estratégica de uma agenda para a saúde a ser perseguida, tenazmente, com muito esforço e por muitos anos. O Brasil já não suporta milagres e milagreiros, articuladores de soluções assentadas em diagnósticos ideológicos ou interessadas. (MENDES, 1996, p. 45)

¹⁹ A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi o evento político-sanitário mais importante na década de 80.

²⁰ Segundo Senna, as reformas do sistema de saúde no Brasil dos anos 80, se circunscrevem no movimento mais amplo de redemocratização do país e de ampliação da cidadania, onde a saúde constitui item importante na denúncia dos efeitos perversos do padrão de intervenção estatal consolidado ao longo dos anos, marcado por seu caráter centralizado, burocratizado, privatista e excludente. Fruto de uma ampla mobilização de diferentes setores da burocracia da saúde e da sociedade civil organizada – o denominado movimento sanitário – a reforma do setor saúde ganha impulso com a inscrição, na *Constituição Federal* de 1988 (Brasil, 1988), dos princípios e diretrizes da implantação do SUS. A universalização do acesso, enquanto uma das diretrizes do SUS, ao lado da descentralização e da participação popular, configuram uma inflexão no modo predominante de produção de políticas sociais no Brasil, possibilitando romper com o padrão meritocrático característico do nosso sistema de proteção social. – SENNA, Mônica de Castro Maia. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 18 (suplemento); 2002, p. 203-211.

Desta forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge como instrumento para promover o acesso universal e igualitário à população brasileira, conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal, no qual afirma que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo assim, um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- 1) descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- 2) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- 3) participação da comunidade.

A partir destas três diretrizes – *descentralização, atendimento integral e participação da comunidade* – e dos princípios – *universalidade, equidade e integralidade* – que constam nas Leis 8.080 e 8.142 do SUS publicadas em 1990, começou-se a direcionar todas as políticas e ações que tratavam de saúde. De acordo com estas diretrizes e princípios, o objetivo do SUS é fazer com que a população brasileira possa contar com: amplo acesso aos serviços de saúde, sempre que haja necessidade de atendimento; atendimento a todas as suas necessidades de saúde, desde uma orientação sobre como prevenir uma doença até o exame mais complexo; assistência de acordo com a gravidade da doença que essas pessoas apresentam.

Segundo Costa²¹, o novo Sistema Único de Saúde (SUS), seria orientado para a descentralização da gestão dos serviços; fortalecimento do papel do município; participação da população no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde; e para a universalização da cobertura com integralidade da cesta de cuidados.

Para normatizar a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do SUS, estabelece-se as Normas Operacionais Básicas (NOBs), como instrumentos que têm como objetivo regular a transferência de recursos financeiros da União para os Estados e

²¹ COSTA, Nilson do Rosário. Inovação Política, Distributivismo e Crise: A política de Saúde nos Anos 80 e 90. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 39, n.3, 1996, pp341a 542.

Municípios. Conforme a norma vigente, os municípios poderão habilitar-se em uma das duas condições de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica (gestão das ações e serviços básicos de saúde, como imunizações, procedimentos executados por paramédicos, consultas médicas na área clínica e consultas odontológicas) ou Gestão Plena do Sistema Municipal em que o município assume todas as ações e serviços públicos de saúde, sendo responsável pelo planejamento, programação e execução (direta, através das unidades públicas ou indiretamente, através de serviços privados contratados), controle, avaliação e, se necessário, auditoria de todas as ações e serviços de saúde executadas no município²². Nestas condições o Ministério da Saúde transfere os recursos financeiros para o Fundo Municipal de Saúde, para que estes desenvolvam os programas previamente estabelecidos²³.

Dentro desta perspectiva, a década de 90 é marcada pela adoção de estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atinjam os segmentos mais vulneráveis. Num contexto marcado pela implantação de medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, ganha força a perspectiva de racionalização dos gastos públicos, onde a eficiência e a equidade aparecem como elementos centrais, traduzidos na focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais²⁴. Em meio a esse novo olhar para a questão da saúde, foram surgindo algumas iniciativas locais e regionais para resolver os problemas decorrentes das faltas de informações, condições ambientais e da própria deficiência do sistema de saúde. Entre essas iniciativas, o governo do Estado do Ceará se destaca ao organizar estratégias para enfrentar as precariedades que vinham vivenciando na área da saúde.

²² WEIGELT, Leni Dias. O Sistema Único de Saúde e os profissionais da saúde de nível universitário da rede pública de Santa Cruz do Sul/RS: um estudo sobre recursos humanos no SUS através das representações sociais. *Série Conhecimento 6: Teses e Dissertações*, n. 6, Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001, p. 24

²³ Segundo Marques e Mendes, num estudo sobre a estratégia adotada pelos gestores federal e estadual do SUS, apontam que as intenções da NOB/96 em separar os recursos em Média e Alta Complexidade (MAC) daqueles destinados à Atenção Básica, mediante a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) – fixo ou variável -, reforçou o papel definidor da política de saúde pela esfera federal. Dessa forma, o aumento de importância das transferências não foi acompanhado pela autonomia dos municípios na determinação da política de saúde. Estes, dependentes dos recursos federais, passaram a ser meros executores da política estabelecida no âmbito federal, o que torna a descentralização e a participação da comunidade princípios cada vez mais esmaecidos, esquecidos em nome da “eficiência” do gasto em saúde. (MARQUES & MENDES, O financiamento e a política de saúde. *Revista USP* 51:6-15, 2001)

²⁴ SENNA, 2002, p. 204

No início da década de 90, após a constatação de um grande índice de mortalidade materno-infantil e falta de informação sobre meio ambiente, água potável e saneamento em algumas comunidades carentes do nordeste brasileiro, principalmente no Estado do Ceará, começou-se algumas providências para contornar a situação. Diante desta problemática, os órgãos públicos do Estado do Ceará tiveram a idéia de empregar 6 mil mulheres como agentes de saúde para realizar atividades simples e importantes como encaminhar as crianças para vacinação, cadastrar as gestantes e, entre outras, ensinar as famílias a utilizar o soro oral. Este tipo de atitude nos momentos de emergência, nos quais se busca resolver os problemas relacionando custo/benefício, foi chamado de Atenção Primária Seletiva em Saúde (*Selective Primary Health Care – SPHC*). De acordo com Ferreira,²⁵ “agindo focalmente em situações críticas, sem qualquer preocupação de estabelecer políticas públicas permanentes, a estratégia da SPHC não entra em confronto com o sistema privado, persistindo intacta a hegemonia da lógica de exclusão no setor saúde dos países do Terceiro Mundo”.

A questão da focalização é um tema relevante, porque a implantação de programas voltados para promover serviços básicos de saúde às populações pobres e marginalizadas, reforça a desigualdade e a injustiça social, mascarando a assistência em saúde. Ou seja, o que era para ser um direito passa a ser uma assistência superficial e sem compromisso com o todo, pois apenas prioriza-se áreas de risco com *cestas básicas de saúde*. Segundo Senna²⁶, a implantação de programas direcionados as áreas de riscos ocorre, porque sua emergência se deu num contexto de crise e racionalização dos gastos em saúde e/ou ainda devido à priorização das ações de prevenção e promoção da saúde, nas quais se busca uma simplificação da atenção à saúde, um sistema pobre para os pobres. De acordo com esta autora, é possível afirmar que o debate em torno da focalização das políticas sociais está extremamente relacionado à análise dos diferentes critérios adotados na elaboração de recursos e na seleção dos beneficiários. Lindblom (1980) chama atenção para o fato de que embora essas escolhas sejam subsidiadas por informações de ordem técnica, elas devem ser compreendidas enquanto decisões políticas, como resposta a distintos interesses dos diversos atores sociais presentes na arena decisória.

²⁵ FERREIRA, M.A.F., 1992, p. 452

²⁶ SENNA, op. cit. p.205

Em síntese, observa-se que a temática saúde vem ganhando notoriedade desde Alma Ata e que nas duas últimas décadas no Brasil além dos interesses políticos e atitudes focalizadoras, a preocupação com os desfavorecidos em relação a assistência em saúde, faz com que os fatores e padrões sócio-econômicos começassem a ser reconhecidos e incorporados como riscos na área da saúde. A associação dos fatores sócio-econômicos com o padrão de doença e mortalidade, ampliam a visão sobre os fatores que estão implicados no processo saúde/doença. Neste contexto, alguns segmentos começam a reconhecer que a saúde não é uma categoria que está isolada de outros mecanismos e/ou recursos, como as experiências e condições históricas, culturais, econômicas, psicossociais, educacionais e outros benefícios, que fazem parte dos direitos universais do ser humano. Em linhas gerais, a saúde²⁷ passa a ser vista e reconhecida como consequência de um conjunto de fatores e, dentro desta perspectiva, os órgãos do poder público passam a incorporar a equidade em suas diretrizes políticas, visando diminuir a iniquidade.

Iniquidade implica o conceito de injustiça e não uma parte restrita à idéia de desigualdade. (...) equidade refere-se particularmente a questões de justiça social, pois são questões que envolvem juízos de valor freqüentemente relacionados com a distribuição de renda, de riqueza e de outros benefícios, assim como ações políticas quase sempre associados a doação de recursos²⁸.

Em meio às reformas no setor saúde e a complexidade deste sistema no Brasil, surgiram algumas intervenções que a princípio tinham como objetivo não apenas a saúde da população desassistida, mas a racionalização dos gastos públicos. Entre a perspectiva de racionalização dos gastos e a busca de equidade e justiça social, aparecem os trabalhos desenvolvidos no Estado do Ceará (já mencionado), nos quais procurou-se empregar pessoas das próprias comunidades no combate dos problemas relacionados com a mortalidade infantil. Analisando o contexto político-econômico, percebe-se que este tipo de iniciativa visava não apenas focalizar as políticas públicas na resolução dos problemas sociais, como o desemprego e a falta de uma assistência adequada, mas reduzir os custos do estado com pessoal especializado.

²⁷ Saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, 1986)

²⁸ KADT, E. & TASCA, R. Promovendo a equidade um novo enfoque com base no setor da saúde. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 24

Para a resolução dos diversos problemas (custo/benefício, desemprego, falta de informação e de saúde, entre outros), o governo do Ceará opta por contratar 6 mil mulheres, visando atender a todas as demandas e com isto, contemplar principalmente a população que sofria todos tipos de carência. Desta forma, constata-se que o trabalho realizado pelas 6 mil mulheres contratadas pelo governo do Estado do Ceará foram tão exitosos naquele momento, que o Ministério da Saúde decidiu expandir este tipo de intervenção para outras comunidades que eram carentes de atenção médica. A partir desta iniciativa o Ministério da Saúde através do Sistema Único de Saúde – SUS, encampou a idéia como um programa de saúde coletiva, atendendo assim, as exigências das organizações internacionais e criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Portanto, conforme documentos do Ministério da Saúde, o PACS foi inspirado nessas experiências de prevenção de doenças por meio de informação e de orientações sobre cuidados de saúde. Em 1997, com a expansão do programa por todas as regiões brasileiras e com o processo de consolidação da descentralização de gestão e recursos no âmbito de Sistema Único de Saúde (SUS), o governo federal decide regulamentar a implantação e a operacionalização do PACS. Através da portaria nº1886/GM em dezembro de 1997, o Ministério da Saúde resolve aprovar as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), por reconhecer estes programas como uma importante estratégia que poderia contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

1.2 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS

De acordo com o Ministério da Saúde²⁹ a criação do PACS foi uma das primeiras estratégias para se começar a mudar o modelo de assistência à saúde, sendo que, a meta deste programa se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. Uma estrutura de atenção à saúde é montada com uma equipe que projeta uma base assentada em agentes de saúde (trabalho casa-a-casa), um nível intermediário com auxiliares (trabalho de vacinação, procedimentos de enfermagem,

²⁹ Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de agentes comunitários de saúde (PACS)*. Brasília/DF, 2001.

triagem) e um topo com os profissionais universitários (em menor número e nos consultórios)³⁰.

De acordo, com as normas e diretrizes este programa tem como objetivo incorporar ao Sistema Único de Saúde *agentes comunitários de saúde*, para desenvolver ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde/doença; desencadear ações de promoção de saúde e prevenção de doença; funcionar como elo de ligação entre a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde.

Este programa de saúde popular, além de estar alicerçado nos programas anteriores que objetivavam a participação da comunidade, também apresentava uma roupagem nova, pois abria espaço para a organização e autonomia local. Os princípios que geraram a idéia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são: ampliar a capacidade da população de cuidar da sua saúde, visando a melhoria da qualidade de vida das famílias e a reorganização dos SILOS – Sistema Locais de Saúde; aglutinar forças sociais para viabilizar a criação e/ou implementação dos Conselhos Municipais de Saúde; e sobretudo, servir de ponta de lança para a mobilização e a organização das comunidades.

O advento da medicina tecnológica, e as resistências crescentes contra seu domínio são elementos centrais, para a compreensão da mudança de um discurso agressivamente científico e inibidor do processo comunicativo entre médicos e pacientes, em outro, privilegiando a participação, o envolvimento *comunitário*, a integralidade das ações.³¹

A estratégia do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Para que a reorganização das ações de saúde realmente acontecessem era fundamental que os princípios básicos do SUS fossem observados e seguidos, ainda que sua operacionalização apresentasse diferenças devido às realidades regionais e municipais.

³⁰ CECCIM, R. B. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. Estermann (Org.) *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: mediação, 1998. P. 37-50

³¹ FERREIRA, M.A.F.,1992, p. 393

Desta forma, para a realização da implantação do PACS é preciso que o município esteja habilitado em uma das condições de gestão previstas na Norma Operacional Básica do SUS atualmente em vigor (NOB SUS 01/96) e que o respectivo projeto de implantação seja aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que congrega o Secretário Estadual de Saúde e os Secretários Municipais de cada Estado.

O Programa de Agentes Comunitários exige responsabilidade³² e entrosamento administrativo e político, pois é um programa que interliga todos os entes federativos (Nacional, Estadual e Municipal), em torno de ações básicas de saúde. Sendo que, quando o município aderir e implantar o referido programa, este deve manter o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) para permanecer habilitado no Piso de Atenção Básica (PAB)³³ e continuar recebendo incentivos financeiros do Ministério da Saúde para manter o programa e pagar o salário dos ACSs. Os recursos federais são transferidos de forma automática e regular diretamente aos fundos municipais pelo Fundo Nacional de Saúde e, se caso o município deixar de alimentar as bases de dados do sistema de informação (SIAB ou SIPACS) por um período de 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados durante um ano, perde o vínculo com as bases do programa e fica suspenso o cadastro. Portanto a alimentação do referido sistema é condição obrigatória para que o município se mantenha habilitado no Piso de Atenção Básica (PAB), e estar habilitado em uma das formas de gestão do PAB previstas na Norma Operacional Básica é uma das condições para implementação do PACS.

1.3 Agente Comunitário de Saúde: uma nova categoria profissional

³² As responsabilidades de cada Ente Federativo em relação ao PACS (ANEXO B).

³³ PAB – Piso Assistencial Básico, montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica. A relação de procedimentos incluídos neste piso é proposto na Comissão Intergestores Tripartite e aprovado no Conselho Nacional de Saúde. Este piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional único pela população de cada município (fornecido pelo IBGE). Este valor é transferido regular e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

De acordo com os documentos do Ministério da Saúde³⁴, o PACS representa um dos maiores avanços recentes na história da Saúde Pública no Brasil, sendo inovador quando estimula e a ativa participação de agentes sociais na execução das políticas públicas de saúde. O desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. O ACS deverá atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo da realidade e das necessidades locais, como também, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promover saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade.

A inserção do ACS como força de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), vem não só contribuindo para a prestação de cuidados primários de saúde e aumentando a cobertura do atendimento à população, em direção à meta “*Saúde Para Todos no ano 2000*”, como também, contribuindo para concretizar o processo de municipalização da saúde pelo Ministério de Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde é considerado muito importante, porque ele é tido como o elo de ligação, entre a comunidade e os serviços de saúde. É como uma ponte que liga as pessoas da sua comunidade com os profissionais especializados da área da saúde.

Através de documentos do Ministério da Saúde³⁵, constata-se que o Decreto Federal nº3.189, de 4 de outubro de 1999, “fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências”. No artigo 2.º deste decreto, estão arroladas as atividades do ACS³⁶, sendo que, em síntese, constata-se que as atividades atribuídas aos ACS em sua micro-área de atuação são:

Cadastramento/diagnóstico – é a primeira etapa do trabalho junto à comunidade. Consiste em registrar na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) informações sobre cada membro da família assistida a respeito de variáveis que influenciam a qualidade da saúde, como situação de moradia, condições de saúde, etc...Essas

³⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília/DF: programas e Relatórios; n. 69, 2002.

³⁵ Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de agentes comunitários de saúde (PACS)*. Brasília/DF, 2001.

³⁶ Todas as atividades atribuídas aos ACS (ANEXO C).

informações, uma vez consolidadas e analisadas, serão divulgadas e discutidas junto às comunidades e posteriormente encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, que por sua vez enviará cópia para a Secretaria Estadual de Saúde. Uma vez reunidas e processadas no Estado, darão origem a um relatório a ser encaminhado ao Ministério da saúde.

Mapeamento – esta fase consiste no registro em um mapa da localização de residências das áreas de risco para a comunidade, assim como dos pontos de referência no dia-a-dia da comunidade, com o objetivo de facilitar o planejamento e o desenvolvimento do trabalho do agente.

Identificação de micro-áreas de risco – uma vez realizado o mapeamento, o ACS identifica setores no território da comunidade que representam áreas de risco. Ou seja, locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram ali como inexistência ou precariedade do sistema de tratamento de esgoto sanitário, de abastecimento de água, entre outros.

Realização de visitas domiciliares – este é o principal instrumento de trabalho dos ACS e consiste de, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente na área de atuação do agente. A quantidade de visitas por residência varia em função das condições de saúde de seus habitantes e da existência de crianças e gestantes, as quais recebem atenção especial por comporem grupos prioritários.

Ações coletivas – com vistas a mobilizar a comunidade o ACS promove reuniões e encontros com grupos diferenciados – gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupos de situações de risco ou de portadores de doenças comuns – e incentiva a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades.

Ações intersetoriais – além de ações específicas na área de saúde, o agente poderá atuar em outras áreas como:

- *Educação* – identificação de crianças em idade escolar que não estão freqüentando a sala de aula;
- *Cidadania/direitos humanos* – ações humanitárias e solidárias que interfiram de forma positiva na melhoria da qualidade de vida (reforço a iniciativas já existentes de combate à violência e criação de comissões em defesa das famílias expostas à fome e a desastres naturais como secas e enchentes).

É importante ressaltar que as atividades desenvolvidas pelos agentes são acompanhadas e orientadas por um(a) enfermeiro(a) lotado em uma unidade de saúde na proporção máxima de 30 ACS para cada enfermeiro(a), o qual atua como instrutor-supervisor. Esse(a) enfermeiro(a) também é responsável pela capacitação das ACSs, que é desenvolvida de acordo com as necessidades identificadas na comunidade.

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) se diferencia dos demais trabalhadores da área da saúde, porque este profissional mesmo não sendo reconhecido como técnico por não ter uma formação científica, atua em várias situações ao mesmo tempo as quais envolvem questões sobre doença/saúde; educação/informação; prevenção/assistência; bem como, contato direto e constante com o usuário de seus serviços (população da comunidade). O processo de trabalho na qual o ACS se envolve vai desde visitas domiciliares realizando orientações sobre saúde, meio ambiente, saneamento básico até prestação de primeiros socorros nos casos de emergência.

No entanto, as discussões acerca dessa nova categoria profissional de recursos humanos estão apenas no âmbito legal, no qual foi debatido o que compete ao ACS e em que área se pode enquadrá-lo, pois este executa funções vinculadas a diferentes áreas (saúde, educação, etc...). Por tal motivo, este é visto como um trabalhador genérico com

competências limitadas, sendo que, para ampliá-las só seria possível na esfera da profissionalização quando este passaria a ser auxiliar ou técnico em uma sub-área.

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 da 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. A prestação do serviço – assistência de saúde – pode assumir formas diversas como a realização de uma consulta; um exame-diagnóstico; a aplicação de medicações; ações preventivas, individuais ou coletivas; ações de cuidados e/ou conforto; orientações nutricionais, etc...³⁷

De acordo com Nogueira,³⁸ o ACS pode ser visto como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas que são restritas ao campo da saúde, ao contrário do que ocorre com outros trabalhadores do SUS. Tem um perfil social composto basicamente por sua capacidade de liderança e uma história de iniciativas na linha da ajuda solidária intracomunitária que é uma exigência de seu processo de recrutamento, seleção e avaliação contínua. Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACSs tem de ser ancorado neste perfil social. Devido a essas características, que valem para todo os contextos de desenvolvimento econômico-social dos municípios, o ACS constitui um trabalhador *sui generis*³⁹.

O ACS deve ser oriundo da comunidade na qual vai atuar, como alude a sua denominação, e deve exercer uma liderança entre os seus pares, apresentando um perfil distinto do servidor público clássico. Na seleção de um servidor público comum, procura-se, a princípio, a pessoa mais qualificada tecnicamente para o exercício daquele mister. Aqui, não necessariamente. São fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança, a necessidade de residir na própria comunidade e o conhecimento da realidade social que o cerca. Os ensinamentos técnicos virão depois, mediante os cursos ministrados pelo Poder Público.

³⁷ LEOPARDI, 1999, p. 19

³⁸ NOGUEIRA, R.P. e Colaboradores. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis: o Agente Comunitário de Saúde*. (Texto encaminhado para discussão e publicação Nº 735) Rio de Janeiro: IPEA, fevereiro/2000, p. 26 – <http://ipea.gov.br>

³⁹ O termo *Sui Generis*, neste caso, está se referindo ao fato de que mesmo prestando cuidados de saúde às pessoas, o ACS também atua à nível de educação porque orienta, informa, ensina, etc.... Portanto, trata-se de um trabalhador genérico e fora do comum, não sendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões da saúde, porque não possui especialização, como também, não atua em uma única área.

Assim, em primeiro lugar, busca-se para o ACS, um perfil mais social do que burocrático ou técnico⁴⁰.

Conforme os documentos do Ministério da Saúde, já citados, esse traço identificador dessa categoria é o pilar das eventuais dificuldades que se encontram para se construir o modelo jurídico de sua contratação. Se assim não fosse, não haveria qualquer dúvida de que os ACSs deveriam ser submetidos aos mesmos comandos e regras próprios dos demais servidores públicos, em regime estatutário ou celetista, mediante prévia aprovação em concursos público, e vinculados às características desses regimes, inclusive estabilidade e regime disciplinar específico.

Para os responsáveis pelo programa essa distinção é fundamental, pois demonstra o quanto não é possível uma solução simplista e, em razão deste aspecto, o programa acaba enfrentando dificuldades e obstáculos com a forma jurídica de contratação dos ACSs, por causa do seu caráter inovador. Este quadro torna-se mais complexo, quando se constata que a seleção do ACS ficava a cargo da Coordenação Estadual e Regional de Saúde, porém atualmente, está sendo realizada por uma equipe na qual a Secretaria de Saúde do município participa e a Coordenadoria Regional fica apenas com a orientação, já a contratação e o modelo desta ficam exclusivamente sob responsabilidade do município. Ou seja, a execução das políticas públicas de saúde está cominada à órbita municipal, cabendo ao ente local a responsabilidade pela contratação do ACS, ainda que financiado com recursos federais. Na implantação do programa cada município adotou diversas formas de contratação dos ACSs, resultando em um grande elenco de alternativas, sendo que muitas delas não reconheciam aos ACSs os direitos trabalhistas previstos na Constituição Federal e legislação ordinária, próprios do regime da CLT, ou mesmo quaisquer outros tipos de direitos como o regime estatutário.

Em relação a este aspecto, a primeira e legítima reivindicação dos ACSs foi o seu reconhecimento enquanto categoria profissional, com a concessão dos benefícios trabalhistas. Este reconhecimento aconteceu quando o Presidente da República Fernando Henrique

⁴⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília/DF: programas e Relatórios; n. 69, 2002.

Cardoso sancionou a Lei n.º 10.507 em 10 de julho de 2002, criando a profissão de Agente Comunitário de Saúde⁴¹. Porém, o reconhecimento não foi suficiente para que estes tivessem seus direitos sociais reconhecidos, conforme previsto no artigo 7º da Constituição Federal, por viverem múltiplas formas de contratação: recibados, contratos temporários, cooperativados, autônomos e outros

A criação da profissão não foi suficiente para o reconhecimento dos direitos sociais, porque para os órgãos públicos estes são institutos distintos, ou seja, o reconhecimento da profissão refere-se às condições para o exercício da atividade e os direitos sociais decorrem da natureza jurídica da contratação⁴², de sua forma e do regime a que se vincula. Portanto, a lei da categoria não garantiu tais direitos, apenas parâmetros mínimos para o exercício da profissão de ACS.

A questão profissional das ACSs começa na forma de seleção⁴³, sendo que para isto se buscou uma solução intermediária em que fosse realizado um processo seletivo público, mediante requisitos estabelecidos em edital, mas que fosse valorizada a capacidade para aprendizagem, responsabilidade, liderança e solidariedade, características consideradas relevantes no desenvolvimento das atividades de ACS. Desta forma, a seleção realizada por uma equipe integrada (Coordenadoria Estadual, Regional e Municipal de Saúde), não deveria ser caracterizada como concurso público, mas sim como processo seletivo, o que é relevante em razão da natureza do vínculo que venha a se formar, já que não interessa ao programa o surgimento de ACS com perfil de servidor público burocratizado e com estabilidade no serviço público.

Este tipo de recrutamento faz parte de uma nova política de gestão dos recursos humanos, na qual se busca amparo da sociedade civil para assumir a execução de programas e a prestação de serviços de natureza pública. Diante desta realidade, faz-se necessário destacar e esclarecer que o Estado é o primeiro setor, o mercado é o segundo setor e a sociedade é o

⁴¹ Os documentos que refere-se ao ato do Poder Legislativo (ANEXO D).

⁴² Documento que refere-se as possíveis formas de contratação do ACS (ANEXO E).

⁴³ O processo e os critérios de seleção do ACS (ANEXO F).

terceiro setor. Neste sentido, entende-se o terceiro setor como sendo o conjunto das entidades da sociedade civil, devidamente organizadas, sob critérios específicos, para o desenvolvimento de ações de interesse público. Este mecanismo que o Poder Público tem para execução das funções de natureza pública, está respaldado na *Lei do Terceiro Setor*⁴⁴ (Lei 9.790/99), nas quais o terceiro setor apresenta-se como uma opção válida de parceria. Portanto, este dispositivo legal que possibilita a realização de parceria com entidades não-governamentais para a contratação dos ACSs, contribuiu para estabelecer vínculo trabalhista, sem se desnaturar a sua concepção original que o programa prevê em relação as características do ACS.

Segundo Antunes,⁴⁵ “o crescimento do *Terceiro Setor* decorre da retração do mercado de trabalho industrial e também da redução que começa a sentir o setor de serviços, em decorrência do desemprego estrutural”. A utilização do Terceiro Setor como mão-de-obra é conseqüência da crise estrutural do capitalismo como também do Estado na gestão dos seus recursos humanos, na qual recorre a este mecanismo como forma de obter servidores por menor custo. Neste caso, o Terceiro Setor se apresenta como opção econômica, porque incorpora aqueles trabalhadores que são expulsos do mercado de trabalho produtivo, em virtude do aumento do desemprego estrutural. Diante disto, percebe-se que assim como no meio produtivo/industrial, o sistema público também está acompanhando a onda do capital, adotando a terceirização como uma alternativa administrativa. Este aspecto é visível desde o princípio do programa, quando ocorreu a contratação das seis mil mulheres, sendo que até hoje isto acontece pois no geral os ACS são trabalhadores(as) que estão a margem do mercado de trabalho. Conforme o autor supracitado, o “Terceiro Setor” não é uma alternativa efetiva e

⁴⁴ O que essa lei implementou foi a institucionalização de uma nova categoria de entidade, a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), cujo regramento jurídico encontra-se traçado na referida norma e em seu decreto regulamentador (Decreto n.º 3.100, de 30 de junho de 1999). As OSCIP conceituam-se como uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, organizada sob a forma de associação, sociedade civil ou fundação, que em virtude de seu objeto institucional, recebeu do Poder Público uma qualificação especial, que a torna apta a celebrar o Termo de Parceria, pelo qual pode receber recursos públicos para o desenvolvimento de suas atividades de interesse público, sem desnaturar o seu caráter de gestão privada. O regime jurídico de funcionamento da OSCIP é o do direito privado, sem qualquer interferência estatal em sua gestão. Desse modo, o regime de seu pessoal será o da CLT, sem obrigatoriedade de concurso público para o seu ingresso; não se vinculará ao procedimento licitatório para as suas contratações e compras; a sua contabilidade é a geral comum; seus contratos são de direito privado; em suma, nada se lhe aplica do regime jurídico-administrativo próprio das entidades que integram a Administração Pública. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília/DF: programas e Relatórios; n. 69, 2002

⁴⁵ ANTUNES, Ricardo. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999, p. 112

duradoura ao mercado de trabalho capitalista, mas cumpre um papel de funcionalidade ao incorporar parcelas de trabalhadores desempregados pelo capital⁴⁶.

Uma coisa é presenciar nas diversas formas de atividade própria da economia solidária e do “Terceiro Setor” um mecanismo de incorporação de homens e mulheres que foram expulsos do mercado de trabalho e das relações de emprego assalariado e passaram a desenvolver atividades não lucrativas, não mercantis, reinvestindo nas limitadas (mas necessárias) formas de sociabilidade que o trabalho possibilita na sociedade atual. Esses seres sociais vêm-se, então, não como *desempregados*, *excluídos*, mas como realizando atividades afetivas, dotadas de algum sentido social. Aqui há por certo, um momento de dispêndio de atividade útil e, portanto positiva, relativamente à margem (ao menos diretamente) dos mecanismos de acumulação. Mas é bom não esquecer, também, que essas atividades cumprem um papel de *funcionalidade* em relação ao sistema, que hoje não quer ter nenhuma pública e social com os desempregados⁴⁷.

Esta tendência em buscar respaldo na sociedade civil e, principalmente, naquela parcela mais vulnerável da população (mulheres desempregadas⁴⁸), para executar tarefas de caráter público é uma forma de atender a demanda social na área da saúde, sem se envolver com o servidor em termos de custos e responsabilidade trabalhistas. Para Antunes⁴⁹, “o “Terceiro Setor” se compõe de formas de trabalho comunitário e assistencial que se expandem prioritariamente numa fase de desmoronamento do Estado do bem-estar social, tentando suprir em parte aquelas esferas de atividade que eram anteriormente realizadas pelo Estado”.

Em síntese, o que se percebe é que a partir de uma iniciativa para levar saúde as populações menos favorecidas, buscou-se a colaboração da própria comunidade tercerizando a prestação de serviço, sendo que, através desta iniciativa criou-se uma nova categoria profissional, com uma identidade peculiar. Para melhor visualizar qual o lugar que o ACS ocupa dentro do PACS, recorre-se a um esquema exposto em um dos documentos do Ministério da Saúde⁵⁰, no qual consta a hierarquia do programa:

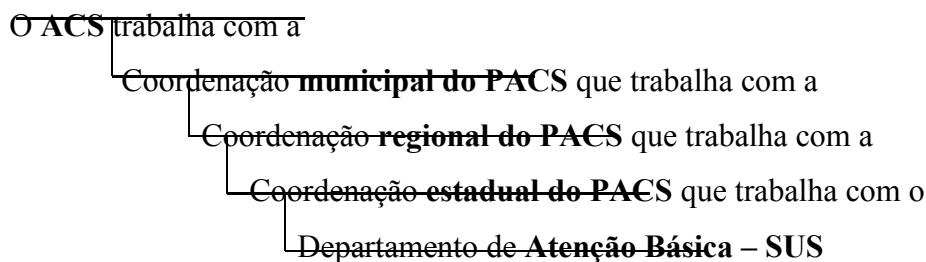
⁴⁶ Ibidem, p. 113.

⁴⁷ Ibidem, p. 113.

⁴⁸ Segundo Antunes (1999, p. 107), ocorre que as classe trabalhadora moderna é crescentemente composta por esses segmentos diferenciados, mulheres e terceirizados e/ou precarizados (e mais frequentemente por mulheres terceirizadas), que são parte constitutiva central do mundo do trabalho.

⁴⁹ Ibidem, p. 115

⁵⁰ Brasil. Departamento de Atenção Básica. Manual: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. 3º ed. Folheto Saúde, 2000.

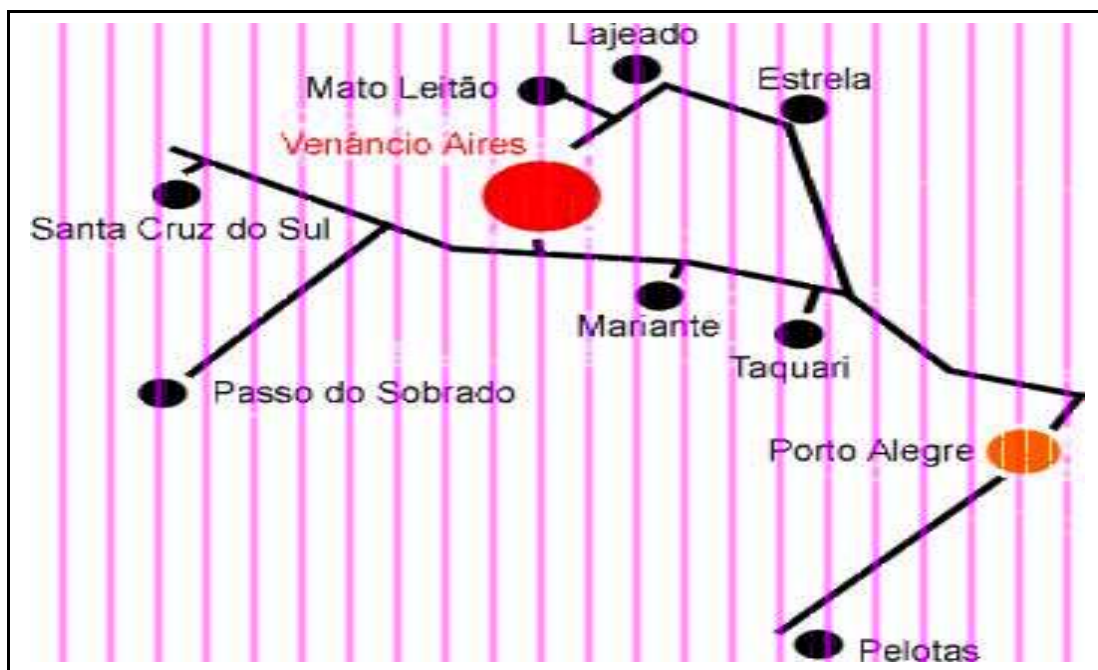


Olhando por outro ângulo, percebe-se que o ACS é um(a) trabalhador(a) que exerce um papel importante na execução e/ou aplicação do PACS, realizando um trabalho na ponta do sistema. Ou seja, as Agentes Comunitárias de Saúde fazem parte de uma rede de atendimento em saúde, contribuindo na maioria dos êxitos e/ou fracassos do Sistema Único de Saúde – SUS.

2. A CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

Para um maior entendimento do contexto geral dos municípios estudados, serão apresentados alguns aspectos de identificação de cada município, que demonstram a posição geográfica, pontos turísticos, a história, a cultura, a origem da população, como também a situação e o papel social destes municípios dentro da região do Vale do Rio Pardo. Todos os dados e informações sobre os respectivos municípios foram extraídos dos sites de cada município (www.venancioaires.famurs.com.br/3°htm & www.pmscs.rs.gov.br).

2.1 Posição Geográfica de ambos os municípios



2.2 Dados gerais sobre o município de Santa Cruz do Sul

O Município de Santa Cruz do Sul, localiza-se na Encosta Inferior do Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, há 155 km de Porto Alegre. Suas coordenadas geográficas são 29°43'59" de Latitude Sul e 52°24'52" de Longitude Oeste. Seu relevo compõe-se de áreas levemente onduladas ao Sul, vales, morros e elevações maiores, originadas dos primeiros contrafortes da Serra Geral. Apresenta altitude média de 122m. do nível do mar. O clima é subtropical temperado, com temperaturas médias de 19°C máxima de 42°C e mínima de 5° C. As chuvas caem entre 100 e 126 dias ao ano, com precipitações de 1300 a 1800 mm. Ocorrem ventos do quadrante leste, com velocidade média de 1,5 a 2,0 metros por segundo. Tem uma Área Total de 794,49 km², sendo 133,40 km² de Área Urbana e 661,09 km² de Área Rural. Segundo censo de 2001 possui uma população de 107.501 habitantes, sendo 52.043 do sexo masculino e 55.458 do sexo feminino. A população urbana é de 93.650 e a rural é de 13.851.

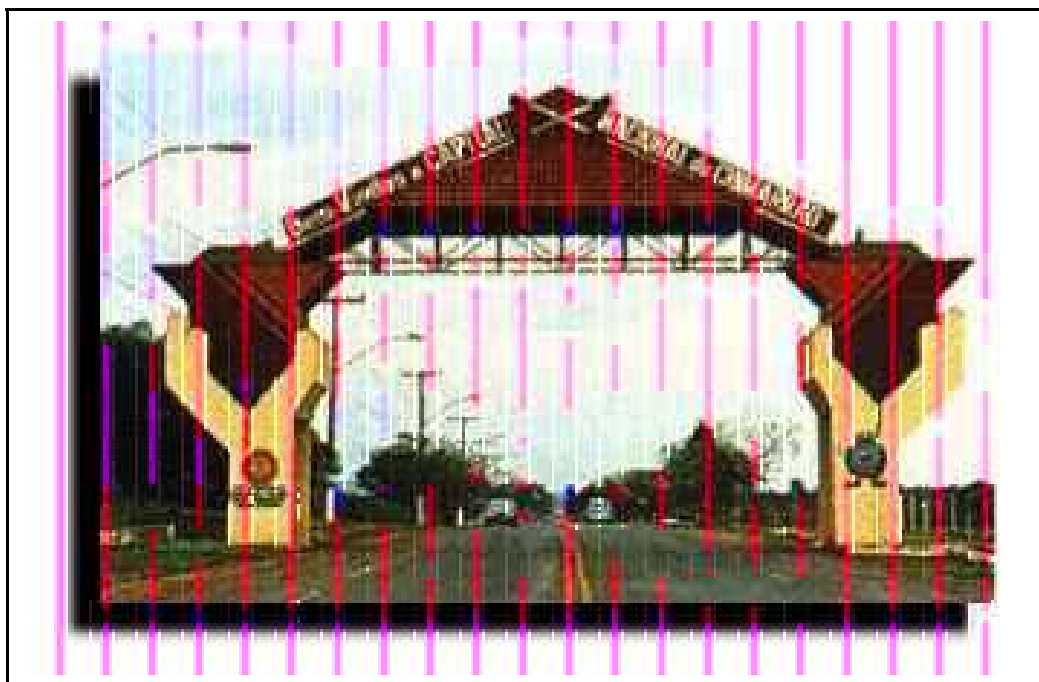
2.3 Dados gerais sobre o município de Venâncio Aires

O Município de Venâncio Aires localiza-se entre os Vales do Taquari e Rio Pardo, sendo que o acesso a cidade é margeado por acessos asfálticos através das rodovias RST 287 e RST 453. A distância de Venâncio Aires para Porto Alegre é de 130 Km, para o Pólo Petroquímico é de 80 Km, para o Porto de Rio Grande é de 450 Km, para o Porto Estrela é de 35 Km, para a Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC é de 35 Km e para a Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES é de 30 Km. Em relação a sua localização no Estado, este está localizado na região Centro Leste. Tem uma área de 728,45 km², clima Subtropical, 210m de altitude; -29,60639 de latitude; longitude -52,19194. Segundo censo de 2001 sua população de 61.234 habitantes (residentes), sendo que deste total 30.537 são do sexo masculino e 30697 do sexo feminino, com 36.193 residindo na área urbana e 25.041 residindo na área rural.

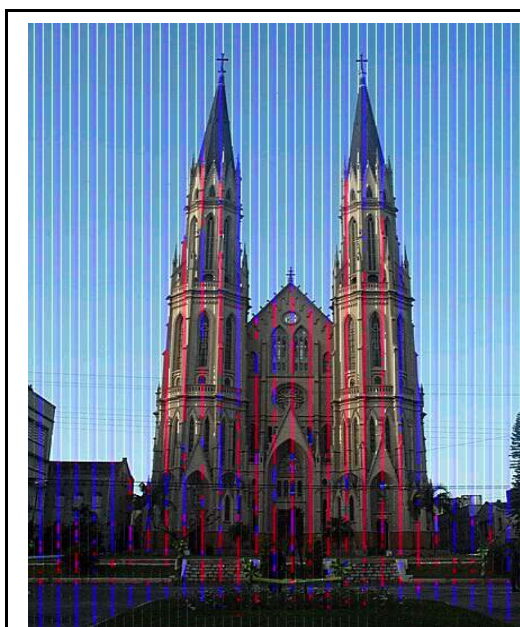
2.4 Pórtico de entrada da cidade de Santa Cruz do Sul



2.5 Pórtico de entrada da cidade de Venâncio Aires



2.6 Pontos Turístico-Religiosos de ambas as cidades



Catedral São João Batista

Localizada na zona central da cidade, em frente a praça Getúlio Vargas, a catedral São João Batista é um dos maiores templos da América do Sul em estilo neo-gótico tardio e, considerada um grande monumento artístico. Suas dimensões são: 80 metros de comprimento, 38 metros de largura, 26 metros de altura na nave central e suas torres alcançam 82 metros de altura.

Igreja Matriz de Santa Cruz do Sul



Igreja Matriz de Venâncio Aires

A Igreja Matriz de São Sebastião Mártir

É o mais importante monumento que ornamenta o espaço urbano de Venâncio Aires. Precioso patrimônio histórico e artístico. Sobretudo, eloqüente testemunho de Fé Cristã do povo desta terra. Apresenta os elementos arquitetônicos que caracterizam o estilo gótico: a estrutura vertical das paredes externas que sustentam seu equilíbrio dinâmico. Completando-se no interior pelo cruzamento das ogivas que permitem cobrir naves amplas e elevadas. Do alto dos pilares partem feixes sustentando as altas abóbodas.

2.7 História de Santa Cruz do Sul

O início da colonização deu-se em 1849, quando cinco famílias alemãs, vindas das províncias da Silesia e do Reno, chegaram na região. Rio Pardo desejava uma ligação com os Campos de Cima da Serra, com a finalidade de atrair o comércio daquela região. Quando o Barão de Caçapava foi o Presidente da Província, iniciaram a colônia de Santa Cruz, para cumprir as finalidades citadas. Já em 1847 tinham sido distribuídas sesmarias e, depois dos primeiros colonos, outros vieram para fixarem-se naquelas terras. O primeiro tipo de residências construídas foram choupanas e ranchos, com a cobertura feita com folhas de jerivá. Paralelamente ao cultivo do fumo, havia o milho, a mandioca, a batata, o feijão, etc. As primeiras sementes de fumo vieram de Cuba em 1851. Uma parte da sesmaria de João Antônio Farias da Rosa, foi desapropriada em 1852 com a finalidade de levantarem a futura cidade de Santa Cruz. Em 1860 ainda vieram colonos da Alemanha, que recebiam diárias e alojamentos durante dois meses. Como a colônia mostrava um grande progresso, em 1877 foi emancipada de Rio Pardo, instalando-se a Câmara de Vereadores no ano seguinte. Este município, até chegar ao nome atual, foi denominado de quatro formas diferentes: Faxinal do João Faria, Colônia de Santa Cruz, São João da Santa Cruz e Santa Cruz. Pelo Decreto Lei nº

720 de 29.12.1944, finalmente, passou a chamar-se Santa Cruz do Sul. Hoje o plantio e industrialização do fumo constituem a grande riqueza do município, dando-lhe o título de Capital do Fumo. O Município, a exemplo de outros, apresenta grande concentração de habitantes na cidade. Com um PIB de U\$\$ 1.356.221.815,83 bilhões e uma renda per capita de U\$\$ 12.834,02 (Fonte: Luiz Roque Klering – FEE Fundação de Economia e Estatística – dados de 1999 e Secretaria Municipal de Governo e Desenvolvimento Econômico). Capital Nacional do Fumo, Santa Cruz do Sul destaca-se no cenário do basquete. Também é conhecida pelas ruas largas, limpas e arborizadas e por seus jardins e trevos floridos. Hábito herdado dos imigrantes, a jardinagem é um, entre tantos outros costumes da cultura alemã, que até hoje são cultivados no dia-a-dia da população. Desta herança fazem parte do seu cotidiano: a sesta, o Kerb, as bandinhas, os Kränzchen, o canto, as danças, a gastronomia e muitas outras coisas.

2.8 História de Venâncio Aires

Venâncio Aires teve o seu povoamento a partir do ano de 1800 nas margens do Rio Taquari e dos Arroios Castelhana e Taquari-Mirim. O município de Venâncio Aires pertenceu primeiro a Rio Pardo, depois a Taquari e Santo Amaro. Seus habitantes eram de origem portuguesa, sendo que mais tarde vieram os imigrantes de origem alemã e italiana. Os primeiros colonizadores dedicaram-se à pecuária, a extração de madeira de lei e a erva-mate. A partir de 1853 começaram chegar os primeiros imigrantes alemães que se fixaram preferencialmente no Vale do Arroio Sampaio dedicando-se à agricultura e constituindo sociedades que hoje já somam perto de 500 em todo o município.

Inicialmente conhecida como Faxinal dos Tamancos, a freguesia de São Sebastião Mártir foi elevada à categoria de Vila em 30 de abril de 1891, já com o nome de Venâncio Aires, em homenagem ao ilustre jornalista e um abolicionista precursor das idéias republicanas. Em 11 de maio de 1891, era instalado através da emancipação o município de Venâncio Aires e, por cultivar e industrializar erva-mate, é chamado *Capital do Chimarrão*..

2.9 A Sistema de Saúde de Santa Cruz do Sul

O Sistema de Saúde no município é municipalizado desde 1992, sendo responsável pelos serviços de saúde prestado a população do município e da Região do Vale do Rio Pardo. Atualmente, o gestor é o secretário da saúde, nomeado pelo governo municipal por ocasião das eleições municipais. A Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.142/90 estabelece a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferência de saúde como também controla a transferência de recursos arrecadados pela União, para os Estados, o Distrito Federal e Municípios. O município dispõe de 3 hospitais com 333 leitos e 65 unidades ambulatoriais, para atender toda sua população e da região.

2.10 O Sistema de Saúde de Venâncio Aires

A Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente está habilitada pela NOB/SUS de 01/96, Portaria 2203 de 06/11/96. Sendo que, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi

criado pela Lei n.º 1488 de 08/03/1991; o Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi criado pela Lei n.º 1478 de 28/12/1990; a Vigilância Sanitária foi criada pela Lei n.º 1613/92; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado pela Lei n.º 2397 de 10/12/1997 e a data de encaminhamento dos Projetos de Programa de Saúde da Família (PSF) à 13.ª CRS foi em 30/07/2001 e a data de aprovação e/ou liberação dos recursos financeiros do PSF é de 22/02/2002. O Conselho Municipal de Saúde é composto por 05 representantes do poder público, 03 representantes dos profissionais da saúde, 02 representantes dos prestadores de serviços em saúde e 10 representantes dos usuários em saúde. Venâncio Aires dispõe de um Hospital com 150 leitos e a Secretaria Municipal de Saúde possui na rede municipal 8 postos de saúde na área rural e 8 postos de saúde localizados na área urbana. A Secretaria de Saúde conta ainda com uma unidade móvel que desenvolve programas de saúde Jornadas Móveis, levando às comunidades de difícil acesso exames preventivos. A Secretária Municipal de saúde e meio Ambiente está habilitada pela NOB/96 com Gestão Plena em Atenção Básica, habilitado conforme portaria/MS 109 de 13/02/98.

2.11 A Implantação e Cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde nos municípios pesquisados

Municípios pesquisados	Data de implantação	Cobertura no início	Cobertura em 2003	
			PACS	PSF
Santa Cruz do Sul	09/1997	População 24.146	17.646	15.864
		Famílias 6.602	5.159	4.240
Venâncio Aires	02/1998	População 14.810	12.584	6.446
		Famílias 4.309	3.836	1.769

Dados fornecidos pela Coordenação Regional do PACS (14/01/2004)

Número de Agentes Comunitários de Saúde no período de 2003				
	PACS	PSF	Masculino	Feminino
Santa Cruz do Sul	53	33	02	84
Venâncio Aires	23	10	00	33
Região VRP	175	74	12	237

Dados fornecidos pela Coordenação Regional do PACS (14/01/2004)

Distribuição dos Agentes Comunitário de Saúde (Municipal e Regional)				
	PACS	PSF	Área Urbana	Área Rural
Santa Cruz do Sul	53	33	57	29
Venâncio Aires	23	10	15	08
Região VRP	175	74	124	113

Dados fornecidos pela Coordenação Regional do PACS (14/01/2004)

3. SANTA CRUZ DO SUL E VENÂNCIO AIRES NO CONTEXTO REGIONAL

Segundo Klarmann⁵¹ a *Região do Vale do Rio Pardo* pode ser dividida em três diferentes regiões, entre as quais o *norte* é predominantemente constituído por pequenas propriedades agrícolas, com problemas de evasão populacional e estagnação econômica, o *centro* é uma área industrial por excelência, representada pelos municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Vera Cruz, entre outros e, o *sul* é uma área formada por médias e grandes propriedades, com características econômicas (agropastoris), semelhantes a Metade Sul do Estado.

⁵¹ KLARMANN, Herbert. A industrialização e o comércio regional no vale do Rio Pardo. IN: VOGT, Olgário Paulo (Org.) *Vale do Rio Pardo: (re) conhecendo a região. Santa Cruz do Sul*: EDUNISC, 2001

Conforme os dados do Censo Demográfico IBGE – 2000, a Região do Vale do Rio Pardo na sua totalidade, é composta por 22 municípios⁵², sendo que o seu maior contingente populacional vive no meio rural. Porém, na porção central da região há alta concentração de poder econômico, porque estão localizadas as indústrias que geram um grande volume financeiro por causa da cultura do fumo, que participa com mais de 50% do valor da produção agrícola da região e boa parte dos empregos industriais. Há, no entanto, uma queda da renda agrícola, principalmente nas regiões de minifúndio, faltando opções para agregar renda a produção primária, como a instalação de agroindústria e a comercialização.

Os municípios de Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires são pólos de referência na Região do Vale do Rio Pardo, por disporem de uma estrutura industrial e produtiva em expansão, o que por outro lado, causa grande dependência dos demais municípios da região. Outro aspecto que contribuiu e ainda favorece o desenvolvimento econômico e social destes municípios é a sua posição geográfica (entre dois vales Taquari e Rio Pardo), bem como o acesso fácil a capital do Estado. Entre os fatores que contribuíram e ainda estão influenciando na estrutura ou formatação da região é a colonização destes municípios, que é basicamente constituída por descendentes de luso-brasileiros, italianos e alemães.

Os nativos e principalmente os colonizadores de origem européia, que se instalaram neste espaço influenciaram significativamente a forma de aproveitar e de se apropriar da terra, de tal forma, que até hoje as populações que habitam este território utilizam este tipo de recurso econômico para subsistência. Segundo Etges,⁵³ as formas que hoje estão impressas no território do Estado do Rio Grande do Sul, ou de qualquer outro território, não podem ser mais atribuídas simplesmente às condições físicas ou naturais do mesmo. Ao contrário, essas formas atuais revelam o uso que foi dado e, principalmente, que vem sendo dado atualmente a esse território. E esse uso é determinado por interesses econômicos, sociais, políticos e culturais. São esses portanto, os aspectos que definem uma região nos dias atuais.

⁵² Arroio do Tigre, Boqueirão do Leão, Candelária, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, General Câmara, Herveira, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Pantano Grande, Passa Sete, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Segredo, Sinimbu, Sobradinho, Tunas, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires, Vera Cruz.

⁵³ ETGES, Virgínia E. A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, Olgário Paulo (Org.) *Vale do Rio Pardo: (re) Conhecendo a região. Santa Cruz do Sul*: EDUNISC, 2001

A diversidade econômica, política, social, cultural e ambiental que predomina na região do Vale do Rio Pardo é resultado da colonização e da forma como estes se distribuíram pelo território e se organizaram para explorar a terra, influenciando os seus descendentes e contribuindo para o desenvolvimento e/ou empobrecimento de algumas partes desta região. Conforme Bernardes,⁵⁴ “a compreensão das tendências manifestadas no curso da expansão do povoamento explica-nos até que ponto as influências naturais, os fatores culturais e os interesses políticos e econômicos se cominaram ao longo do tempo, culminando nas atuais linhas do quadro geográfico-cultural do Rio Grande do Sul”. Ou seja, a distribuição e a organização no povoamento, imprimiram marcas étnicas, culturais e religiosas de tal forma que, é necessário um estudo detalhado para entender o que está por trás das pequenas propriedades, das grandes indústrias, do estancamento produtivo, da limitação ou expansão econômica de alguns municípios.

Na análise política e econômica contemporânea de alguma região é fundamental contemplar as relações sociais e outras categorias que fazem parte deste contexto como a história, a cultura, as ideologias, as crenças, os valores, etc... para que a análise deste contexto tenha sustentação e consistência. Até porque, a economia ou o capital por si só não existiria se não tivesse o ser humano interagindo com a matéria e com os outros seres. Só assim, será possível identificar as relações de dominação e exploração que permeiam este campo, bem como as condições de desenvolvimento não apenas econômico, mas social.

3.1 Desenvolvimento Social X Desenvolvimento Econômico

O desenvolvimento no contexto social geralmente é estudado a partir do crescimento econômico, pois de uma forma geral, sempre se procura avaliar o progresso ou a evolução dos

⁵⁴ BERNARDES, Nilo. *Bases geográficas do povoamento do Estado do Rio Grande do Sul*. Ijuí: Editora Ijuí, 1997.

diferentes grupos sociais pelo seu desempenho e pelo seu poder econômico. A renda acumulada e o poder aquisitivo das pessoas, entidades, comunidades e nações, foram e ainda são a referência para muitos teóricos no momento de verificar a atuação destes e para apontar se houve ou está havendo desenvolvimento. Segundo Branco,⁵⁵ “o desenvolvimento as vezes é traduzido pelo simples crescimento econômico, assente na acumulação de capital, outras vezes é acrescido do grau de satisfação das necessidades básicas da população e da atenuação das desigualdades econômicas”.

A questão econômica obteve prioridade entre os estudiosos e teóricos deste tema, provavelmente porque as pessoas, as entidades, as instituições governamentais e os Estados Nacionais, sentem-se presas a ela para suprir as suas necessidades de natureza econômica e, principalmente, pelo poder que este possibilita. O potencial econômico, também era e é visto como a única saída para superar as dificuldades relacionadas à sobrevivência e, que não deixa também, de ser um meio para se obter reconhecimento, status e poder na esfera social.

Sem dúvida, a variável *'renda'* exerce um papel muito importante no contexto social, até porque, esta é um forte instrumento para suprir as necessidades básicas, que também contribui para se adquirir outros elementos fundamentais, para viver em sociedade como a tecnologia, a informação e o lazer entre outros. Portanto, quando a falta de renda predomina, compromete não só as condições de vida das pessoas, mas também o desenvolvimento social como um todo. O grande perigo de analisar o desenvolvimento somente a partir do quesito *'econômico'* está no fato de cair na armadilha, de que a ausência de renda é a única variável que contribui para o surgimento, manutenção e superação da pobreza e dos problemas decorrentes desta. Portanto, ao atribuir a falta de renda como a fonte da pobreza, está-se negando ou não reconhecendo que existem outros componentes que constantemente estão interagindo na dimensão social e, que podem provocar e fortalecer o estado de carência não apenas econômica, mas de capacidade humana (doenças, analfabetismo, desnutrição, falta de oportunidade, relações interpessoais, etc...).

⁵⁵ BRANCO, 1999, p. 55

Segundo Sen,⁵⁶ “a pobreza deve ser vista como privação de capacidades básicas em vez de meramente como baixo nível de renda, que é o critério tradicional de identificação da pobreza”. Sendo que, a falta de renda pode ser uma razão primordial da privação de capacidade de uma pessoa, mas não é a única. Olhar para o estado de pobreza da população somente pelo prisma da renda está-se sujeito a fazer uma leitura parcial da situação que se apresenta. Para tal, é preciso considerar na análise do desenvolvimento a história, a cultura, o regime político, a posição geográfica, enfim as diferentes variáveis ou aspectos que podem estar proporcionando o estado de pobreza ou a qualidade de vida.

Portanto, é preciso analisar os outros aspectos que também estão implicados e presentes no processo de desenvolvimento, mas que geralmente estão subjacentes as questões mais salientes como a renda ou o sistema econômico. Diante disto, é importante destacar que além da questão econômica, existem outros fatores que também interferem de forma explícita e implícita no processo de desenvolvimento individual e dos diferentes grupos sociais. Segundo Sen⁵⁷ “ao julgar o desenvolvimento econômico não é adequado considerar apenas o crescimento do PNB ou de alguns outros indicadores de expansão econômica global. Precisamos considerar o impacto da democracia e das liberdades políticas sobre a vida e as capacidades dos cidadãos”.

3.2 A influência das instituições no desenvolvimento social

Ao estudar o desenvolvimento e os elementos que estão implicados nesta temática, percebe-se que a questão econômica tem um peso muito forte, parecendo que para alcançar um certo nível de desenvolvimento é preciso apenas resolver os problemas de ordem econômica e os aspectos que fazem parte deste universo (industrialização, produção, etc...).

⁵⁶ SEN, 2000,p. 109

⁵⁷ SEN, 2000, p. 178

Uma sociedade capitalista como a nossa, onde tudo é direcionado para o consumo, na qual o mercado e as indústrias criam necessidades como a roupa da moda, o carro do ano, o remédio mais potente, o computador mais rápido e, entre outros, os alimentos mais saborosos, impede as pessoas de verem que estão sendo comandadas e manipuladas pelo sistema econômico hegemônico. A criação de um quadro de necessidades mascara um sistema que foi estruturado a partir das relações do homem com a natureza onde se predomina o valor de uso sobre as relações humanas, pois as relações capitalistas substituíram os valores de troca como critério de reprodução da vida social.

O processo de produzir para dar conta das necessidades de subsistência e aquelas, que o próprio mercado foi criando no transcorrer do tempo, teve e tem respaldo por outros elementos e/ou categorias da sociedade. Ou seja, o sistema econômico não poderia existir sem que as instituições como o Estado, a família, a escola, a cultura, a política, as associações e outras, não tivessem proporcionado espaço para que este se estruturasse. Diante disto, constata-se que a economia teve respaldo das instituições para se constituir e se manter como um elemento social em destaque. Portanto, o sistema econômico, nem sempre pode ser visto como o responsável pela pobreza humana (falta de recursos financeiros) e pelo subdesenvolvimento de algumas nações e/ou regiões. Isto porque, os problemas decorrentes da falta de renda ou poder aquisitivo da população em geral, não dependem apenas em ter ou não renda (dinheiro), mas de um sistema social que lhe proporcione condições de participar e usufruir do que este contexto social dispõe (trabalho, saúde, educação, moradia, etc...).

O subdesenvolvimento consiste, antes de tudo, num ambiente social em que a cooperação humana inibe a inovação, apoia-se em vínculos hierárquicos localizados e bloqueia a ampliação do círculo de relações sociais em que se movem as pessoas. É exatamente por isso que o segredo do desenvolvimento não reside em dons naturais, na acumulação de riqueza nem mesmo nas capacidades humanas, mas nas instituições, nas formas de coordenar a ação dos indivíduos e dos grupos sociais.⁵⁸

As instituições políticas e o sistema econômico são elementos de um mesmo universo e estão se cruzando a todo tempo. Sendo assim, constata-se que as instituições políticas podem exercer um papel importante no processo de desenvolvimento, contribuindo

⁵⁸ ARBIX, G. ZILBOCIUS, M. & ABRAMOVAY, 2001, p. 172

para que a população tenha condições de vida mais adequadas, ou não. Portanto, ao estudar o desenvolvimento de algum contexto social é preciso averiguar o quanto estas estão implicadas com o meio social, verificando como o poder público se comporta diante dos momentos que exigem comprometimento com as questões sociais. Neste sentido Bobbio, destaca que

Uma vez considerado o momento da sociedade civil como o momento através do qual se realiza a passagem da necessidade à liberdade, as ideologias são vistas não mais como justificação póstuma de um poder cuja formação histórica dependente das condições materiais, mas como forças formadoras e criadoras de nova história, colaboradas na formação de um poder que se vai constituindo e não tanto como justificadoras de um poder já constituído.⁵⁹

3.3 O Papel Político no Desenvolvimento Social

A instituição⁶⁰ política⁶¹ possui um papel importante no contexto social, por ser um elemento fundamental no processo de desenvolvimento, dispondo do poder de frear ou impulsionar o desenvolvimento através dos regimes e formas de governar. A política está presente nos diferentes contextos e interage com todas as esferas sociais, aparecendo de forma direta ou indireta na vida da sociedade através dos indivíduos e instituições privadas e públicas, que a utilizam.

As instituições políticas na esfera social atuam na administração dos bens públicos e na organização dos serviços prestados a população. Segundo Scott Mainwaring, “as instituições criam incentivos e penalidades para os atores políticos, conformam as identidades dos atores, estabelecem o contexto no qual ocorre o processo de elaboração de políticas, e podem ajudar ou prejudicar a construção de regimes democráticos”.⁶² O regime democrático⁶³ ao qual o autor Mainwaring se refere, é um tipo de regime político que permite a participação

⁵⁹ BOBBIO, 1999, p. 62

⁶⁰ *Instituição*: é o conjunto das leis, das normas que regem uma sociedade política; o conjunto das estruturas sociais estabelecidas, especialmente as relacionadas à coisa pública. (FERREIRA, A.B.,1993, p 309). Instituição são, assim, todos os estabelecimentos ou organizações, com existência material e/ou jurídica: escolas, hospitais, empresas, associações, etc... (Rodrigues e Souza, IN: Saidon, 1987).

⁶¹ *Política*: é um conjunto dos fenômenos e das práticas relativos ao Estado ou a uma sociedade; uma arte e uma ciência de bem governar, de cuidar dos negócios públicos; qualquer modalidade de exercício da política; habilidade no trato das relações humanas; modo acertado de conduzir uma negociação e, estratégia. (FERREIRA, A.B.,1993, p 430).

⁶² Scott Mainwaring, in Lima Jr, 1997, p.94

⁶³ Democracia: é uma doutrina ou regime político baseado nos princípios da soberania popular e da distribuição equitativa do poder – governo do povo. (Ibidem, p. 165)

popular nas decisões públicas, contribuindo para a criação de projetos que favorecem o desenvolvimento ou o crescimento social.

Segundo Rocha,⁶⁴ a participação ativa dos indivíduos é hoje a mais importante “arma” contra políticas oriundas de programas governamentais mais comprometidos com o controle do déficit, pagamento de juros a bancos Internacionais, superávit da balança de pagamentos, etc. do que em proporcionar o desenvolvimento social e liberdade para os indivíduos. Exercer a democracia participativa não só evitará que nações e/ou regiões passem por situações caóticas, como a fome e epidemias coletivas, mas também garantirá um futuro consolidado pela participação e anseios da sociedade.

Porém, nem todos os sujeitos conseguem participar ativamente no processo político por motivos, que os impossibilitam de considerar este aspecto como essencial. Os motivos que impedem a maioria das pessoas de participar do sistema político em muitos casos são inerentes aos seus desejos de exercer o seu direito de cidadão através do voto, ou até mesmo de intervir com mais determinação nas decisões de âmbito local, participando de eventos que dizem respeito à qualidade de vida da sua comunidade. Isto porque, a participação dos cidadãos no processo decisório das políticas e assuntos públicos depende de fatores externos como: regime político vigente, a dimensão cultural e entre outros o grupo na qual está inserido.

Desta forma, quando se fala em política deve-se considerar o grau de envolvimento das pessoas com as questões de natureza política, bem como, o papel que estas assumem com o sistema político da sua comunidade e/ou nação. Este comportamento de participar das decisões e assuntos públicos faz parte da cultura política de cada pessoa. De acordo com Almond e Verba,⁶⁵ “o termo *cultura política* assim refere-se especificamente ao conjunto de atitudes e orientações políticas que os indivíduos possuem acerca do sistema político e do seu papel no sistema”.

⁶⁴ ROCHA, 2001, p. 199

⁶⁵ ALMOND & VERBA. In: SCHIMDT, 2001, p. 118.

Neste caso, observa-se que durante a formação intelectual e psicológica das pessoas no período da infância e da adolescência, o meio em que elas vivem e as instituições nas quais elas convivem (família, escola, religião, etc...), contribuem de forma significativa, para que estas desenvolvam interesse pelas questões públicas, bem como a consciência da importância da sua participação nas decisões de ordem pública. Portanto, se o meio em que as pessoas vivem influencia a sua formação pessoal e a forma como estas vão perceber o mundo e atuar neste, é fundamental destacar que a cultura política é componente que não se pode ignorar no processo político, mas também é preciso ter claro que a cultura política por si só não provoca mudança.

A cultura política é um componente do sistema político, que ajuda a explicar tanto a estabilidade quanto as transformações do sistema. Pode, em determinados momentos, ser o elemento principal da estabilidade ou das mudanças, mas nem sempre se constitui no elemento determinante. Ela é, condição necessária mas não suficiente para explicar as permanências e transformações políticas.⁶⁶

Porém, é essencial destacar a cultura política, pois ela de forma direta ou indireta é um componente, que contribui para promover desenvolvimento por estar interligada com os fatores de natureza material e social. Conforme Schmidt,⁶⁷ “há uma causalidade recíproca entre cultura, economia e política”. E, seguindo esta linha de pensamento o desenvolvimento acontece em consequência da relação destes elementos, que podem tanto resultar em benefícios ou em prejuízos para todos. Tudo vai depender, de como estes elementos são utilizados e articulados entre si.

As condições políticas e econômicas estão interligadas e podem contribuir para que a população fique mais atenta aos problemas sociais, não ficando presa somente às suas necessidades individuais. A emancipação econômica das pessoas menos favorecidas pode acontecer quando estas tiverem oportunidade de participar da vida política do município, estado e país, não apenas votando mas interagindo nas decisões manifestando as suas necessidades e lutando por elas. A participação na arena decisória, é um instrumento que pode

⁶⁶ SCHMIDT, 2001, p. 134

⁶⁷ SCHMIDT, 2001, p. 129

colaborar para que estas consigam criar alternativas para sair do estado de miséria econômica e social (que as impossibilita de lutar pelos seus direitos enquanto cidadãos).

Segundo Yunus,⁶⁸ a pobreza, esse flagelo que humilha e denigre tudo o que um ser humano representa, pode ser superada através de vontade política e iniciativas da sociedade civil. O autor supracitado defende a idéia de que “o microcrédito não se limita a libertar da fome os pobres; ele também contribui para a sua emancipação política. (...) o microcrédito é uma ferramenta eficaz de mudança, contrária às forças do paternalismo e do extremismo que mantêm oprimida a população”. Porém, o combate à pobreza não se dá somente através de incentivos econômicos, mas também de acesso à educação, saúde, moradia, trabalho, lazer, ou seja, é um conjunto de fatores que permitirá que as pessoas saiam deste estado de pobreza. Neste caso, o poder público tem um papel decisivo, porque dele depende a iniciativa de aceitar que a população aponte quais são as suas reais necessidades, permitindo-lhes o direito de se pronunciar.

Os direitos políticos e civis dão às pessoas a oportunidade de chamar a atenção eficazmente para necessidade gerais e exigir a ação pública apropriada. A resposta do Governo ao sofrimento intenso do povo freqüentemente depende da pressão exercida sobre esse governo, e é nisso que o exercício dos direitos políticos (votar, criticar, protestar, etc...) pode realmente fazer a diferença.⁶⁹

Ter condições políticas é poder expressar as necessidades e desejos, é poder participar das discussões públicas, é poder intervir nas decisões que dizem respeito aos interesses do coletivo, enfim é ter liberdade para participar nas decisões públicas. Segundo Sen,⁷⁰ “o exercício da liberdade é medido por valores que são influenciados por discussões públicas e interações sociais (organizações), que também são influenciadas pela liberdade de participação”. Portanto, se não tivermos liberdade para participar e expressar o que se pensa e sente, poderá haver desenvolvimento social? Sem dúvida, a liberdade e a consciência política de uma certa forma, sempre vão refletir no modo como a população vai atuar na resolução dos

⁶⁸ YUNUS, 2000, p. 190

⁶⁹ SEN, 2000, p. 178

⁷⁰ SEN, 2000, p. 24

problemas de cunho social (programas de políticas pública, etc.), ajudando estes a terem claro que a solução destes problemas vai depender das suas atitudes.

Em síntese, observa-se que as condições econômicas e políticas, exercem um papel importante, para que as pessoas consigam desenvolver as suas capacidades individuais, coletivas e elevar a sua consciência política, fazendo com que elas se lancem na vida social e lutem por justiça, dignidade e qualidade de vida melhor. Pois, entre os vários fatores que contribuem para que as pessoas procurem interagir no processo político, estão algumas características pessoais como o sentimento de confiança em si e no grupo ao qual pertencem ou fazem parte. Para alguns autores, o sentimento de confiança é um componente de extrema importância para que as pessoas consigam estabelecer uma relação ativa e consciente com o meio social em que vivem. A autoconfiança favorece nas relações interpessoais e na participação política e social, contribuindo assim, para desenvolver ações voltadas para a cooperação e para criar capital social. De acordo com isto, Putnam⁷¹ destaca que, “a confiança é um componente básico do capital social”. O *capital social* é resultado da ação coletiva entre os cidadãos e este favorece o despertar para a responsabilidade pelo destino e/ou futuro do grupo, bem como compromisso na articulação e defesa dos seus interesses. A participação das pessoas em associações e grupos comunitários abre espaço para estas discutirem e organizarem em grupo, quais são as suas prioridades, fazendo com que elas acreditem nos seus potenciais e busquem soluções para os problemas locais. Segundo Putnam,⁷² “o capital social diz respeito à características da organização social, como confiança, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas”.

Desta forma, o capital social é uma alternativa a ser considerada pelos atores sociais, por contribuir para o desenvolvimento econômico e social. Ou seja, as associações civis podem tanto proporcionar aos grupos menos favorecidos recursos para as necessidades básicas através do capital social, como também força para reivindicar os seus direitos junto aos órgãos governamentais. A pressão exercida por associações civis e pela participação dos cidadãos nos assuntos públicos locais, estaduais e nacionais, geralmente resulta em benefício

⁷¹ PUTNAM, 1996, p. 180

⁷² Ibidem, p. 177

para a comunidade. Conforme Putnam,⁷³ “criar capital social não será fácil, mas é fundamental para fazer a democracia funcionar”. A participação consciente no contexto social e político exigem conhecimento sobre estes sistemas e interesses para se envolver em eventos políticos, com capacidade para avaliar, explicar e argumentar as suas preferências, assumindo um papel de intelectual no processo social. Em relação ao papel dos intelectuais, Portelli destaca que:

Os intelectuais não constituem uma classe, mas cada grupo social possui sua própria camada de intelectuais, que se vinculam com às diferentes classes. Essas camadas se constituem a partir das classes fundamentais do domínio econômico: assim formam-se categorias especializadas para o exercício da função intelectual, em conexão com todos os grupos sociais mais importantes e conhecem uma elaboração mais extensa e complexa, na estreita relação com o grupo social dominante.⁷⁴

A participação no mundo político é um aspecto que precisa ser analisado com perspicácia, pois esta depende tanto de fatores internos dos indivíduos como de fatores externos deste. Como também é preciso que exista no meio social um clima favorável para que os indivíduos consigam interagir e participar nas arenas políticas, mas isto só será possível quando os responsáveis pelo sistema político não tiverem medo de ouvir a população, aceitando a participação destas na elaboração de programas e projetos, que venham a favorecer a todos. Mas será que as autoridades estão preparadas e dispostas para trabalhar em conjunto com a população? Ou ainda, será que a população brasileira está madura o suficiente para participar democraticamente nas decisões de ordem pública?

3.4 Desenvolvimento e as Relações Sociais

Ao partir da idéia de que o desenvolvimento é consequência das relações estabelecidas entre as diferentes categorias (política, cultura, economia, instituição, etc...), percebe-se que elas desencadeiam uma figura triangular e/ou hierarquia, onde um predomina sobre os outros, o que só pode resultar em dominação por um lado e submissão por outro. Esta

⁷³ PUTNAM, 1996, p. 194

⁷⁴ PORTELLI, 1983, p. 85

estrutura ou dinâmica social parece ser natural, porque os seres humanos nascem inseridos neste contexto, e quando começam a ter consciência e a perceber essa estrutura que já está armada e cristalizada, não conseguem na maioria das vezes reagir porque já estão contaminados por ela e, no geral, continuam a reproduzir este tipo de relação, por não conhecer e por não conseguirem visualizar outro tipo de relação.

Exemplo disso é o que acontece na nossa atualidade, onde os países considerados subdesenvolvidos por não possuírem renda per capita alta e uma economia estável, ficam numa posição de inferioridade diante dos outros, servindo de massa de consumo e mão-de-obra barata. Num sistema econômico selvagem e perverso, alguns países e sua população ficam sem força e alternativas para reagir diante do que lhes é imposto pelo poder hegemônico. Segundo Yunus,⁷⁵ “as sociedades são dotadas de instituições e de regras de conduta baseadas em mitos que se tornam barreiras, obstáculos para uma parte importante, enquanto asseguram privilégios injustificados à outra parte”.

Neste tipo de relação, onde um comanda e o outro não tem força para reagir, a não ser se submeter ao poder do mais forte, está claro que não existe democracia e conseqüentemente liberdade para intervir no processo social. Neste caso, a democracia fica mais fraca e perde espaço para uma categoria chamada economia ou capital, que passa a assumir o controle social, sem se preocupar com as categorias que estão na base do triângulo. As relações deste tipo são nocivas para qualquer sociedade, pois quando um só ganha e é favorecido, não existe ambiente favorável para a democracia e conseqüentemente o desenvolvimento social fica comprometido em virtude da grande desigualdade que permeia as diferentes áreas (economia, saúde, educação, etc.). Quando isto acontece, não é só o sistema econômico da população que fica atingido, mas o seu quadro geral, ou seja, o seu bem-estar, a sua dignidade, a sua subjetividade e a sua condição enquanto cidadão. Portanto, a questão que fica é: como alguém vai ter condições para participar na resolução dos problemas da sua comunidade se gasta o seu tempo e a sua energia física e psíquica, procurando suprir as suas necessidades básicas?

⁷⁵ YUNUS, 2000, p. 106

Estabelecer e manter relações entre as próprias categorias (economia, política, população, etc.), como entre as nações de uma forma global, tem o seu lado positivo, porque faz as informações tecnológicas e científicas circularem, contribuindo para criar o desenvolvimento humano e social. Porém, o que se pretende aqui, é chamar a atenção para o fato de que nem sempre estas relações são estruturadas visando equidade e crescimento para ambos, ou seja, para todos os componentes que fazem parte do sistema social. Pelo são estabelecidas relações onde o mais forte tem como finalidade apenas sugar o po outro, reduzindo-o à objeto e deixando-o cada vez mais debilitado e fraco.

4. SUBJETIVIDADE, IDENTIDADE E TRABALHO

Um dos elementos que contribuem no processo de constituição do *ser humano* enquanto possuidor de capacidade para pensar, planejar, desejar e interagir, comunicando-se e posicionando-se diante do Outro e do mundo é a *linguagem*⁷⁶. A linguagem é a experiência humana que põe cada ser humano em contato com o outro, levando-o ao *reconhecimento* de si e do outro.

O melhor termo aqui é esse mesmo: reconhecer. A forma verbal expressa a origem pragmática, a ação. A voz reflexiva remete à natureza existencial da subjetividade, o “ser-aí” heideggeriano, que engendra mutuamente o mundo e o seu sujeito. Finalmente, o prefixo “re” indica que a identidade subjetiva é da ordem da ipseidade, da identidade/si, isto é, de uma identidade construída a cada vez, a cada experiência de encontro com o outro⁷⁷.

⁷⁶ A linguagem é aqui entendida como condição de possibilidade de todas as falas e significados, um esquema puramente formal cuja estrutura permite e condiciona os processos de significação por meio de uma lógica diacrítica de oposição de seus elementos. Ela não é, portanto um “meio” através do qual os sentidos se tornariam comunicáveis, ela é um código que aplicado ao existente, cria os sentidos. BEZERRA Jr, Benilton. Descentramento e sujeito: versões da revolução copernicana de Freud. In: COSTA, Jurandir Freire. *Redescrições da psicanálise: ensaios pragmáticos*. RJ: Relume-Dumará, 1994, p. 133.

⁷⁷ AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 63-72, 2001.

Segundo Bezerra Jr⁷⁸, “é a linguagem que permite a cada organismo individualmente ter a experiência de ser um EU, de ser um sujeito diante de outros sujeitos e diante de um mundo que lhe é externo”. Desta forma, a linguagem é o elemento que possibilita tanto à constituição do EU como favorece as relações com os Outros, contribuindo no modo de pensar, agir e ser de cada indivíduo. De acordo com o autor citado, “as relações entre o individual e o social não são de oposição nem de exclusão, muito pelo contrário. O que torna um e outro possíveis são os laços que a linguagem oferece”. Nesta mesma linha de pensamento, Maurano⁷⁹ também destaca que “construímos com o desenvolvimento da linguagem, uma rede de elementos através da qual encontramos meios de nos referendar”. Ou seja, a partir da linguagem e da interação⁸⁰ com os outros, seja no convívio familiar ou social, encontramos referências para a constituição do ser humano, pois não se trata de um ser passivo mas atuante que ora sofre influência e ora reage provocando outras ações e reações. De acordo com esta concepção, Ayres⁸¹ destaca que *não existe o sujeito individual*, pois a partir do contato com o outro nos identificamos. Para este autor, *é a alteridade vivida que nos leva a atribuir a nós mesmos o predicado de indivíduo*.

Destacar a linguagem no processo de constituição do EU, é entre outros aspectos, chamar atenção para a força que este elemento tem na formação da subjetividade, fornecendo produção de sentidos, crenças, desejos, sentimentos e dando significado à vida. Para Wittgenstein⁸², “o significado é o uso que se faz de uma palavra dentro de um determinado contexto. O significado é definido pelas regras estabelecidas nos diversos jogos de linguagem, organizando os sentidos. O significado de uma palavra é o seu uso na linguagem, portanto compreender uma linguagem é compreender uma forma de vida”. Desta forma, percebe-se que a linguagem e seu significado expressam (em determinado contexto ou momento) a dimensão subjetiva de cada um, porque não existe um elemento comum e com o mesmo

⁷⁸ BEZERRA Jr, Benilton. Descentramento e sujeito: versões da revolução copernicana de Freud. IN: COSTA, Jurandir Freire. *Redescrições da psicanálise: ensaios pragmáticos*. RJ: Relume-Dumará, 1994, p. 134/137.

⁷⁹ MAURANO, Denise. *Para que serve a psicanálise*. RJ: Jorge Zahar, ed. 2003 (passo-a passo, V.21)

⁸⁰ Todos los seres humanos son dependientes entre sí. Son entes gregarios, que sólo existen en sociedad. Relacionados interactúan y ejecutan actividades, funciones, cumplen roles, y desempeñan trabajos y actividades, y todo ello les genera emociones, sentimientos y vivencias afectivas e intelectuales. Solamente la sociedad tiene posibilidades de enfrentar las necesidades de los individuos para sobrevivir, así como la reproducción del grupo e la ampliación de la sociedad. LAGARDE, Marcela. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Tese de doutorado: Universidad Nacional Autónoma de México. P. 165

⁸¹ AYRES, 2001, 63-72.

⁸² WITTGENSTEIN, L. *Philosophical Investigations*. Anscombe, G. E. M. e Rhees, R. (eds) Oxford, Basil Blackwell, 1975, p. 43 (In: COSTA, 1994, p. 182/151/152).

sentido para as pessoas que vivem no oriente e no ocidente, ou seja, em cada cultura, espaço, tempo, época, história a linguagem é instrumento que serve para criar e expressar significados que são construídos no decorrer da vida. Portanto, a linguagem é uma prática social, um comportamento que serve aos mais variados objetivos, como também permite várias aplicações na vida cotidiana das pessoas, contribuindo na organização dos sentidos e/ou significados das palavras e experiências.

Neste caso, a linguagem não é apenas uma atividade ou um meio de comunicação, ela é muito mais do que isto. Para o ser humano, a linguagem é *necessária* por ser um elemento carregado de energia que dá forma ao sentimento, ao pensamento e ao comportamento, demonstrando que somos o que somos porque estamos inseridos numa rede social, na qual se desenvolve e se configura ideologia, cultura, crença, identidade e modos de vida individual e coletiva. A pluralidade de referências que a linguagem e a interação com o meio proporcionam ao ser humano, contribuem na constituição da sua *dimensão subjetiva*⁸³.

Portanto, quando se quer ter acesso ao ser humano e sua história, é preciso estar atento para a linguagem estabelecida entre os seus afins e seu meio social, para compreender os aspectos que fazem parte da identidade subjetiva de alguém em determinado momento. Diante do que já foi exposto, constata-se que a linguagem é um predicado importante na constituição do ser humano, na formação de um ser singular com características próprias e únicas, mas por outro lado, esta particularidade é constituída na interação com o outro por influência do contexto histórico, cultural e econômico. Portanto, não se pode negligenciar afirmando que o ser humano é um ser totalmente *puro*, porque este de alguma forma sempre está implicado com o universo que o auxiliou a se desenvolver enquanto um ser pensante e desejante. Para exemplificar, pode-se citar um grupo de operários que trabalham em uma obra da construção civil, na qual todos se conhecem e interagem entre si em decorrência da atividade laboral., porém, mesmo que exista alguma semelhança entre ambos como classe social, faixa etária, sexo, etc. nenhum membro deste grupo é igual ao outro. Por outro lado, também não são tão diferentes, pois os valores, as crenças, os hábitos, a ideologia, a cultura, a organização da instituição e o ambiente de trabalho, a situação econômica e psicossocial que

⁸³ Entende-se como subjetiva aquela dimensão da experiência que expressa o ser humano na interseção de sua particularidade com o mundo sócio-cultural e histórico. TITTONI, Jaqueline. *Subjetividade e Trabalho*. Porto Alegre: Ortiz, 1994, p. 13.

permeia este grupo de alguma forma atinge todos os membros e, portanto, mesmo que cada um tenha características próprias todos são afetados, no geral, pela mesma situação e/ou aspectos já citados. Estes laços profissionais que proporcionam a constituição do grupo, também servem como elemento para que cada um consiga ver a si e o outro, favorecendo na formação da identidade individual e coletiva dos membros deste grupo.

*O sentimento de identidade consigo mesmo provém, segundo Freud, em grande parte da idéia de pertencimento a um determinado grupo ou comunidade*⁸⁴. Continuando com o exemplo anterior do grupo de operários, percebe-se que os integrantes deste grupo se reconhecem enquanto seres individuais e sociais, por estarem inseridos a um contexto grupal que dá referência e sustentação a sua identidade pessoal. A interação e a experiência coletiva, são elementos importantes tanto na constituição da identidade subjetiva como na construção de mecanismos defensivos contra as situações de risco nos diversos ambientes da vida humana (familiar, comunitária, trabalho e outros), pois segundo Dejours:

O coletivo instaura uma ética na qual são estabelecidos alicerces de confiança recíproca e fortalecimento da identidade através do reconhecimento de todos os sujeitos do trabalho, respeitados em suas capacidades e sentimentos. Sem este processo, não poderá haver construção de um sentido do trabalho na vida mental do trabalhador. E sem esse sentido, será impossível a mobilização conjunta de sentimentos e inteligência para a sublimação e para a criatividade⁸⁵.

Portanto, se diante dos outros e através da linguagem criamos o nós, a interação com o meio contribui na estruturação da nossa subjetividade, porque estamos inseridos numa rede intersubjetividade. Em síntese, o que se fez até aqui foi resgatar a *linguagem* e a *interação*, com a finalidade de ressaltar que as relações humanas não determinam, mas contribuem na forma de pensar e de agir de cada um, configurando assim, a identidade pessoal e social de cada um. Dentro desta concepção, Tittone⁸⁶ constata que “o sujeito não existe “fora” de sua cultura, de sua sociedade e de sua história, e o que se coloca como possível ao pesquisador é abordá-lo em sua particularidade ou nesse espaço de intersecção que, sabemos, delimita as próprias formas de expressão da particularidade”.

⁸⁴ COSTA, 1994, p. 172.

⁸⁵ DEJOURS, 1997

⁸⁶ TITTONI, Jaqueline. *Subjetividade e Trabalho*. Porto Alegre: Ortiz, 1994, p. 14.

Em relação a constituição da subjetividade e a identidade, Sato⁸⁷ destaca o quanto é necessário o pesquisador ter uma percepção apurada para identificar o que está por trás do que é expressado ou manifestado, para conhecer o que é do ser humano e o que é do coletivo.

A subjetividade, se expressa através de diversas formas – instituições criadas (formas de relação, códigos, ritos, regras, valores, etc.) e as práticas – sendo a verbalização apenas um dos canais de sua expressão. Isto significa que o estudo da subjetividade não se restringe ao que as pessoas “pensam ou conhecem”, mas ao que “faz sentido” para elas, porque pode estar no âmbito dos costumes, uma espécie de segunda natureza, incorporada em hábitos, “um comportamento inercial, indutivo e habitual” entranhando, portanto, no terreno do inefável, pois embora “estabelecido e cristalizado, não está formulado em lugar nenhum”.⁸⁸

Desta forma, é imprescindível conhecer todas as dimensões que fazem parte na constituição da subjetividade do ser humano, pois se constata que esta não é algo definido e estanque, pelo contrário está em constante movimento e vinculada ao cotidiano, ao concreto. Lima⁸⁹ numa avaliação da relação entre a subjetividade e a objetividade, posiciona-se dizendo que “entende a subjetividade sempre como atributo de um ser, na medida em que ela não se auto-sustenta e, portanto, não pode ser concebida como uma unidade autônoma. Para esta autora, subjetividade é sempre um predicado, um atributo de um sujeito e, que subjetividade e objetividade são instâncias distintas, mas ao mesmo tempo inseparáveis”, pois em cada ação e/ou atividade humana, existe toda uma dinâmica subjetiva e objetiva, que envolve energia psíquica e física.

A partir disto, constata-se que a subjetividade e a objetividade estão interligadas e mescladas, porque em certas atividades humanas não é possível identificar quando uma termina e quando a outra começa, por estarem permanentemente em processo e interligadas. Uma das ações ou atividades humanas em que a junção entre subjetividade e objetividade

⁸⁷ SATO, Leny, Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. IN: JACQUES, Maria da Graça & CODO, Wanderley (Org.). *Saúde Mental & Trabalho*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002, p.43

⁸⁸ Thompson & Maslinowski. IN: SATO, 2002, p. 43)

⁸⁹ LIMA, Maria Elisabeth Antunes. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. IN: JACQUES, Maria da Graça & CODO, Wanderley (Org.). *Saúde Mental & Trabalho*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002, p. 75/76

aparece de forma explícita é o *trabalho*, porque na realização deste existem questões subjetivas e objetivas implicadas e impregnadas em cada comportamento humano.

O trabalho é “uma dupla relação de transformação entre o homem e a natureza, geradora de significados”⁹⁰. Por outro lado, o trabalho para o ser humano não é só uma relação direta com a natureza, mas também um mecanismo que proporciona interação com outros seres sociais, favorecendo tanto a produção de bens de consumo e valores de uso como a constituição e identificação de si. Desta forma, o trabalho é um elemento que intensifica as relações sociais, tanto entre o homem e a natureza como entre os próprios homens, produzindo sentido e modos de vida. A atividade de trabalho não envolve somente as relações do homem com o produto desta atividade, mas envolve relações e contato com outras pessoas, que por conseqüência influenciam seu comportamento, nas suas expectativas, projetos de vida, afetividades e modo de ser.

Em virtude disto, o trabalho não pode ser considerado apenas uma atividade laboral, mas precisa ser entendido como um dos elementos sociais que intensifica as relações com o meio social e a identificação com o seu grupo de convívio. O trabalho produz transformação na natureza e no homem, porque assim que o homem vai desenvolvendo alguma atividade e/ou trabalho, paralelamente vai correndo o processo de socialização e humanização. Ou seja, “tem-se por meio do trabalho, um processo que simultaneamente altera a natureza e autotransforma o próprio ser que trabalha”⁹¹. De acordo com Albornoz⁹², “a produção do objeto pelo homem é ao mesmo tempo processo de autoprodução do homem”. A partir destas concepções sobre esta temática, constata-se que o trabalho na vida dos seres humanos é uma metamorfose e/ou um instrumento que provoca constantes mudanças e/ou transformações.

Segundo Codo⁹³, “o que os seres humanos fazem é produzir suas condições de existência, e ao produzirem-na materialmente geram e criam valores de uso, definem sua

⁹⁰ CODO, Wanderley. Um diagnóstico do trabalho, em busca do prazer. In: TAMAYO, A. *et al.* *Trabalho, organizações e cultura*. SP: CAA Editores, 1997, p. 21-40.

⁹¹ ANTUNES, Ricardo. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999, p. 142.

⁹² ALBORNOZ, Susana. *O que é Trabalho*. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 63.

⁹³ CODO, SAMPAIO, HITOMI, 1993, p. 117.

existência na medida que a exercem, em metabolismo com a natureza, construindo a si mesmos na medida em que arrancam do mundo o seu modo de ser”. Portanto, assim como a linguagem é um elemento constitutivo central do ser individual e social, o trabalho também exerce um papel importante no *processo de subjetivação*⁹⁴ e conseqüentemente no processo de constituição da sua *identidade subjetiva e profissional*.⁹⁵

4.1 A importância do trabalho na identidade do *Ser Humano*

Conforme o dicionário Michaelis⁹⁶, “identidade é o conjunto dos caracteres próprios de uma pessoa, tais como nome, profissão, sexo, impressões digitais, características físicas, etc..., os quais são considerados exclusivos dela e, conseqüentemente, levados em conta quando ela precisa ser reconhecida”. A partir desta definição de identidade, constata-se que o próprio dicionário inclui na terminologia *identidade* a profissão como um elemento de identificação do homem. Porém, segundo Costa⁹⁷

Em termos puramente descritivos, a identidade é tudo aquilo que se vivência (sente, enuncia) como sendo eu, por oposição àquilo que é do outro”. Habermas (1990) refere-se a uma “identidade natural”, à qual se segue uma “identidade de papel” que se constitui pela incorporação das unidades simbólicas mediadas pela socialização e, sobre esta, constitui-se a “identidade do EU” a partir da integração dos papéis sociais através da igualdade e da diferença em relação aos outros. Em geral, os autores contextualizam a identidade às formas sociais determinando momento histórico, o que Sève (1989: 157), por exemplo refere como “formas históricas de individualidade”. A importância do *homo faber* no mundo contemporâneo, é a justificativa apontada por Arendt (1981) quando assinala que ao tentar dizer “quem é”, a própria linguagem induz a dizer “o que alguém é”, agregando-se outras qualificações exigidas pelo exercício laboral que se substantivam e se presentificam, constituindo-se em atributos definitórios do EU.

A partir das obras de Codo & Sampaio, constata-se que o trabalho ocupa um lugar na determinação das características psicológicas, pois este constitui a atividade propriamente

⁹⁴ A expressão *processo de subjetivação* é utilizado no sentido de *processo de criação de si*.

⁹⁵ *Identidade subjetiva* refere-se aos aspectos internos e abstratos de cada ser humano (modo de ser, pensar e outros predicados subjetivos), enquanto *identidade profissional* refere-se aos aspectos externos e visíveis (exemplo: João é conhecido na sua comunidade por ser motorista da empresa tal, etc...)

⁹⁶ MICHAELIS: *dicionário escolar língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 2002, 405.

⁹⁷ COSTA, J. F. *Psicanálise e contexto cultural*. Rio de Janeiro: Campus, 1989, p. 22.

humana, a qual serve como estruturadora do psiquismo, da personalidade e da identidade, influenciando no modo como os seres humanos produzem suas condições de existência. Conforme esta concepção, Jacques e Codo⁹⁸, salientam que *é pelo trabalho que o homem se constrói*, eles destacam que o modo como o homem vive e trabalha contribui no modo como o homem é. Diante destas constatações, pode-se entender o trabalho como um elemento constitutivo da identidade, pois na medida que o ser humano vai praticando-o também vai se organizando enquanto um ser social único, distinguindo-se dos demais seres humanos.

Segundo Codo, Sampaio e Hitomi⁹⁹, do ponto de vista psicológico, se a sociabilidade do homem é possibilitada pela materialização de si no produto, a ausência do produto empurra ao homem de encontro a si mesmo, ou melhor, à impossibilidade de reconhecimento entre si mesmo e o mundo. Para estes autores, o que permite ao ser humano tornar-se humano é a produção da própria existência e, em síntese, o trabalho é dupla transformação de si e do mundo (ou do outro), que caminha em direção a engendrar o homem, este ser de necessidades e imaginação, capaz de construir suas condições e existência, portanto sua sociabilidade. O *processo de trabalho*¹⁰⁰, no qual os seres humanos estão envolvidos é que permite o metabolismo individual, engendrando a identidade e a constituição da subjetividade destes.

De acordo com Tittoni¹⁰¹, “o trabalho inscreve o ser humano nas relações com os seus semelhantes e com o mundo, através da produção de bens e valores que constroem a sociedade. Em meio a essa produção, o homem se reconhece, se realiza e se apresenta a sua sociedade, não apenas produzindo objetos, mas como produtor que tem características próprias”. Através do trabalho, o ser humano vai se conhecendo, se desenvolvendo e se diferenciando dos outros, definindo sua singularidade e com isto, marcando a sua presença no contexto no qual está inserido, como uma pessoa com características próprias. De acordo com a autora supracitada, o trabalho pode instituir “*modos de ser*”, de pensar e de agir, sendo que falar em trabalho é um pouco falar de seu próprio “modo” de ser e de agir. Neste caso, o *modo*

⁹⁸ JACQUES, Maria da Graça & CODO, Wanderley. 2003, p. 21.

⁹⁹ CODO, SAMPAIO & HITOMI, 1993, p. 43/72

¹⁰⁰ Por *processo de trabalho* compreende-se “processo pelo qual as matérias são transformadas em produtos consumíveis como um valor de uso” (Coriat, IN: TITTONI, Jaqueline. *Subjetividade e Trabalho*. Porto Alegre: Ortiz, 1994, p. 24

¹⁰¹ TITTONI, Jaqueline. *Subjetividade e Trabalho*. Porto Alegre: Ortiz, 1994, p. 12

de ser pode ser entendido como um conjunto¹⁰² de formas de comportamentos adquiridos ou absorvidos no desenvolvimento da atividade laboral, na qual sabe-se que este não se constitui somente pela experiência de trabalho (atividade em si), mas também durante toda a trajetória que articula as diferentes dimensões da vida dos trabalhadores.

De forma geral, o ser humano se reconhece como tal a partir da atividade produtiva que o caracteriza e o inscreve no meio social como produtor de algum produto, seja ele concreto ou abstrato, levando estes, através do processo de produção a criação e desenvolvimento de sentido e/ou significado a sua existência. O auto-conhecimento é possível quando se está entre outros, interagindo e realizando trocas com os demais componentes do seu grupo social ou de trabalho, pois na medida que se vai produzindo algo, o ser humano se reconhece como alguém que desenvolve determinado papel ou produz determinado produto, seja ele concreto/visível ou abstrato/invisível¹⁰³, como também é reconhecido pelos outros como responsável por esta determinada atividade e/ou função. Em relação a questão de reconhecimento, Albornoz destaca que:

O homem só satisfaz seu desejo, suas carências humanas, quando outro homem seu igual lhe reconhece o seu valor humano. O homem só pode manter-se humano na relação com outros homens. A essência humana não pode manifestar-se no indivíduo isolado. O indivíduo só é propriamente indivíduo, e indivíduo humano, quando em comunidade. E quando faz uso do instrumento, o trabalho que desenvolve e o que produz, em comunidade, lhe geram um reconhecimento de outrem como indivíduo humano. O homem desejam e carecem ser reconhecidos¹⁰⁴.

¹⁰² *Conjunto* porque entende-se o ser humano deste estudo segundo a concepção de Codo sobre indivíduo, ou seja, *o indivíduo é a nossa totalidade concreta, síntese de múltiplas determinações. As determinações mais próximas são ambientais, familiares e pessoais, que constituem seu entorno e sua biografia. Nessas determinações estão processos sociais mais amplos que nelas existem mediatizados, enquanto particularização, singularização de processos mais amplos. Mas apenas na singularização tais processos podem ser compreendidos, já que o singularizar-se, o individualizar-se é a própria totalidade a ser apreendida. O homem não é um ser social, é um ser que constrói sua individualidade em sociedade. O todo só é a partir de suas partes.* In: CODO, SAMPAIO & HITOMI, 1993, p. 46

¹⁰³ *O trabalho abstrato não é visível, mas é real e condição de criação de valores cristalizados em cada mercadoria, independente do valor de troca que elas possam assumir nas pressões e contrapressões do mercado. Assim, o trabalho abstrato conforma uma identidade do trabalhador perante o mercado, e em última instância perante a sociedade. Na medida em que o indivíduo aparece como vendedor da força de trabalho qualificada socialmente pelo trabalho abstrato, essa mesma força é pré-condição da possibilidade do trabalhador realizar-se como gerador de valores de uso, pelo trabalho concreto.* In: CODO, SAMPAIO & HITOMI, 1993, p. 119.

¹⁰⁴ ALBORNOZ, 1994, p. 63.

O reconhecimento no processo de trabalho é um componente de extrema importância porque, através do reconhecimento, o ser humano vai conseguindo dar e encontrar significado para as suas ações e existência, por sentir-se útil e importante. Na atualidade, observa-se que o trabalho¹⁰⁵ dependendo da situação laboral, da cultura e do sistema sócio-econômico, além de representar o elo de ligação entre o ser humano e a sociedade, também é sinônimo de dignidade e reconhecimento social. Num sistema capitalista como o nosso, em que tudo é disputado, até mesmo as oportunidades de emprego, o trabalho ganha maior relevância e adquire posição de status no contexto social, por ser uma forma de suprir as necessidades de origem econômica, como também pelo fato de contribuir na constituição da sua identidade subjetiva, social e profissional. Diante disto, concorda-se com Antunes¹⁰⁶, quando este salienta que “o sentido dado ao ato laborativo pelo capital é completamente diverso do sentido que a humanidade pode conferir a ele”. Ou seja, em termos de *trabalho* o capital conta e espera do trabalhador o seu melhor desempenho na produção de algum produto e os seus possíveis lucros, enquanto que para o trabalhador o trabalho é muito mais do que isto. Porque através do trabalho cada ser humano exerce e expressa a sua subjetividade, experienciando e vivendo.

Segundo Guimarães¹⁰⁷, o trabalho tem conotação contraditória, pois na medida em que se apresenta como instrumento de castigo e gerador de sofrimento, também se apresenta como elemento estruturante da sociedade (como veiculador da cultura e da ordem civilatória), e como elemento estruturante do indivíduo na medida em que possibilita, o que Dejours (1987) define como uma “atividade subjetivante”. Portanto, dentro desta perspectiva, o trabalho pode ser tanto algo positivo como negativo, ou seja, se o trabalho é uma atividade subjetivante, ele pode tanto ser favorável na constituição da identidade subjetiva, agregando elementos saudáveis como pode contribuir para desencadear mal-estar, sofrimento e doença.

¹⁰⁵ No decorrer da existência humana e do desenvolvimento da sociedade a palavra ou a categoria trabalho passou por vários estágios, sendo que, em cada fase teve significados e conotações conforme o contexto histórico, cultural, econômico, etc.... O estudo da trajetória e os diversos sentidos que o trabalho foi adquirindo nas diferentes línguas e culturas, encontra-se na obra de Susana Albornoz, portanto não serão mencionadas tais conotações, por considerar que este tema já foi amplamente discutido, assim considera-se necessário apenas citá-lo como referência.

¹⁰⁶ ANTUNES, 1999, p. 183

¹⁰⁷ GUIMARÃES, Líliliana; GRUBITS, Sonia (Orgs.) *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p 76

Segundo Albornoz¹⁰⁸ com “a visão renascentista o trabalho foi concebido por alguns como um estímulo para o desenvolvimento do homem, e não como um obstáculo. O trabalho seria expressão do homem e expressão da personalidade, do indivíduo. O homem se torna um criador por sua própria atividade; pode realizar qualquer coisa. O trabalho é a melhor maneira de preencher sua vida”. Desta forma, pode-se concluir que assim como o trabalho é um elemento importante da constituição no modo de ser de cada um (por causa das trocas, da interação, da socialização, do reconhecimento, etc...), ele também é um meio ou veículo pelo qual as pessoas podem expressar o que pensam e o que sentem. A atividade laboral possibilita a cada ser humano, colocar em prática suas aspirações, expectativas, desejos, sentimentos, enfim tudo aquilo que o trabalho significa na sua vida.

Porém, a forma ou as possibilidades que lhes são oferecidas para o exercício dos aspectos subjetivos é que vão traçar as condições positivas e/ou negativas do trabalho sobre a identidade e a subjetividade dos trabalhadores, pois a partir do contexto laboral pode-se identificar pessoas realizadas, satisfeitas, alienadas, doentes... Diante disto, a questão que fica é: quais as possibilidades e as condições que a organização do trabalho na sociedade capitalista dispõe para que os aspectos subjetivos (desejos, aspirações, entre outros) sejam permitidos e exercitados? Até que ponto o exercício da tarefa ou a atividade profissional de Agente Comunitário de Saúde, podem estar influenciando na sua identidade subjetiva e na sua vida familiar, comunitária e social? Quais os elementos que podem estar interferindo na constituição no modo de ser dos Agentes Comunitários de Saúde, enquanto trabalhadores(as)? Estes questionamentos vêm ao encontro do pensamento de Codo¹⁰⁹, pois ele chama atenção para o papel do trabalho na produção da identidade, porque este determina o tipo de troca que o homem estabelece com o meio. Para este autor, o homem do capitalismo passou a ter duas vidas, se apresenta como cidadão livre e, ao mesmo tempo, tem seu trabalho expropriado. Nesta mesma linha de pensamento Codo salienta que:

Ao analisarmos os “efeitos” do trabalho na vida dos trabalhadores e sua subjetividade, consideramos as situações objetivas, que definem o contexto sócio-econômico e cultural de onde se originam tais práticas. Por esse motivo, deve-se

¹⁰⁸ ALBORNOZ, 1994, p. 58.

¹⁰⁹ CODO, SAMPAIO, HITOMI & BAUER. *O “mal estar do trabalho vazio” em bancários*. SP: Vozes, 1992.

considerar que a dimensão subjetiva está sempre marcada por essa experiência concreta que, também ela, está marcada pelas formas de organização da sociedade na qual está inscrita.

Portanto, mesmo que neste estudo a ênfase seja analisar as conseqüências do trabalho sobre a subjetividade (modo de ser, pensar, agir, sentir e outros predicados subjetivos) dos trabalhadores(as), considera-se necessário verificar as situações objetivas com o trabalho em si, visando identificar o impacto e as formas de organização e gestão do trabalho na vida das ACSs. Diante disto, concorda-se com Codo, quando este menciona que a “vida dos homens sem dúvida não se reduz ao trabalho, mas também não pode ser compreendida na sua ausência. Onde quer que estejam as causas do sofrimento dos homens, estarão em suas próprias vidas”¹¹⁰. De acordo com isto, Tittoni destaca que:

O trabalho, pode constituir-se em um elemento fundamental para análise do sentimento e sua relação com o mundo material e com sua vida psíquica. Marcado pelo fato de ser vinculado à vida na comunidade humana por meio de uma atividade produtiva, o trabalho possui um significado de reconhecimento do sujeito no mundo externo a ele e de mobilização da vida psíquica individual à vida em sociedade. (...) O processo de trabalho é um veículo pelo qual são colocadas em práticas as aspirações, desejos e possibilidades que os sujeitos nele envolvidos sustentam, a partir do significado que o trabalho, de um modo geral, adquire em suas vidas¹¹¹.

4.2 A inserção da mulher no mercado do trabalho

¹¹⁰ CODO, 1993, p. 63

¹¹¹ TITTONI, 1994, p. 23/24.

A mulher foi conquistando espaço no meio social na medida que foi se inserindo no mercado de trabalho, porém esta conquista teve os seus méritos e algumas desvantagens. A desvantagem está no processo histórico da inserção da mulher no mercado de trabalho, pois o seu ingresso neste campo foi permitido, pelo fato desta ser mais delicada para exercer atividades que exigiam mais paciência e delicadeza como nos teares das fábricas têxtil e também por serem mão-de-obra barata, mais submissas e menos reivindicatórias que os homens (época da revolução Industrial). Segundo Antunes,¹¹² a expansão do trabalho feminino tem se verificado sobretudo no trabalho mais precarizado, no trabalho em regime de part-time, marcado por uma informalidade ainda mais forte, com desníveis salariais ainda mais acentuados em relação aos homens, além de realizar jornadas mais prolongadas.

Porém, é importante destacar que o fato da mulher ser aceita no contexto de trabalho considerado como sendo masculino e externo à dimensão doméstica, criou alguns estigmas que ela carrega até hoje. Ou seja, o fato da mulher ser vista como uma reprodutora do núcleo familiar e desempenhar serviços e deveres considerados de pouco valor de mercado (cuidado dos filhos, trabalho, doméstico, etc...), está refletindo na sua marginalização nas relações de produção até hoje, onde esta continua sendo desrespeitada de diferentes formas e não sendo reconhecida como trabalhadora, que não é apenas mulher mas um ser humano com capacidade e limitações. Esta idéia estereotipada de que o sexo feminino é frágil, sensível e incapaz de assumir responsabilidade, por causa das suas condições físicas, psicológicas e até mesmo por ser genitora, contribui para que ela seja submetida a precárias condições de trabalho, a baixos salários e a situação de trabalho de menos status social. Em síntese, a naturalização da condição feminina fornece elementos para a exploração do seu trabalho, como também riscos para sua condição enquanto trabalhadora e cidadã.

¹¹² ANTUNES, 1999, p. 108.

5. SAÚDE e TRABALHO

Segundo Jacques¹¹³, “os conceitos tanto de saúde/doença como de trabalho, são complexos e ensejam significados diversos, muitas vezes, conflitantes. Foram historicamente construídos e remetem a pressupostos epistemológicos e teóricos que lhes garantem uma multiplicidade de interpretações”. O tema saúde/doença mental ganhou relevância a partir do movimento anti-psiquiatria e da luta anti-manicomial, levando a ciência em geral a rever os conceitos nesta área e a não impor limite entre o normal e o patológico. Dentro desta perspectiva, Canguilhem defende a idéia de que a doença não é simplesmente desequilíbrio ou desarmonia, mas também o esforço para manter um novo equilíbrio e posiciona-se dizendo que:.

Aquilo que é normal apesar de ser normativo em determinadas condições, pode ser patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação, porque é ele que sofre suas conseqüências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe¹¹⁴.

A maior contribuição de Canguilhem na redefinição do conceito saúde/doença, ocorre na formulação do conceito de saúde, ele destaca que ser saudável é ser capaz de ultrapassar a norma que define o normal em um dado momento e conseguir instituir novas normas diante de situações diversas. Conforme este autor, a saúde depende das diferenças individuais e da variância do contexto ambiental, histórico e cultural. Trazendo esta noção para o âmbito da saúde mental, estar bem não é apenas estar adaptado mas ser capaz de instituir novas normas de vida frente às alterações que se apresentam no decorrer da vida. Seguindo esta linha de pensamento Sampaio e Messias,¹¹⁵ salientam que o processo saúde/doença mental é um processo particular de expressão das condições da vida humana em

¹¹³ JACQUES, Maria da Graça. Marcos conceituais relevantes na compreensão dos vínculos entre trabalho e saúde/doença mental. In: GUIMARÃES, L. B. M. (Org.) *Ergonomia e tópicos especiais: qualidade de vida no trabalho, empresa inteligente*. Porto Alegre: UFRGS, Escola de Engenharia, 2000.

¹¹⁴ GANGUILHEM, G. O. *O normal e o patológico*. 5ª ed. RJ: Forense Universidade, 2000, p. 145.

¹¹⁵ SAMPAIO, J. J.; MESSIAS, E. L. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Org.) *Saúde mental & trabalho; leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002, 143-172.

determinada sociedade, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências dos sujeitos para enfrentar desafios, agressões, conflitos, mudanças.

Esta nova visão sobre saúde/doença abre espaço para outras variáveis que fazem parte da vida humana como a questão econômica, cultural, educacional, social, ambiental, familiar e outras, demonstrando que a saúde/doença assim como o homem não são categorias estanques, mas elementos dinâmicos que estão permanentemente em movimento. Ou seja, assim como o ser humano é dinâmico, a saúde/doença não pode ser vista como dada, estática, mas como um processo social.

Partindo da idéia de que o tempo, a natureza, o ser humano e a sociedade estão em constante movimento, evolução e transformação, a saúde/doença também não é algo que uma vez atingido pode ser mantido indefinidamente. Portanto, saúde e doença não são conceitos rígidos, tampouco são conceitos em oposição, mas ambos dizem respeito à sobrevivência, à qualidade e à produção de vida. Ao se tratar em saúde/doença é preciso considerar que não existe estabilidade e sim uma busca constante de equilíbrio e, em relação ao psiquismo também não existe um estado de bem estar completo ou ausência total de angústia, mas uma luta contra ela.

Segundo Dejours¹¹⁶, o que predomina no funcionamento do ser humano é a mudança e não a estabilidade, sendo que para promover saúde dos indivíduos é importante respeitar a variabilidade que se apresenta no seu contexto de vida. A partir desta concepção, é imprescindível considerar a categoria trabalho porque ela faz parte de um conjunto de fatores que contribuem para o processo saúde/doença. Este aspecto já é universalmente reconhecido, sendo que, no Brasil a relação trabalho/saúde passa a ter maior relevância a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS/86), aparecendo no seu relatório final a definição de saúde como sendo o “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda,

¹¹⁶ DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, n.º 54, Vol. 14, 19986, p. 07

meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde”¹¹⁷.

Em relação ao conceito de saúde, Dejours, lança algumas observações que na perspectiva da *Psicodinâmica do Trabalho*¹¹⁸ é preciso ser considerado. Para este autor, a saúde não é algo que vem do exterior, mas que conquistamos, que enfrentamos, de que dependemos e, é algo onde o papel de cada indivíduo é fundamental. Além disto, a saúde não é estável, é algo que muda o tempo todo, é uma sucessão de compromissos que assumimos com a realidade (ambiente material, afetiva, social e relacional), todos cambiantes ao longo do tempo, onde ocorrem ganhos, perdas e novas conquistas. Em síntese, Dejours desenha uma definição sobre saúde, apontando que saúde é possuir meios para traçar um caminho pessoal e original, para alcançar o bem-estar físico, psíquico e social. Sendo que para o bem-estar físico é preciso ter liberdade para regular as variações que aparecem no estado do organismo (cansaço, sono); para o bem-estar psíquico é necessário ter liberdade para que se consiga desenvolver e expressar seu desejo na organização de sua vida. Por bem-estar social, entende-se que é ter liberdade de agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si.¹¹⁹

A partir de tais perspectivas e da relevância do trabalho no contexto social e no processo saúde/doença, considera-se importante retomar o seu significado ou valor, buscando se aproximar de uma definição da categoria “*trabalho*” enquanto conceito para melhor compreensão deste na vida humana. Ao longo do processo histórico foram sendo atribuídos significados diferentes para o trabalho humano, que nem sempre são congruentes entre si, pois no início este tinha a conotação de dor, tortura e humilhação. Porém, com o decorrer do tempo e do processo social, por influência da cultura religiosa, o trabalho passou a ser visto como

¹¹⁷ Anais da 8ª CNS, 1986

¹¹⁸ No presente estudo será utilizado o termo “*Psicodinâmica do Trabalho*”, porque a psicopatologia do trabalho desenvolvida a partir dos estudos de Dejours e Abdoucheli, passou por um processo de amadurecimento que veio desembocar na disciplina *Psicodinâmica do Trabalho*, proveniente da teoria psicanalítica. O desafio da *Psicodinâmica de Trabalho* é o de superar a atual distância existente entre organização prescrita e organização real do trabalho, levando em conta todos os perigos que tal distância atualmente representa – para a saúde, para a segurança e para a qualidade do que é produzido. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. & JAYET, Christian *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições de Escola Dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994, p.18.

¹¹⁹ DEJOURS, 1986, p. 11.

algo que proporcionava purificação do corpo e da alma, pois quem tinha algum ofício ou se ocupava com alguma atividade produtiva estava salvo e era reconhecido no meio social como uma pessoa de valor moral. A partir da Revolução Industrial, o trabalho passou a ser identificado como libertação econômica, pois se passava a idéia de quanto mais se produzia mais condições financeiras as pessoas teriam para usufruir os prazeres da vida.

Na sociedade atual, observa-se que o trabalho tem uma conotação maior, pois este é responsável tanto pela subsistência como também é carregado de significados, promovendo modos de subjetivação¹²⁰. O trabalho em nossa sociedade é um mediador de integração social por seu valor econômico (subsistência) e cultural (simbólico), sendo um elemento chave no *modo de ser* dos sujeitos. *Ser trabalhador* é acima de tudo ser alguém, que possui um lugar no contexto produtivo e social, servindo de suporte para a construção da identidade social, pois em certas sociedades o trabalho se constitui como um importante elemento de inserção social. Desta forma, constata-se que o trabalho é uma das dimensões mais importantes na vida humana, porque as pessoas não apenas praticam uma atividade, visando algum retorno financeiro, mas exercitam e liberam a energia psíquica através do contato que mantém com outras pessoas, elaborando ou sufocando os seus conflitos e suas frustrações. Portanto, o conteúdo do trabalho e a organização deste, estão carregados de subsídios para a produção de saúde/doença.

A organização do trabalho atinge dois pontos: o conteúdo e as relações humanas. Pois bem, isso não ataca diretamente o corpo, mas a cabeça das pessoas que trabalham; ataca o que chamamos de “funcionamento mental”. O estudo sobre organização do trabalho acerca dessa contradição, que coloca, o funcionamento mental, mostra que há organizações do trabalho que são muito perigosas para o funcionamento mental e outras que não o são, ou que são menos perigosas. Particularmente, as organizações do trabalho perigosas são as que atacam o funcionamento mental, ou seja, o desejo do trabalhador. Quando se ataca o desejo do trabalhador, e há organizações que são terríveis porque atingem diretamente isso, provoca-se não somente perturbações, mas também sofrimento e, eventualmente, doenças mentais e físicas¹²¹.

Neste sentido, o trabalho é uma atividade humana, que pode contribuir tanto para favorecer o bem-estar e saúde mental¹²², quanto levar a distúrbios que se expressam

¹²⁰ “*Modos de Subjetivação*” expressa neste caso, o modo como o sujeito deve relacionar-se com a regra a qual se vê obrigado a cumprir e também a forma como deve se reconhecer como ligado a esta obrigação. FONSECA, M. A. *Michel Foucault e a constituição do sujeito*. São Paulo: EDUC, 1995, p. 101.

¹²¹ DEJOURS, 1986, p. 10

¹²² O trabalho pode favorecer na saúde mental, porque ocupa um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo das pessoas e por isto, o trabalho satisfatório determina o prazer, a alegria e a saúde.

coletivamente e/ou individualmente, através de manifestações psicossomáticas¹²³ (orgânicas: dor no corpo, alergias e outras) e de natureza psíquica (depressão, fobia social, desânimo, angústias, etc...). A psicóloga e pesquisadora Maria da Graça Jacques (1993), a psicóloga do trabalho Berenice Sica Lanas (1994) e o psiquiatra Abnoel de Souza (1990) fazem-nos pensar que o fato do trabalho ser um elemento realizador e benéfico, mas também adoecedor, significa que a saúde e doença não são pólos estanques, porém um processo dinâmico e que a dimensão trabalho constitui-se como um ponto fundamental para o psiquismo, levando este a sofrer influências da interação entre as variáveis individuais biopsicossociais e das cargas de trabalho.

No centro da relação saúde-trabalho, a vivência do trabalhador ocupa um lugar particular que lhe é conferido pela posição privilegiada do aparelho psíquico na economia psicossomática. O aparelho psíquico seria, de alguma maneira encarregado de representar e de fazer triunfar as aspirações do sujeito, num arranjo da realidade suscetível de produzir, simultaneamente, satisfações concretas e simbólicas. As *satisfações concretas* dizem respeito à proteção da vida, ao bem-estar físico, biológico e nervoso, isto é, a saúde do corpo. As *satisfações simbólicas*: desta vez, trata-se da vivência qualitativa da tarefa. É o sentido, a significação do trabalho que importam nas suas relações com o desejo. Não é mais questão das necessidades como no caso do corpo, mas dos desejos ou das motivações. Isto depende do que a tarefa veicula do ponto de vista simbólico.¹²⁴

Quando o desejo e as condições singular de cada ser humano não são consideradas no campo de atuação profissional ou de trabalho, quando as atividades são desenvolvidas de forma robotizada e padronizada, podem resultar em sofrimento e alienação, como também contribuir para uma descompensação psiquiátrica ou favorecer para que o sujeitos entre num processo de somatização, principalmente quando se resisti por muito tempo contra repressão do desejo. Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet, o desejo está precisamente situado entre a *necessidade* (no sentido fisiológico do termo) e a *demanda* (no sentido da demanda de amor), para que *se compreenda que se atacando o Desejo, se ameaça o regulador natural do equilíbrio psíquico somático*¹²⁵. A partir disto, é preciso considerar que o trabalho é mais do que uma simples atividade/exercício e/ou aplicação de algum conhecimento técnico, aprendido em cursos de formação e qualificação, mas que é uma atividade que implica em mobilização subjetiva. Dentro desta, perspectiva faz-se necessário pesquisar e conhecer qual o

¹²³ Psicossomática é as relações que existem entre o que passa na cabeça das pessoas e o funcionamento de seus corpos, ocorrendo entre um e outro relações que estabelecem em permanência (Dejours, 1986, p. 9)

¹²⁴ DEJOURS, 1992, p. 62.

¹²⁵ DEJOURS, ABDOUCHEL & JAYET, 1994, p.40.

impacto do trabalho na vida dos trabalhadores, seja qual for a sua categoria profissional, bem como, analisar quais as conseqüências para estes seres humanos, em termos de saúde-doença.

5.1 O trabalho e a produção de saúde/doença

Na relação do ser humano com o trabalho, não somente se *ganha* como também se constrói a vida, estabelecendo-se um status social que não se restringe ao ambiente físico do trabalho, mas a organização deste. Na atual conjuntura social e econômica, a atividade profissional é parte inextricável do universo individual e social de cada um, podendo ser traduzida tanto como meio de equilíbrio e de desenvolvimento quanto como fator diretamente responsável por danos à saúde. Segundo Seligmann-Silva¹²⁶ a inter-relação entre o trabalho e os processos saúde/doença, cuja dinâmica se inscreve mais marcadamente nos fenômenos mentais, mesmo quando sua natureza seja eminentemente social.

Segundo Dejours¹²⁷ “o trabalho é a ocasião do sujeito perseguir seu questionamento interior e de traçar sua história, de inserir-se em relações sociais para as quais pode transferir o questionamento de seu passado e sua história afetiva”. Para este autor, o trabalho exerce um papel fundamental em relação à saúde, pois tanto as condições do ambiente físico, quanto a própria organização do trabalho (onde o desejo do indivíduo é excluído e são reprimidos seus comportamentos livres), podem provocar nos trabalhadores, além de doenças físicas e acidentes, o sofrimento psíquico. Na relação saúde-trabalho, somente a partir das últimas décadas que o trabalho passa a ser compreendido como um fator constitutivo de adoecimento mental, na qual

Reconhece-se, hoje, uma série de fatores associados ao trabalho como responsáveis por sofrimento e por alterações na saúde mental, desde fatores pontuais como a exposição a determinados agentes tóxicos até a complexa articulação de fatores

¹²⁶ SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 51

¹²⁷ DEJOURS, In: GUIMARÃES, 1999, p. 148

relativos à organização do trabalho (como o parcelamento de tarefas, o controle sobre o processo de trabalho, as políticas de gestão de pessoal, a estrutura hierárquica, os processos de comunicação, o ritmo e a jornada laboral). Embora o trabalho se constitua em um importante elemento de inserção social pelo seu valor econômico, cultural e simbólico, são necessários alguns requisitos nos eu exercício para que possa proporcionar prazer, bem-estar e saúde. Quando estes requisitos estão ausentes, as conseqüências transparecem no sofrimento e na doença, de natureza e gravidade diferenciadas¹²⁸.

Dejours afirma que nas *condições de trabalho* é o corpo que recebe o impacto, enquanto que na *organização do trabalho* o alvo é o aparelho psíquico e o desejo, não se limitando a uma desapropriação do saber. Ou seja, para este autor, as condições de trabalho têm por alvo principalmente o corpo dos trabalhadores e a organização do trabalho atuam a nível do funcionamento psíquico, amordaçando a liberdade de organização, reorganização ou adaptação ao trabalho¹²⁹. A partir da distinção entre condições e organização do trabalho, Dejours destaca que o sofrimento mental resulta da organização do trabalho, sendo que esta exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma *história individual*, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o ser humano, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme às suas *necessidades* fisiológicas e a seus *desejos* psicológicos – isso é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada¹³⁰.

Para Dejours,¹³¹ deve-se levar em consideração três componentes da relação homem-organização do trabalho: a *fadiga*, que faz com que o aparelho mental perca sua versatilidade; o *sistema frustração-agressividade reativa*, que deixa sem saída uma parte importante da energia pulsional; a *organização do trabalho* como correia de transmissão de uma vontade externa, que se opõe aos investimentos das pulsões e às sublimações. O defeito crônico de

¹²⁸ JACQUES, M. G. Psicologia e Trabalho. In: GUIMARÃES, L. B. M. (Org.) Ergonomia e tópicos especiais: qualidade de vida no trabalho, empresa inteligente. Porto Alegre: UFRGS, Escola de Engenharia, 2000.

¹²⁹ Por *condição de trabalho* entende-se o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude, etc), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, etc), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho. Por *organização do trabalho* designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidades, etc. (Dejours, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1992, p. 25

¹³⁰ DEJOURS, 1992, p. 33

¹³¹ DEJOURS, 1992, p. 122.

uma vida mental sem saída mantido pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas.

De acordo com a Escola Dejouriana, a tarefa e/ou a atividade humana não é neutra em relação ao meio afetivo do trabalhador, pois quando as defesas caracteriais e comportamentais não conseguem se exercer durante o trabalho, há o risco de uma acumulação de energia pulsional, que não consegue se descarregar. Para ser mais exato, é preciso saber que o inverso também é possível: a contribuição exagerada de uma defesa comportamental ou de um sistema defensivo caracterial, em detrimento de outros mecanismos de defesa não colocados em prática, pode conduzir à desorganização. O efeito principal da neutralização das defesas caracteriais e comportamentais é o aparecimento de uma doença somática¹³². A partir deste enfoque, constata-se que a organização do trabalho pode comprometer imediatamente o equilíbrio psicossomático.

Em relação a compreensão dos efeitos da organização do trabalho na economia psicossomática, a teoria da Escola Psicossomática de Paris destaca que quando as defesas caracteriais e comportamentais não conseguem conter a gravidade dos conflitos ou a realidade, tais sujeitos não descompensam de um modo neurótico, nem de um modo psicótico. A desorganização à qual sucumbe o doente não se traduz por sintomas mentais, mas pelo aparecimento de uma doença somática. (...) A somatização é encontrada então em sujeitos com estrutura psiconeurótica, quando seu funcionamento mental é, momentaneamente, colocado fora de circuito.¹³³

Por outro lado, Dejours deixa claro que não existe patologia mental decorrente do trabalho¹³⁴, mas que a organização e as condições de trabalho podem favorecer para desencadear sofrimento e a desenvolver doença somática. De modo geral, consta-se que Dejours (1988, 1997), Guimarães (1992), Dejours, Abdoucheli, Jayet (1994) e Seligmann-Silva (1994), tomam como ponto central de suas análises os conflitos que nascem a partir do contato do ser humano com o trabalho preexistente e a situação laboral, na qual tem suas

¹³² Ibidem, p. 126.

¹³³ Ibidem, p. 126/127.

¹³⁴ Segundo Dejours, *contrariamente ao que se poderia imaginar, a exploração do sofrimento pela organização do trabalho não cria doenças mentais específicas. Não existem psicoses de trabalho, nem neuroses de trabalho. O que existe é que o trabalho pode contribuir para desencadear sofrimento e conseqüentemente algum distúrbio ou patologia, quando a organização deste não permite que os sujeitos expressem seus desejos e habilidades na realidade laboral, apenas executem as atividades sem liberdade para criar em cima deste. As possibilidades dos sujeitos de se dirigirem para a doença ou para a saúde, dependerá do espaço que a organização do trabalho oferecerá para que ele possa criar e imprimir a sua marca singular no trabalho, proporcionado reconhecimento e status independente do que faz ou produz.*

características estabelecidas e fixadas independentemente desse trabalhador. Portanto, estes autores partem da concepção de uma subjetividade em construção quando o ser humano entra em contato com a realidade do trabalho, nos quais este pode se modificar ou ser modificado durante este contato, do mesmo modo que o trabalho poderá sofrer alterações.

O sofrimento no trabalho vai além do espaço de trabalho; o sofrimento não implica só em processos que correm no interior da empresa, no espaço doméstico e na economia familiar do trabalhador. O indivíduo é visto como portador de uma história passada e de experiências subjetivas; são estas experiências subjetivas que estabelecem um compromisso entre a história passada e seu presente, para transformar ou escolher o futuro. É neste ponto que surge a angústia. O que faz as pessoas viverem é seu desejo, esperança, objetivos. Quando o desejo não é possível e não há como vencer a angústia é que estamos diante do perigo, do sofrimento e da doença mental.¹³⁵

Em relação ao processo do sofrimento psíquico Codo¹³⁶ deixa claro que este não é linear, pois depende do contexto, da história de vida e do encadeamento dos eventos em uma situação concreta. Contra a angústia do trabalho, assim como contra a insatisfação, os operários elaboram estratégias defensivas, de maneira que o sofrimento só pode ser revelado através de uma capa própria a cada profissão, que constitui de certa forma sua sintomatologia¹³⁷. O sofrimento começa quando a relação entre trabalhador e organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem, de adaptação e, ainda assim, não consegue desenvolver suas atividades com satisfação, prazer, agindo de forma robotizada. De acordo com a concepção de Dejours, isto ocorre, porque a energia pulsional não acha descarga no exercício do trabalho e se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão.

Em síntese, o sofrimento implicará sobretudo em um estado de luta do ser humano contra as forças (ligadas à organização do trabalho) que o empurram em direção à doença mental. O conceito de sofrimento psíquico pode ser entendido como uma vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o conforto ou bem-estar psíquico, que suscita a utilização de estratégias defensivas, construtivas, organizadas e gerenciadas coletivamente¹³⁸.

¹³⁵ DEJOURS, In: GUIMARÃES, 1999, p. 140

¹³⁶ CODO, W. Um Diagnóstico Integrado do Trabalho com Ênfase em saúde Mental. In: JACQUES, Maria da Graça & CODO, Wanderley (Org.) *Saúde Mental & Trabalho: Leituras*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002, p.184.

¹³⁷ DEJOURS, 1992, p. 133/134.

¹³⁸ DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994, p. 120-145.

O sofrimento designa então, em uma primeira abordagem, o campo que separa a doença da saúde. Dentro de uma Segunda acepção, o sofrimento designa um campo pouco restritivo. Ele é concebido como uma noção específica válida em Psicopatologia do Trabalho, mas certamente não transferível a outras disciplinas, notadamente à psicanálise. Entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e ações de modulação do modo operatório, isto é uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la às suas necessidades, e mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. “Logo que esta negociação é conduzida a seu último limite, em que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio da sofrimento – e da luta contra o sofrimento”. O modo como essa luta contra o sofrimento se faz a um só tempo coletiva e individualmente, conduzindo ao ocultamento, ou à identificação do sofrimento, sob forma de patologia, ou ao enfrentamento afetivo de dinâmicas causais enraizadas nas situações de trabalho, vem merecendo atenção continuada nos estudos dejourianos¹³⁹.

De acordo com a concepção dejouriana, as investigações sobre a saúde/doença estão na direção das estratégias elaboradas pelos trabalhadores para enfrentar a situação de trabalho. A normalidade é um fator de equilíbrio psíquico precário entre os constrangimentos do trabalho desestabilizante ou patogênicos e as defesas psíquicas. Para Dejours¹⁴⁰, o sofrimento no trabalho é o espaço de luta entre o “bem estar” no trabalho e a doença mental ou loucura. A partir da identificação do contexto e espaço na qual se pode desenvolver o sofrimento e a doença, Dejours aponta alguns caminhos e possibilidades para que o trabalho seja um elemento desencadeador de saúde. Desta forma, Dejours destaca que:

A saúde mental não é certamente o bem-estar psíquico. A saúde é quando ter esperança é permitido. Vê-se que isso faz mudar um pouco as coisas. O que faz pessoas viverem é, antes de tudo, seu desejo; isso é uma aquisição da psiquiatria e da psicossomática. O verdadeiro perigo existe quando não há mais desejo, quando ele não é mais possível. Então, tudo se torna muito incômodo e é aí que as pessoas vão muito mal. Quando o desejo não é mais possível, quando não há mais desejo, temos o que se chama “uma depressão”. É a perda da fome, perda da “tensão”, do entusiasmo, do desejo: “a depressão”. A psicossomática nos mostra que quando estamos diante de uma situação assim, em que não há mais desejo, encontramos-nos diante de uma situação perigosa não somente para a cabeça (depressão, tristeza), como também para o corpo; quando nos vemos diante de um estado assim durável, onde não há mais desejo, o corpo pode adoecer mais fácil¹⁴¹.

¹³⁹ SELIGMANN-SILVA, Edith. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho: marcos de um percurso. In: Dejours, C.; Abdoucheli, E. & Jayet, C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições de Escola Dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho*. SP: Atlas, 1994, p. 14.

¹⁴⁰ DEJOURS, In: GUIMRÃES, 1999, p. 139.

¹⁴¹ DEJOURS, 1986, p. 9.

Tendo em vista que o trabalho é uma atividade humana geradora de significados, contribuindo tanto na frustração como no prazer por estar vinculado não apenas ao aspecto econômico (subsistência), mas ao reconhecimento social, ao desejo, a satisfação e a liberdade de criação. A partir desta perspectiva é necessário olhar para o trabalhador não como um simples objeto de atenção, mas como um ser humano ativo no processo de saúde-doença que merece ser escutado. Só assim, será possível identificar quais os aspectos no contexto laborar que estão prejudicando o trabalhador e, junto com ele, construir saídas que proporcione nenhum ou um menor risco a sua saúde.

As contribuições teóricas da Psicodinâmica do Trabalho nos apontam que não basta tratarmos o “indivíduo” em particular, mas também questionar as formas da organização do trabalho, da realidade social e do coletivo dos trabalhadores. É o coletivo de trabalhadores que nos fornecerá indícios de que a organização do trabalho está funcionando como estabilizador ou desestabilizador do equilíbrio psíquico destes trabalhadores.¹⁴²

5.2 O enfoque da Psicodinâmica do Trabalho

No campo da Saúde do Trabalhador, a tendência paulatinamente se desloca da produção para a saúde do trabalhador, outorgando-lhe o papel de um ser ativo no processo de promoção da saúde e integrando o saber e a prática interdisciplinar em substituição à ação centrada no conhecimento médico. Tais mudanças ensejam que no âmbito da saúde mental, a tensão se focalize nas experiências e vivências dos trabalhadores e na noção de sofrimento e não tão somente na identificação de patologias¹⁴³. As obras de Dejours, na década de 80, são a

¹⁴² GUIMARÃES, 1999, p. 140/141.

¹⁴³ Segundo Jacques no campo “*psi*”, os vínculos entre o trabalho e saúde doença mental, embora presentes na obra freudiana mas relegados a um segundo plano no campo conceitual da Psicanálise, só ocupam uma posição de maior destaque a partir de meados do século XX. A expressão “psicopatologia do trabalho” foi empregada pela primeira vez, em 1952, por Sivadon ao admitir as possíveis relações entre certas ocupações e certos distúrbios mentais. O autor francês, interessado no caráter terapêutico do trabalho (Ergoterapia) com pacientes acometidos pelos mais diversos distúrbios mentais, assinala seu potencial patogênico dependendo de suas formas organizativas. (...) a preocupação com a doença é também a tendência dominante das práticas de intervenção e regulação presentes em outros campos do conhecimento dedicados à saúde do trabalhador como na medicina do trabalho, na engenharia de Segurança e saúde ocupacional, bem como nos modelos propostos pela epidemiologia e pela Ergonomia. Tal tendência, na opinião de Dejours (1988), perdura até 1968, ano identificado pelo autor

expressão desta tendência e a consolidação da Psicanálise como referencial teórico e metodológico de estudos e pesquisas neste campo do conhecimento. A teoria psicanalítica não trata diretamente da temática *trabalho*, mas discute e questiona um aspecto importante que é o *desejo*. Diante disto, Dejours, Abdoucheli e Jayet¹⁴⁴ partem de uma questão que passa a servir como referência nos estudos da Psicodinâmica do Trabalho: *no trabalho contemporâneo, qual é o lugar do desejo e qual é o lugar do sujeito? Qual a liberdade que ele dispõe para elaborar um compromisso nos conflitos que surgem no confronto de sua personalidade e de seu desejo com a organização de trabalho?*

Portanto, a ênfase da abordagem dejouriana recai no privilegio concedido ao estudo da normalidade o que, inclusive, ensejou a substituição da expressão Psicopatologia do Trabalho por *Psicodinâmica do trabalho*¹⁴⁵ para minimizar a importância dos aspectos psicopatológicos¹⁴⁶, embora a advertência inicial do autor de que utilizava a expressão inspirado nos estudos freudianos e não no sentido restrito de mórbido. No campo da *Psicodinâmica do Trabalho* é o sofrimento, seu conteúdo, seu significado e as formas desse sofrimento que são considerados. A *Psicodinâmica do Trabalho*, leva em conta tanto a perspectiva sócio-histórica como a organização do trabalho, na qual trata das conseqüências mentais do trabalho mesmo na ausência de doenças, especificamente, trata do impacto da organização do trabalho sobre a saúde mental do ser humano – trabalhador(a).

como um marco referencial para um terceiro período, cuja característica principal é a busca pela saúde, ampliando seu conceito para além da saúde física. Atribui esta alteração de referência ao movimento de maio de 1968 e as suas críticas à alienação promovida pelo trabalho e reconhece neste movimento importante papel na introdução de mudanças em vários campos do conhecimento humano, principalmente originários da matriz européia. (In: GUIMARÃES, L. B. M. (Org.) *Ergonomia e tópicos especiais: qualidade de vida no trabalho, empresa inteligente*. Porto Alegre: UFRGS, Escola de Engenharia, 2000, p.

¹⁴⁴ DEJOURS, ABDOUCHELI, E. & JAYET, 1994, p. 33-43.

¹⁴⁵ Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), ampliam o enfoque da relação saúde/doença e surge uma nova disciplina que objetiva a análise psicodinâmica das situações de trabalho seu objeto de estudo: é a análise dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade do trabalho.

¹⁴⁶ Conforme Dejours, Abdoucheli e Jayet o termo psicopatologia foi utilizado e conservado nos seus estudos por alguma tempo, porque possui duas vantagens: 1) contém a raiz *pathos*, que remete ao sofrimento e não só à doença ou à loucura. Neste sentido, o termo psicopatologia designará o estudo dos mecanismos e processos psíquico as mobilizados pelo sofrimento”, sem pressupor seu caráter mórbido ou não mórbido; 2) o termo psicopatologia tem, em sua acepção ordinária, sus cartas de nobreza na obra de Freud (Freud, 1901), que não é evocado aqui, de forma fortuita, mas a título de referência explícita à teoria psicanalítica do funcionamento psíquico. Porém, depois do final dos anos 70 o termo Psicopatologia não é mais compreendida no sentido restrito do mórbido, mas de uma psicopatologia da normalidade. DEJOURS, ABDOUCHELI. & JAYET, 1994, p. 120.

Em síntese, a *Psicodinâmica do Trabalho* se aproxima do campo clínico da psicologia, em especial do referencial psicanalítico¹⁴⁷, recaindo a análise sobre a dinâmica de processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a situação de trabalho. Preconiza o emprego de métodos qualitativos de abrangência coletiva, pautados no modelo clínico de diagnóstico e intervenção, nas quais o tema mobilizador da demanda é o sofrimento. Neste caso, o método de investigação concentra-se em analisar a relação que se estabelece entre o sujeito e a organização do trabalho. O sujeito é aqui visto dentro destas relações com o coletivo, sob duplo enfoque: dos procedimentos defensivos contra o sofrimento do trabalho, que justamente articulam as produções deste indivíduo àquela do coletivo; da ressonância simbólica que articula o teatro privado da história singular do sujeito ao teatro atual e público do trabalho, abrindo assim uma problemática socialmente referenciada da sublimação e do prazer no trabalho¹⁴⁸.

Sintetizando, a *Psicodinâmica do Trabalho* tem como objetivo, analisar: as relações sociais no campo de trabalho e as vivências subjetivas de prazer e de sofrimento que ocorrem no espaço laboral. Porque existe elementos do modo de ser, pensar e agir, que estão implicados e associados diretamente ao exercício da tarefa e da atividade profissional do trabalhador. Segundo Dejours, uma pesquisa em *Psicodinâmica do Trabalho* não pode desenvolver-se sem penetrar no campo da vivência subjetiva, do sofrimento e do prazer no trabalho. Espaço geralmente bem guardado pelas defesas que não se abrem facilmente ao olhar indiscreto dos próprios colegas e posteriormente àquele do estranho.

Segundo Nardi, Tittoni e Bernardes¹⁴⁹, no campo da subjetividade e trabalho os estudos devem orientar o seu olhar para o trabalho, buscando as experiências dos sujeitos e as tramas que constroem o lugar do trabalhador, definindo modos de subjetivação relacionados ao trabalho. Isto porque a *Psicodinâmica do Trabalho*, tem como finalidade estudar de um lado, as relações entre condutas, comportamentos, vivências de sofrimento e de prazer; de outro, estudar a organização do trabalho e as relações sociais de trabalho.

¹⁴⁷ A referência à teoria psicanalítica do funcionamento psíquico tem um duplo interesse: 1) permite proceder à investigação dos processos psíquicos mesmo quando o sujeito não sofre de doença mental descompensada (diferentemente da psiquiatria clássica); 2) ela respeita no sujeito a irredutibilidade de sua história singular e sua competência psicológica para reagir de modo original às pressões patogênicas das quais ele é alvo. DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994, p. 126.

¹⁴⁸ DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994, p. 48.

¹⁴⁹ In: CATTANI, Antonio D. (org.) *Trabalho e Tecnologia: Dicionário Crítico*. Petrópolis/Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997, p. 245

A partir da relevância econômica, cultural e social que o trabalho foi adquirindo no decorrer de nossa história, como também dos significados que este representa na vida dos seres humanos, considera-se necessário averiguar como as situações de trabalho está sendo absorvido pelos Agentes Comunitários de Saúde e o que estas atividades estão exigindo e/ou provocando nestes profissionais. Ou seja, realizar o que Dejours¹⁵⁰ recomenda: análise dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade do trabalho.

6. METODOLOGIA

¹⁵⁰ DEJOURS, 1994, p. 54.

O significado sócio-econômico que o trabalho foi adquirindo durante o processo histórico contribuiu para este ocupar um espaço marcante na vida dos seres humanos. Portanto, o trabalho é uma categoria considerada necessária para a sobrevivência, por ser tanto um meio de subsistência como um elemento que favorece a troca e expansão das experiências de vida, proporcionando sentido para a existência humana.

Em virtude disto, observa-se que o trabalho provoca diferentes reações nos seres humanos, desde bem-estar até problemas de caráter patológico. Estas reações são reflexos da organização, do contexto e/ou ambiente e da forma como o trabalho é realizado, nas quais afetam direta ou indiretamente o jeito, o agir e o pensar dos seres humanos. De acordo com isto, percebe-se que o trabalho é uma categoria que extrapola a dimensão do visível, por estar impregnado de valores psicossociais, políticos, econômicos, culturais e, por ser considerado como sinônimo de dignidade e reconhecimento social. O trabalho é na atualidade, um fenômeno que faz parte da realidade social e, ao ser analisado, é imprescindível muita atenção e sensibilidade, para que sejam contemplados todos os aspectos que nele estão implicados.

Neste sentido, o tema '*trabalho*' requer uma metodologia que dê conta dos elementos que são possíveis de serem identificados espontaneamente e aqueles aspectos abstratos que estão presentes no mundo dos signos, nas relações intersubjetivas e, portanto, só podem ser lidos nas entrelinhas. A inserção numa determinada realidade social (neste caso, no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde), visando investigar os fenômenos que surgem neste contexto, exigiu da pesquisadora atenção ao escolher a linha teórica¹⁵¹ e metodológica que contemple as relações de trabalho. O estudo da realidade no campo das ciências humanas ou sociais requer uma metodologia que além de proporcionar o conhecimento do ambiente dos trabalhadores(as), deve dar conta da sua complexidade e contribuir na análise dos dados etnográficos de forma coerente e com fidedignidade das situações nas quais se pretende investigar.

¹⁵¹ Neste estudo optou-se pela '*psicodinâmica do trabalho*' que tem por objetivo estudar, de um lado, as relações entre condutas, comportamentos, vivências de sofrimento e de prazer; de outro estudar a organização do trabalho e as relações sociais de trabalho. (DEJOURS, 1994, p. 51)

Ao considerar fundamental a compreensão das experiências vivenciadas no cotidiano profissional, este estudo, na sua essência, pode ser caracterizado como uma pesquisa social qualitativa, nas quais possui alguns dados quantitativos, apenas como complemento para melhor interpretação do fenômeno estudado. Nesta pesquisa, não se procurou realizar uma descrição passiva dos fatos, mas interagir com estes buscando entender qual a relação que existem entre a ACS e a categoria trabalho. Neste sentido, a abordagem qualitativa permite transitar sobre aspectos dinâmicos e implícitos, possibilitando a compreensão ampla destas trabalhadoras na relação com o mundo/sociedade e a produção de sentidos¹⁵² que resultam desta relação. Segundo Neil Cooper e Chris Stevenson¹⁵³, *a pesquisa qualitativa permite compreender o ser humano na fluidez das relações sociais*. Desta forma, a abordagem qualitativa contribui para interpretar a relação dinâmica que existe entre o mundo real e o ser humano, servindo como meio para visibilizar os conteúdos que pairam no mundo dos sentidos.

La investigación cualitativa es un tipo de investigación formativa que ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y cuáles son sus sentimientos. (...) La investigación cualitativa es de índole interpretativa en vez de descriptiva. Es realizada con grupos pequeños de personas que generalmente no son seleccionadas sobre la base de la probabilidad. No tiene la intención de sacar conclusiones firmes no generalizar los resultados a la población en general. (...) La razón conceptual principal para utilizar la investigación cualitativa es la de que proporciona una mayor profundidad de respuesta y, por lo tanto, mayor comprensión consiguiente que las que pueden obtenerse mediante técnicas cualitativas.¹⁵⁴

6.1 Metodologia de Abordagem

Não é uma tarefa fácil interpretar a realidade na forma como ela se apresenta, identificando os movimentos¹⁵⁵ dos seres humanos que a compõem e catalogando os elementos que provocam estes movimentos. O processo de exploração da realidade requer uma metodologia flexível e uma escuta sensível¹⁵⁶, para que se consiga transitar do particular

¹⁵² Segundo Spink e Medrado, na visão construcionista, a produção de sentidos se processa no contexto da ação social. In: SPINK, Mary Jane (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000, p. 59

¹⁵³ Cooper & Stevenson, In SPINK, Mary Jane (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000, p. 84

¹⁵⁴ DEBUS, M., Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. Washington, D.C., Academia Para el Desarrollo Educativo Healthcom, 1991, p. 2.

¹⁵⁵ A expressão 'movimento' foi utilizada neste caso como sinônimo das ações e reações que resultam do contato que as ACS mantêm com as tarefas exercidas no contexto laboral.

¹⁵⁶ A escuta sensível se apoia na empatia. O pesquisador deve sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para poder compreender de dentro suas atitudes, comportamentos e sistema de idéias, de valores de símbolos e de mitos. A escuta reconhece a aceitação incondicional de outrem. René Barbier, *L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé*. Conférence à l'Ecole Supérieure de Sciences de la Santé – <http://www.saude.df.gov.br> Brasília, juillet, 2002.

para o todo (vice-versa), bem como, uma metodologia permeável para que seja possível interpretar o significado das expressões utilizadas no cotidiano laboral. Conforme Soares¹⁵⁷ “estamos mergulhados num mundo histórico de cultura e tradição, numa floresta de símbolos, e só pensamos, nos comunicamos, compreendemos ou agimos significativamente a partir desse quadro de referência”. Portanto, é necessária uma metodologia que reconheça as concepções ideológicas, psicológicas, os valores morais e culturais, que estão por trás das expressões (verbal e não-verbal), dando conta do simbólico e proporcionando uma catalogação destes aspectos subjetivos.

Por se tratar de uma pesquisa empírica, que precisa levar em consideração os argumentos já citados e, que tem como finalidade, definir o lugar e o significado que o ‘trabalho de agente da saúde’ tem para estas profissionais, optou-se pela abordagem qualitativa com base na *Metodologia Hermenêutica*. Ou seja, a escolha desta metodologia foi em virtude do objeto de pesquisa, nos quais buscou-se apoio teórico em autores como Pedro Demo, Luiz E. Soares, Jean Grondin e Richard Palmer. Porém, é importante destacar que todos estes autores escrevem sobre hermenêutica, ancorados no pensamento dos filósofos Heidegger e Gadamer. A *Hermenêutica* é uma metodologia que busca investigar a comunicação humana, procurando interpretar o que se diz e o que não se diz. De acordo com isto, Palmer¹⁵⁸ menciona que a “interpretação das expressões essenciais da vida humana (...) implica em um ato de compreensão histórica, uma operação fundamentalmente diferente da quantificação, do domínio científico do mundo natural; porque neste ato de compreensão histórica está em causa um conhecimento pessoal do que significa sermos humanos”.

A atitude hermenêutica neste caso é muito importante, porque permitiu resgatar o contexto sócio-histórico e identificar os elementos culturais e subjetivos que transcendem o processo de trabalho e a visão de vida das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Segundo Grondin¹⁵⁹ tanto para Heidegger como para Gadamer, “a história atua muito seguidamente de modo encobridor, e por isso, com demasiada frequência se afirmam princípios de interpretação que obstruem o acesso as coisas ou as fontes. As vezes, é precisamente o salto

¹⁵⁷ SOARES, 1994, p.22.

¹⁵⁸ PALMER, 1989, p. 50.

¹⁵⁹ GRONDIN, 2000, p.189.

para trás das interpretações historicamente poderosas, que é hermeneuticamente enriquecedor”. Além de conhecer o processo histórico de constituição desta nova categoria profissional, no decorrer da pesquisa, procurou-se também observar a realidade na qual as ACSs estão inseridas e descrever os fenômenos que surgem no processo de trabalho. O estudo parte do acompanhamento das ACSs nas suas atividades, participando da sua vida profissional, para conhecer melhor o seu meio sócio-econômico-cultural e, com isto, averiguar as condições de trabalho da Agente em seu contexto de trabalho. O *Método Hermenêutico* possibilitou conhecer o pensamento e os sentimentos destas trabalhadoras, que são expressos pela linguagem¹⁶⁰ e pela escrita, favorecendo a compreensão da realidade através da interpretação do que está por trás do que aparece e do que fica subentendido. A atitude *Hermenêutica* proporcionou a compreensão de um objeto de pesquisa que está dentro de um contexto que abrange vários elementos (econômico, político, cultural, histórico e social) e é por estes influenciado, bem como, estudar não apenas os fatos dados e os acontecimentos externos, mas também os sentidos¹⁶¹, os valores e os significados dos discursos e expressões humanas que em alguns momentos e situações ficam ocultas.

Segundo Demo¹⁶² a “Hermenêutica é a metodologia da interpretação, ou seja, dirige-se a compreender formas e conteúdos da comunicação humana, em toda a sua complexidade e simplicidade”. Desta forma, a pesquisa qualitativa a partir do enfoque da Hermenêutica, permitiu explorar o campo simbólico e transitar por caminhos invisíveis, favorecendo na interpretação do que o trabalho representa, o espaço que ocupa e, o que este, provoca na subjetividade destas trabalhadoras. Portanto, através da hermenêutica procurou-se durante a pesquisa identificar no discurso das Agentes Comunitárias de Saúde o processo, o movimento e o sentido atribuído ao seu contexto laboral, pois segundo Dejours¹⁶³ para ter acesso ao sofrimento é preciso passar pela palavra dos trabalhadores. Para este autor, a vivência subjetiva qualitativa só pode ser elaborada por meio de relações intersubjetivas, por isto, sua

¹⁶⁰ Pinheiro destaca que a linguagem, para Shotter, é um instrumento ou ferramenta psicológica pela qual estabelecemos diferentes relações com os que nos cercam e produzimos sentido para nossas circunstâncias. Essas circunstâncias são parcialmente estruturadas e o sentido que damos ou empregamos a elas, dá um a forma e possibilita a comunicação desse sentido aos que estão ao nosso redor e que falam a mesma linguagem. In: SPINK, 2000, p. 193.

¹⁶¹ A expressão ‘*sentidos*’ é utilizada aqui como algo que é produzido em decorrência do contexto de vida, pois segundo Pinheiro vivemos num mundo de sentidos conflitantes e contraditórios. Lidamos não com o sentido dado pelo significado de uma palavra ou conceito que espelham o mundo real, mas com sentidos múltiplos, o que nos leva à escolha de versões entre as múltiplas existentes. Lidamos com uma realidade polissêmica e discursiva, inseparável da pessoa que a conhece. In: SPINK, Mary Jane (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000, p. 193.

¹⁶² DEMO, 1981, p. 249.

¹⁶³ DEJOURS, 1994, p.68.

significação pode ser interpretada pelo discurso e pela linguagem, onde a palavra aparece como mediador privilegiado.

A partir da metodologia definida, a pesquisa foi organizada em três etapas, sendo que, no primeiro momento (durante os meses de janeiro e fevereiro de 2003), procurou-se visitar a Coordenadora Regional do PACS, as Secretarias Municipais de Saúde de Venâncio Aires e Santa Cruz do Sul, que estão localizados na região de abrangência da XIII Coordenadoria Regional de Saúde, para explanar os objetivos da pesquisa e solicitar permissão dos Secretários(as) de Saúde e da Coordenadora Regional¹⁶⁴ para desenvolver a pesquisa. Após a permissão, entrou-se em contato com os Enfermeiros(as) responsáveis pelos grupos de ACS, nas quais foi agendando visitas aos respectivos grupos, com a finalidade de apresentar os objetivos da pesquisa e convidá-los a participar da mesma, deixando-os livre para manifestar sua intenção de participar ou não da pesquisa. Paralelo aos primeiros contatos com os grupos de ACS, realizou-se o aprofundamento da revisão bibliográfica referente ao Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da metodologia, com a finalidade de adequar os conceitos teóricos com a prática de campo.

No segundo momento foram realizados os trabalhos de campo, propriamente dito, nas quais foram realizados encontros com os grupos de ACS, entrevistas e aplicação de questionários, que durou aproximadamente 5 meses e, que serão melhor explanados no próximo item que fala sobre as técnicas. No terceiro momento, realizou-se a análise dos conteúdos coletados através das técnicas já mencionadas, sendo que estas foram realizadas paralelas às várias leituras que dizem respeito ao material pesquisado.

6.2 População Pesquisa

¹⁶⁴ Coordenadora Regional do PACS: Marlene Webber Andriolo; Secretaria da Saúde Venâncio Aires: Jussara Ferreira e o Secretario da Saúde de Santa Cruz do Sul: Francisco Carlos Smidt..

Neste estudo, a população pesquisada constitui-se de quarenta Agentes Comunitários de Saúde, sendo treze de Venâncio Aires e 27 de Santa Cruz do Sul. No momento em que os grupos de ACS foram procurados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, procurou-se deixar claro que todos estavam livres para optar em participar ou não, mas para surpresa da pesquisadora 95% dos que assistiram a explanação do projeto preferiram participar por considerar importante. Diante do número elevado de interessados (40 ACS), considerou-se importante acolher todos no processo da pesquisa, visando compreender qual o significado que este trabalho e a própria pesquisa estava tendo para estes profissionais.

Tendo em vista o grande número de interessados, procurou-se começar os estudos fazendo uma sondagem sobre as percepções que todas as ACSs têm do programa. Neste sentido, organizou-se uma planilha de atividades nas quais todas as profissionais participaram dos grupos focais e depois responderam os questionários e, posterior a esta fase, realizou-se entrevistas com alguns ACS (a escolha foi aleatória). A título de esclarecimento, a população pesquisada 100% é feminina porque os poucos homens (dois ACS do município de Santa Cruz do Sul), optaram em não participar da pesquisa sem justificar quais os motivos da não participação.

6.3 Técnicas de Pesquisa Utilizadas

Esta pesquisa é de natureza empírica, sendo que, para a sua operacionalização utilizaram-se instrumentos e técnicas como: consulta a documentos para resgatar a história do programa e da categoria profissional; observação direta com registro em diário de campo, entrevistas semi-estruturadas¹⁶⁵, registro de depoimentos e aplicação de um questionário (ANEXO G), visando investigar e analisar o processo de trabalho das ACSs. O questionário contou com questões direcionadas a temas e/ou assuntos pertinentes ao seu contexto de

¹⁶⁵ Entrevista semi-estruturada neste contexto significa a elaboração pela pesquisadora e pelo orientador da pesquisa de um roteiro prévio de questões, formuladas em sintonia com o problema e as hipóteses da investigação. Este tipo de técnica proporciona ao informante liberdade para abordar o tema proposto pelo entrevistador com maior facilidade.

trabalho, para que as ACSs pudessem expor o que realmente pensam e sentem em relação a este, e questões objetivas para identificar aspectos que são imprescindíveis para mapear o perfil da amostra como: idade, sexo, escolaridade, tempo de trabalho e entre outros a profissão anterior. Em relação as questões subjetivas, a investigação foi organizada em blocos, nas quais as questões enfocavam temas como: ambiente de trabalho, relações interpessoais, sentimentos e sensações sobre o ‘*cuidar de pessoas doentes*’, percepção sobre o fato de morar no local de trabalho e, entre outras, as expectativas antes de começar nesta área e, no momento da pesquisa, em relação ao futuro.

No período de março e abril de 2003, foram realizado as visitas aos locais de reuniões das ACSs e organizado alguns encontros com grupos de ACS (3 grupos), constituindo-se num total de nove encontros (três encontro com cada grupo). Portanto, este estudo estruturou-se a partir do desenvolvimento dos grupos focais¹⁶⁶ e, de forma complementar, procurou-se realizar entrevistas com quatro ACS de cada grupo e com informantes privilegiados, a saber: enfermeiros(as) que coordenavam os grupos de ACS, a responsável pela Coordenadoria Regional de Saúde e gestores das secretarias de saúde de Venâncio Aires e Santa Cruz do Sul. A partir da técnica de grupos focais, as ACSs expressaram sua percepção sobre o programa, os serviços realizados e os sentimentos sobre os trabalhos desenvolvidos.

Para análise do conteúdo coletado nos grupos focais, nas entrevistas e nos questionários, foram adotados como referências a percepção da população pesquisada sobre determinados temas e/ou categorias como: a capacitação para trabalhar com diversos problemas que surgem no contexto laboral, a organização do programa e as condições de trabalho, os sentimentos sobre o seu trabalho, as relações estabelecidas no contexto de trabalho. Nos três grupos seguiu-se um mesmo roteiro de temas, ou seja, cada sessão era iniciada com alguma dinâmica temática, visando introduzir o assunto de forma sutil, deixando o grupo à vontade para falar. Desta forma, na primeira sessão o tema central foi o PACS. Para este momento foi elaborado um quebra-cabeça com as letras PACS (ANEXO H) e distribuído

¹⁶⁶ *Grupo Focal*, genericamente, pode ser definido como uma forma de entrevistas com grupos que se baseia na comunicação e na interação entre os participantes da pesquisa para gerar dados. Kitzinger, j. Focus groups with users and providers of health care. (Pope, Mays . IN: PEDROSA e TELES. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(3): 303-11 www.fsp.usp.br/rsp

para o grupo montar; durante a montagem da figura a pesquisadora observava os comportamentos dos grupos e questionava-os sobre o que iam falando sobre a figura que estava sendo formada, bem como, o que pensam sobre o PACS e o seu trabalho neste programa. A terceira sessão foi iniciada com a construção de um barquinho de papel, sendo que paralelo a construção do barquinho foi narrado e/ou simulando a trajetória de trabalho de alguém que foi integrado ao programa desde da implantação deste até os dias de hoje. Estas atividades iniciais, tinham como finalidade resgatar o processo de trabalho e proporcionar espaço e elementos para que as ACS expressassem o que pensam.

Após a conclusão dos grupos focais, elaborou-se um questionário de acordo com os assuntos abordados nas sessões, visando maior apreensão e/ou esclarecimento de alguns temas mencionados pelas ACSs. A partir dos questionários, também se pode ter noções sobre o perfil das ACSs em relação a escolaridade, idade, etc..., como também, facilitou a compreensão das queixas manifestadas durante as sessões anteriores, pois ficou mais claro sobre o que estavam reclamando (ver análise). Em síntese, as técnicas utilizadas serviram para identificar o sofrimento psíquico manifestado em diferentes modalidades (verbal e não-verbal), nas quais buscou-se analisar os conteúdos a partir de expressões que emergiram ou foram introduzidas tanto pela pesquisadora como pelas próprias ACSs, sempre tendo o objetivo da pesquisa como pano de fundo.

Para análise dos conteúdos e dos dados obtidos através dos grupos focais, dos questionários e das entrevistas, utilizou-se além da *Metodologia Hermenêutica* como referência metodológica, as *práticas discursivas*¹⁶⁷ pela possibilidade de envolver a categorização dos tópicos relevantes da pesquisa e por incluir o discurso, a observação do comportamento e as várias formas de comunicação não-verbal. Conforme Spink e Medrado¹⁶⁸, as práticas discursivas remete aos momentos de resignificações, de rupturas de produção de sentidos, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto as ordens como a diversidade. A partir dos objetivos da pesquisa, do referencial teórico e metodológico, como também dos dados observados e catalogados, o presente estudo busca analisar os seguintes aspectos: o trabalho feminino e o processo de cuidar; a formação/capacitação profissional das ACSs; a dimensão organizacional em relação ao

¹⁶⁷ Metodologia de natureza qualitativa tratada na obra de SPINK, Mary Jane. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ª ed. SP: Cortez, 2000.

¹⁶⁸ SPINK, Mary Jane. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2000, p. 45

trabalho com pessoas doentes e ao fato de morar no mesmo local que desenvolve as atividades laborais, bem como o vínculo institucional indefinido.

7. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Durante o desenvolvimento das atividades de pesquisa surgiram vários elementos que merecem serem analisados, porém no presente trabalho discutir-se-á os tópicos mais relevantes que estão relacionados aos objetivos deste estudo, ou seja analisar quais os efeitos do trabalho realizado pelas Agente Comunitários de Saúde (ACS) na sua subjetividade e no desempenho das suas funções enquanto trabalhadoras na área da saúde. O que se quer neste

estudo é compreender a relação que existe entre trabalho e trabalhadora, tendo como pano de fundo a organização do trabalho, que é abordada por Dejours com tanta propriedade. A Escola Dejouriana ao abordar a *Organização do Trabalho* traz à superfície questões importantes para serem discutidas, porque é apontado o quanto o contexto de trabalho é minado de aspectos (poder, controle, ideologia, cultura, prazer, desejo, satisfação, sofrimento, etc...), que de alguma forma sempre deixam marcas nas protagonistas que compõe este cenário.

Através das atividades ou das técnicas de pesquisa, buscou-se verificar quais os elementos que estavam mais implicados com a produção de sofrimento e desgaste emocional, sendo que, depois de várias análises dos dados coletados organizou-se o material em blocos ou categorias para serem estudados e discutidos, nas quais destacou-se os seguintes temas: o trabalho feminino e o processo de cuidar; a formação profissional das ACS; a questão de morar no local de trabalho e o constante contato com pessoas que demandam atenção, como também o vínculo institucional.

7.1 O Trabalho feminino e o processo de cuidar

No período da pesquisa o município de Santa Cruz do Sul tinha 86 Agentes Comunitários Saúde (53 atuando no PACS e 33 no PSF) e o município de Venâncio Aires tinha 33 (23 atuando no PACS e 10 no PSF), somando um total de 119 ACS. Entre este número total de ACS: 117 são do sexo feminino e 02 do sexo masculino, porém quando os grupos foram procurados e convidados a participar da pesquisa, apenas as mulheres se interessaram e se dispuseram a colaborar com a pesquisa. Portanto, participaram da pesquisa 40 voluntárias 13 de Venâncio Aires e 27 de Santa Cruz do Sul, sendo que durante a pesquisa, quando estas foram questionadas sobre o fato de predominar mulheres no programa, muitas manifestavam ser este um trabalho próprio da mulher e o motivo de ter poucos homens no

programa é porque não é fácil suportar este tipo de trabalho. Em relação a estes aspectos, destacaram-se algumas justificativas:

“Acho que é do instinto, é da mulher, porque esta profissão exige paixão e são poucos os homens que conseguem se apaixonar por este trabalho”.

(Entrevistada 14)

“Uma ou outra que é chefe de família, porque geralmente é o homem que é o chefe de família e neste caso, a remuneração é muito pouca. Talvez este é o motivo pelo qual os homens não se inscrevem e quando entram no PACS não conseguem ficar muito tempo, indo procurar coisa melhor para sustentar a sua família”. (Entrevista 1)

“Mais independente do salário, eu acho que se a pessoa não tem alguma coisa onde ela se encontra, por melhor que seja o salário ela não suporta e desiste. Eu acho, que tem que ter vocação”. (Entrevistada 6)

Diante das justificativas das próprias ACSs, os critérios de seleção e das condições de trabalho na qual estas estão submetidas, considerou-se necessário investigar e analisar a inter-relação entre o trabalho exercido e o papel da mulher neste contexto. Desta forma, procurou-se analisar a interseção entre a esfera produtiva e o papel da mulher na sociedade, buscando averiguar até que ponto estes aspectos podem estar repercutindo sobre a saúde destas trabalhadoras.

Ao avaliar as vicissitudes na qual as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) estão submetidas, verificou-se que a maior parte dos problemas relacionados ao contexto laboral são independentes do sexo. Porém, ao constatar-se que o processo seletivo para ACS, prioriza pessoas com perfil apropriado para exercer atividades que socialmente são determinadas como sendo do sexo feminino, julga-se necessário levar em conta as especificidades do trabalho feminino, para melhor compreender as articulações que se estabelecem entre o trabalho que executam e a sua posição no sistema de saúde.

Em suma, o trabalho destas ACSs se resumem em identificar dentro da sua própria comunidade as pessoas que estão em situação de risco (crianças desnutridas, gestantes sem acompanhamento pré-natal, idosos sem tratamento e outros), desenvolvendo assim, atividades que envolvem cuidado e dedicação. Diante disto, observam-se aspectos importantes que

precisam ser analisados, como a questão de predominar mulheres no grupo estudado, considerando a história do PACS (contratação de 6.000 mulheres pelo Governo do Ceará para realizar as atividades de ACS), como também a inserção da ACS no mercado de trabalho e, a atividade da ACS em si, que está atravessado por procedimentos que envolvem o cuidar, o ajudar, o orientar e o levar informações às pessoas.

Dentro da organização do trabalho em saúde, geralmente, o *cuidar* e o *tratar* são vistos como procedimentos distintos, em que são identificados como sendo função ou cargo de determinadas categorias profissionais. Neste caso, o *tratar* fica como tarefa do médico e o *cuidar* como tarefa do enfermeiro ou outras categorias similares, por implicar atenção não apenas à doença mas ao doente, exigindo maior comprometimento, dedicação, afeto, contato e comunicação constante. Segundo Nogueira, o *cuidar* no campo da saúde é complexo, porque exige muito mais que dar ao outro algo de que carece, pois o cuidado não se define por uma beneficência utilitarista, não é algo redutível nem a um saber metodicamente aplicado nem a amenidades no conforto e bem-estar do paciente¹⁶⁹.

Em relação às ações voltadas à saúde, Ayres fornece uma descrição filosófica bem ilustrativa sobre o cuidado, dizendo que:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediado ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.¹⁷⁰

Portanto, o cuidado não é prerrogativa de ninguém, nem de determinadas categorias profissionais e nem do sexo feminino. A atitude de cuidar deve ser absorvida e estendida a

¹⁶⁹ NOGUEIRA, 2002, p. 263

¹⁷⁰ AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

toda forma de trabalho em saúde e não visto como um traço ou característica de algum grupo profissional e/ou como exclusividade do sexo feminino. Sendo Assim, o cuidado e o tratamento não podem ser entendidos como procedimentos diferentes, mas como elementos de uma mesma estrutura de atendimento em saúde. Neste sentido, Nogueira¹⁷¹ explica que normativamente o cuidado deve abranger o tratamento na medida em que o tratamento constitui um momento técnico do cuidado (...). É que o tratamento tem mesma racionalidade instrumental ou estratégica que caracteriza o trabalho. Mas o cuidado, nessa interpretação, talvez possa ser descrito como um conjunto circunstanciado de ações simultaneamente instrumentais e comunicativas, com dominância destas últimas. Com efeito, o cuidado deve direcionar o tratamento e contê-lo em si. Assim, não se pode entender o cuidado como algo separado de uma ação técnica que aplica métodos e instrumentos para a manutenção ou a recuperação da saúde.

No entanto, existem outras visões sobre o *cuidado* na qual tem haver com as oportunidades sociais que favorecem o desenvolvimento de comportamentos de solidariedade e de sentimentos de compaixão e, neste caso, Nogueira destaca a idéia da *ética feministas do cuidado* defendida por Baier:

O cuidado envolve sempre relações “quentes”, que falam pelos sentimentos das pessoas, impondo-se com naturalidade pelos laços de confiança mútua e deixando-se colorir pelas tintas de cada relacionamento particular. Baier insiste em que a imposição de regras de igualdade e de universalidade para justificar a ética e a justiça resulta de um entendimento “frio” das relações humanas. É nada mais que um artefato da razão masculina que, por todos os lugares, enxerga relacionamentos de tipo contratual, estabelecidos entre indivíduos socialmente atomizados. Na confirmação de sua ética do cuidado e da responsabilidade, Baier trata com preponderância das relações humanas que desenvolvem em condições sociais de desigualdade “natural”. Na família e na comunidade, para ser de algum modo atenuada ou eliminada; na verdade, a desigualdade é aí sempre pressuposta e espontaneamente sustentada pelo próprio cuidado, enquanto este se alimenta de simpatia, minimamente, ou de amor, muitas vezes.¹⁷²

De acordo com o pensamento de Baier, o cuidado não segue os princípios de igualdade e de relacionamentos livres, mas sim em uma relação que envolve laços afetivos, comprometimento, sentimentos e, entre outras, confiança mútua. Uma relação ancorada mais na espontaneidade do que na racionalidade e na reflexão, relações estas que, nascem nos

¹⁷¹ NOGUEIRA, 2002, p. 265.

¹⁷² NOGUEIRA, 2002, p. 267

espaços familiares e comunitários e, são por estes sustentados. Neste contexto, surgem algumas questões que merecem especial atenção, ou seja, quem são as pessoas que são encarregadas e assumem a tarefa de cuidar? Porque Baier usou a expressão *ética feminista* para explicar as relações que envolvem sentimentos? Enfim, o que se quer é a partir deste ponto discutir, porque quando se pensa em cuidado somos logo levados a pensar na mulher exercendo este tipo de procedimento seja na família, na comunidade e no contexto laboral.

Segundo Antunes¹⁷³, “as relações entre gênero e classe nos permitem constatar que, no universo do mundo produtivo e reprodutivo, vivenciamos também a efetivação de uma construção social sexuada, onde os homens e mulheres que trabalham são desde a família e a escola, diferentemente qualificados e capacitados para *o* e *no* mercado de trabalho”. Entre as atividades, que foram socialmente construídas como sendo próprias da mulher é o *cuidar*, desta forma as atividades que envolvem o cuidado, geralmente são atribuídas as mulheres como algo natural, pois estas estão acostumadas a tal prática por exercerem este tipo de atividade em casa, com a família. Segundo Codo¹⁷⁴, “a idéia de cuidar, de proteger, esteve sempre presente na história da mulher. Com ela ficaram as incumbências domésticas, o cuidado e a educação dos filhos. Por extensão, o cuidado dos doentes também passou a ser parte do trabalho feminino na medida em que exigia tarefas similares (...)”. A questão do ‘*cuidar*’ e do ‘*ajudar*’, aparece em vários momentos nas entrevistas com as ACSs, quando estas são questionadas sobre o trabalho e o que este significa, demonstrando o quanto é importante ser útil e ao mesmo tempo desenvolver algo que se está acostumado fazer (servir o outro). Dentro disto, destaca-se alguns depoimentos das ACS:

“Eu procuro ser útil, porque a gente está sempre envolvida não só com os problemas da comunidade tentando resolver, mas também ajudando quando é chamado como no caso da bolsa alimentação e em tudo que a gente é chamado para participar como em creche, na escola, na igreja. A gente é realmente útil na comunidade”. (entrevistada 32)

“Eu me acho muito importante por poder ajudar as pessoas e me preocupo demais com os outros, pois sempre quero conseguir tudo para elas”. (entrevistada 28)

“A maioria trabalha por amor a camiseta, porque se fosse só pelo salário a maioria já tinha desistido. Não dá para dizer que a gente está trabalhando pelo o que ganha e na realidade a gente trabalha porque gosta do que faz. A maioria de nós

¹⁷³ ANTUNES, Ricardo. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999, p. 109.

¹⁷⁴ CODO & SAMPAIO, 1995, p. 139

procurou este serviço por identificação e não pensando no que ia ganhar”.
(entrevistada 35)

“É um trabalho gratificante, porque posso ajudar as pessoas naquilo que elas necessitam, orientando e auxiliando quando elas precisando de alguma coisa”.
(entrevistada 33)

“Nada acontece por acaso se Deus colocou esta missão para nós, é porque ele sabe que agente tem condições e força para levar adiante”. (entrevistada 15)

As ACSs quando falam do seu trabalho fazem questão de destacar que gostam do que fazem, demonstrando interesse e sentimento de amor, carinho e afeto pela profissão que exercem. Trabalham por devoção com a finalidade de ajudar e servir os outros, porque sentem a necessidade de fazer alguma coisa pelas outras pessoas da comunidade ou bairro, acreditando assim, que são pessoas dotadas de qualidades especiais, por assumirem uma função de *Madres Públicas*¹⁷⁵. No entanto, percebe-se que estas justificativas são respostas ou reações às imposições do social, na qual a mulher é induzida a se dedicar à família e aos outros, cuidando das outras pessoas por *necessidade da moral social*¹⁷⁶ instituída de acordo com a cultura de cada sociedade. Moral esta, que é desenvolvida desde a infância, que contribui na constituição da subjetividade e da identidade de ser homem ou mulher, ficando assim, impregnada como sendo algo natural e próprio do sexo masculino ou feminino. Porém, segundo Sau¹⁷⁷ “inducir que la capacidad de cuidar es esencial en las mujeres puede ser además de falso, peligroso”.

¹⁷⁵ Conforme Lagarde los trabajos que estas *madres públicas* realizan son considerados femeninos, por ser reproductivos y, aun cuando ocurren en espacios públicos, son concebidos culturalmente como extensiones de la maternidad. De ahí que aun cuando se realizan socialmente en instituciones públicas, es decir, que han sido separados de lo doméstico y privado, y en esse sentido se han socializado, se les considera parte de la feminidad y expresiones de la maternidad. Estos trabajos son maternales porque: i) ideológicamente estas actividades sociales se consideran servicios – de servir; ii) estas mujeres tienen un estatuto social y jurídico de trabajadoras, por el cual ocupan una posición subalterna en la sociedad de clases. LAGARDE, Marcela. *Los Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Tese de Doutorado: Universidad Nacional Autónoma de México, (s/ data), p. 387.

¹⁷⁶ Segundo Kohlberg o desarrollo del pensamiento de las personas sobre temas morales se caracteriza por alguns critérios como: razones para actuar correctamente (necesidad de ser una buena persona ante uno/a mismo/a y ante los demás. Cuidar de otros. Se cre en la Regla de Oro; deseo de mantener las normas y la autoridad que mantengan los estereotipos de buena conducta); perspectiva social del estadio (sentimientos compartidos que tienen preferencia sobre los intereses individuales. Se mantiene en la regla de oro concreta, sin perspectivas del generalizado – vivir en la forma en que la gente de alrededor espera de uno/a). IN: SAU, Victoria. *Diccionario ideológico feminista*. Vol. II, Icaria la miranda esférica, 2001, p.87.

¹⁷⁷ SAU, Victoria. *Diccionario ideológico feminista*. Vol. II, Icaria la miranda esférica, 2001, p.93.

O que se observa de um modo geral, é que a profissão de ACS é exercida predominantemente por mulheres, o que nos leva a pensar que as questões de gênero¹⁷⁸ também estão implicadas neste contexto. A partir deste pressuposto, constata-se que as próprias ACS reconhecem este trabalho como sendo do instinto feminino e da mulher por exigir dedicação, persistência, força de vontade, paciência e outras características que socialmente são atribuídas à mulher. A opinião das ACS sobre o seu próprio trabalho é, de acordo com a concepção dominante, na qual é delineado socialmente que ela deve ser prestativa, servir e fiel as necessidades da família.

Conforme Sau¹⁷⁹, “a consecuencia lógica de una organización sociopolítica que coloca el hacer de los hombres en el exterior, a pesar de que también mandan en el interior, al que han sido embujadas por la fuerza, también la fureza de la costumbre, as mujeres”. Ou seja, a própria organização social coloca a mulher como detentora de saber e capacidade restrito ao espaço familiar/doméstico. Esta concepção contribui para os seres humanos irem se desenvolvendo e estruturando o seu pensamento, personalidade e identidade de acordo com a hegemonia dominante sobre o papel da mulher no contexto social, que é de alguém que está para *ajudar e auxiliar* tanto dentro de casa como fora.

Fora, porque a mulher é preparada ou formada pela família e por todo o contexto social na qual está inserida, para exercer o mesmo papel que lhe é atribuído no espaço familiar também no âmbito social, menosprezando a sua capacidade intelectual e, principalmente, como ser humano dotada de todos os predicados para exercer o que for do seu interesse. Em relação a este aspecto, Fonseca¹⁸⁰ destaca que

a importância do argumento de que ninguém se faz homem ou mulher apenas pelo fato de ter nascido biologicamente macho ou fêmea, e que as identidades subjetivas são masculinizadas ou feminizadas a partir de longos processos de inculcação e socialização (diferenciados de acordo com as culturas nas quais se inserem bem

¹⁷⁸ Ser mulher é uma elaboração sócio-cultural, pois gênero se constrói tendo como referência vários espaços como família, escola, local de trabalho, através de várias instituições sociais e a própria subjetividade. Portanto, a construção do conceito de masculino e feminino se dá no todo de uma sociedade, num processo dialético de “fabricar” uma feminilidade e uma masculinidade históricas, necessárias àquela sociedade naquele momento. SANTORUM, Kátia M. Teixeira e LAMAS, Berenice Sica. Trabalho e Mulheres: Aspectos de uma Convivência Malsã. In: *PSICO*, Porto Alegre, v.26, n.1, p. 59-88, jn/jun. 1995.

¹⁷⁹ SAU, op. cit., p.91

¹⁸⁰ FONSECA, Tania Mara Galli. *Gênero Subjetividade e Trabalho*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2000, p.103

como legitimados segundo o tempo histórico que lhes é correspondente), pode-se observar que aquilo que supostamente é considerado como masculino e feminino se inscreve como forma simbólica e arbitrária, não existindo fundamento biológico para justificá-lo e naturalizá-lo.

Porém, esta transmutação simbólica do cultural para o local de trabalho, na qual as atividades femininas passam ser vistas e aceitas como naturais e essenciais, fazem parte de um processo histórico em que o sistema capitalista ajudou a reforçar por interesses dos que detém o poder e o capital. Neste jogo de interesses, a mulher passa a ser absorvida pelo sistema de trabalho como uma forte aliada tanto para consumir como para produzir, por características que foram sendo construídas como próprias do sexo feminino. Em relação a esta trama entre gênero e trabalho, Fonseca coloca que:

o capital dialoga com seus agentes, não somente como força de trabalho a ser consumida, mas como força de trabalho especificamente selecionada para ser consumida, e que, desse modo, a produtividade não se limita à reunião/combinções de fatores de cunho técnico e econômico, é necessário reconhecer que os sentidos sociais que significam a dimensão sexual dos(as) trabalhadores(as) igualmente se aplicam à estrutura ocupacional da sociedade e a impregnam. Isso significa dizer que a divisão social e técnica do trabalho não se realiza se não pela divisão sexual do mesmo. Os sentidos das ocupações não se colocam como inerentes e “naturais” às mesmas, mostrando-se ao contrário, como conseqüências de uma construção social firmada nas crenças a respeito do que é ser feminino e masculino em um dado contexto e tempo social.¹⁸¹

Conforme Antunes¹⁸², o capitalismo tem sabido apropriar-se da divisão sexual do trabalho e desta que a ampliação do trabalho feminino no mundo produtivo das últimas décadas é parte do processo de emancipação parcial das mulheres, tanto em relação à sociedade de classes quanto à inúmeras formas de opressão masculina, que se fundamentam na tradicional divisão social e sexual do trabalho. Mas – e isso tem sido central – o capital incorpora o trabalho feminino de modo desigual e diferenciado em sua divisão social sexual do trabalho. Outro aspecto que merece ser destacado é que o sistema capitalista além de se apropriar das diferenças anatômicas e/ou biológicas entre os sexos feminino e masculino, este também se apossou da versatilidade que a mulher possui para desempenhar as suas atividades. Para Antunes, o capital percebeu que a mulher exerce atividades polivalentes no espaço

¹⁸¹ FONSECA, 2000, p. 21.

¹⁸² ANTUNES, 1999, p. 109/110.

doméstico e passou a apropriar-se deste, utilizando e explorando intensamente da *polivalência* e *multiatividade* do trabalho feminino, como também da experiência que as mulheres trabalhadoras trazem das suas atividades realizadas na esfera do *trabalho reprodutivo* e do *trabalho doméstico*.

Dentro deste contexto, considera-se necessário destacar, que o trabalho feminino foi adotado pelo sistema capitalista e *aceito* no mercado de trabalho por ser uma mão-de-obra barata, menos reivindicatória, tímida e submissa, mas que por não possuir uma qualificação profissional apenas dotes e/ou características que lhe foram sendo atribuídas socialmente, esta foi colocado numa posição de inferioridade e, conseqüentemente sem reconhecimento. As *trabalhadoras ACSs* são escolhidas para determinadas funções que exigem as características ‘femininas’, porém este mesmo trabalho que é a elas destinados por serem dotadas de sensibilidade e perspicácia para o cuidado, não é reconhecido como elemento que merece ser valorizado e ter remuneração econômica adequada ao investimento físico e psicológico que ele exige. No geral, percebe-se as qualidades e habilidades minuciosas que a mulher aprende a desenvolver, não são reconhecidas na folha de pagamento. Concordo com Fonseca¹⁸³, quando coloca que o trabalho que a elas é destinado é igualmente desmerecido e inferiorizado no contexto social (...). As trocas simbólicas realizadas entre as esferas reprodutivas e produtivas sustentam a “biologização do social”, naturalizando os dotes e atributos femininos e os desconsideram, para fins de reconhecimento econômico e social, como capital legítimo.

Esta ambivalência entre o que lhes são exigido e o que lhes são considerado, contribui para desencadear frustração e impotência pela divergência entre estes pólos, sendo que a luta pela emancipação sobrevivência, liberdade não é só contra a opressão masculina e ao poder instituído histórica e socialmente ao homem, mas também a exploração do sistema capitalista¹⁸⁴. Esta luta, implica num desgaste de energia psíquica duplo, porque além de

¹⁸³ FONSECA, 2000, p.108.

¹⁸⁴ A mulher, em geral, realiza sua atividade de trabalho duplamente, dentro e fora de casa, ou, se quisermos, dentro e fora da fábrica. E, ao fazê-lo, além da duplicidade do ato do trabalho, ela é duplamente explorada pelo capital: desde logo por exercer, no espaço público, seu trabalho produtivo no âmbito fabril. Mas, no universo da vida privada, ela consome horas decisivas no trabalho doméstico, com o que possibilita (ao mesmo capital) a sua reprodução, nessa esfera do trabalho não-diretamente mercantil, em que se criam as condições indispensáveis para a reprodução da força de trabalho de seus maridos, filhos/as e de si própria. Sem essa esfera da reprodução não-diretamente mercantil, as condições de reprodução do sistema de metabolismo social do capital estariam bastante comprometidas, se não inviabilizadas. ANTUNES, 1999, p. 108.

precisar de condições emocionais para suportar as dificuldades do cotidiano laboral, estas também precisam encontrar forças para suportar os descasos e falta de reconhecimento em relação a sua condição de trabalhadora.

A possibilidade de obter ganhos em cima de algo que parece a princípio não exigir muitos esforços, apenas conhecer a comunidade em que mora, realizar visitas, distribuir informações, registrar alguns dados sobre as pessoas (crianças, gestantes, idosos, doentes, etc.), faz com que muitos vejam isto como uma grande oportunidade e uma saída para *ajudar* nas despesas domésticas e ao mesmo tempo servir as pessoas da comunidade. Pois, além de ingressar no mercado de trabalho, visando incrementar o orçamento doméstico, estas buscam ser úteis e produtivas, porque existe a idéia de que, com este trabalho estão *ajudando* a sua família e a sua comunidade. Dentro desta forma de ver o trabalho extra casa, Fonseca¹⁸⁵ coloca que,

A existência dessas mulheres é ordenada por duas principais motivações: família e trabalho, sendo que para elas a dedicação ao emprego transformou-se em dedicar-se à manutenção material e moral da vida familiar. Como mulheres pobres, não puderam e não podem dispensar sua condição de trabalhadoras, a qual, como se vê, é movida por um apego incondicional ao emprego, cujas condições são minimizadas face ao desespero frente ao possível desemprego.¹⁸⁶

Este aspecto aparece, principalmente quando as ACSs dizem que este trabalho significa além de realização pessoal também fonte de renda e oportunidade de emprego: “*eu moro no interior e lá não tem muita opção de serviço, pois tu é professora ou tu trabalha na lavoura, mas aí apareceu esta oportunidade diferente; eu também me escrevi, porque não tinha mais idade para fazer outra coisa e foi a única opção*”(entrevistas 23 e 36). Estes depoimentos demonstram, o quanto o trabalho de ACS está sendo uma alternativa de emprego e/ou trabalho, servindo tanto como uma ocupação como de recurso financeiro. Por outro lado, estas mulheres constituem naquilo que é denominado de mão-de-obra ou matéria prima ideal para este posto de trabalho, sendo objetos fáceis e dóceis à exploração do capital.

¹⁸⁵ FONSECA, op. cit., p. 124.

¹⁸⁶ FONSECA, 2000, p. 124.

Segundo Senna e Freitas¹⁸⁷ a inserção da mulher nestas condições no mercado de trabalho traz algumas conseqüências, pois as impede de ver as limitações que as condições de trabalho lhes impõem, tornando-as presas fáceis dos detentores do poder e do capital, servindo de massa de manobra para atender e servir, o que estes almejam (dominação, controle, etc...). O poder¹⁸⁸ presente tanto nas hierarquias institucionais como nas relações de trabalho, deixam as mulheres cativas¹⁸⁹ das suas próprias condições de trabalhadoras, pois buscam o trabalho visando a emancipação, mas terminam entrando noutra jog – a exploração do capital e dos interesses da hegemonia dominante.

Conforme as autoras Santorum e Lamas¹⁹⁰, apesar de se constituir a principal ferramenta da emancipação da mulher e ser responsável por sua saída do mundo doméstico, o trabalho traz também prejuízos e ônus, doença e sofrimento. Dentro deste jogo dialético de prazer e sofrimento, o sentimento de gratificação e satisfação de poder estar ajudando tanto na renda familiar como a sua comunidade, as impede de identificar todo arcabouço de interesses econômicos que está implicado neste tipo de trabalho, na qual as utilizam como mero instrumento de trabalho. Este aspecto mostra, o quanto estas trabalhadoras estão vulneráveis para a exploração desenfreada do mercado de trabalho¹⁹¹, por precisarem de uma atividade econômica para sustentar a família e por necessitarem fazer algo produtivo, que lhes dêem um significado existencial. Estas trabalhadoras, também estão propícias a desenvolver

¹⁸⁷ SENNA, Dulce M. e FREITAS, Clarice U. A mulher em Particular. In: ROCHA, Lys Ester et.alii. Isto é Trabalho de Gente? Petrópolis, Vozes, 1994, p. 373

¹⁸⁸ A expressão *poder* é entendida aqui, como uma dimensão das relações humanas de natureza patriarcal que está presente em todos os tipos de instituições sociais (privadas e públicas). Segundo Lagarde, o poder surge, “sin embargo, en el nivel de las relaciones sociales, en lo público y en lo privado, en todos los intersticios de la vida. (...) las relaciones entre unos grupos y otros se sintetizan en instituciones sociales y políticas del más distinto tipo, las cuales son espacios de reproducción del sistema político y de algunas de sus relaciones de poder. La mujer, la pareja, la conyugalidad – el noviazgo, el matrimonio, el amasiado -, la maternidad, la paternidad, la filialidad, la familia, la banda, la iglesia, son instituciones sociales del poder patriarcal que reproducen para la mujer la división genérica del mundo e sus cautiverios”. LAGARDE, Marcela. *Los Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Tese de Doutorado: Universidad Nacional Autónoma de México, (s/ data), p. 153/159.

¹⁸⁹ Los cautiverios de las mujeres se estructuran en torno a: i) los ejes centrales de la definición histórica de su condición: la sexualidad y la relación con los otros (com el poder); ii) sus modos de vida, constituidos a partir de la concentración de círculos particulares (redes de relaciones sociales y espacios culturales). Así, los modos de vida de los subgrupos de mujeres son la síntesis social y cultural de sus cautiverios. LAGARDE, Marcela. *Los Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Tese de Doutorado: Universidad Nacional Autónoma de México, (s/ data), p. 173.

¹⁹⁰ SANTORUM e LAMAS 1995, p.61

¹⁹¹ Quando falamos em Mercado e Trabalho, estamos incluindo tantos as instituições privadas como as públicas da esfera governamental e Estatal.

enfermidades/doenças em decorrência da vivência laboral, por estarem a mercê de condições de trabalho que extrapolam as suas expectativas e a sua formação profissional, porque o ACS não realiza só os objetivos do programa que é servir de elo de ligação entre a comunidade e os postos de saúde. Segundo as ACSs, atualmente lhes são cobrado produção como numa fábrica, sendo que no final de cada mês precisam apresentar o rendimento mensal, com tantos números de FA (ficha de atendimento ou visitas)

“O ACS tem que estar em filtrado em todo lugar da comunidade, tem que estar dentro de uma associação, dentro da escola, no clube de mães, nas reuniões da comunidade ou vila e, a exigência de fazer tantas visitas diárias não permitem que a gente faça um trabalho de qualidade. Se vou trabalhar sem emoção só com a razão, de repente até consigo tirar de letra essa produção de 8 visitas diárias, mas aí vou ter que ter coração de pedra, porque como vou chegar na casa das pessoas ver o problema e sair dali pensando não tenho nada haver com isto, vou para outra casa. Não, pelo contrário a gente sai dali pensando o que poderia ser feito para ajudar aquela pessoa ou família, independente do tipo de problema (saúde ou questões relacionadas ao lado emocional). É aí, que fico me perguntando o que é realmente o trabalho do ACS, é fazer um trabalho com qualidade e participar de projetos voltados a prevenção ou chegar no final do mês com a produção em dia (8 visitas diárias), como um jogador de basquete com tantos pontos. Isto é que me deixa estressada, porque além das visitas também nos é exigido outros tipos de atividades (cadastramento do SUS, cadastramento das crianças para receber brinquedos de Natal da Primeira Dama e participar de todos os eventos da comunidade...”. (entrevistada 15)

Constata-se neste depoimento que assim como no lar, no trabalho externo também é cobrado da mulher disposição para realizar diversas atividades ao mesmo tempo. O conhecimento dessa realidade concreta, nos obriga à refletir acerca da saúde das pessoas envolvidas neste processo de trabalho, pois segundo Santorum¹⁹² “a dupla contribuição das mulheres, na produção social e na reprodução da vida, e as diferentes facetas envolvidas no uso e no desgaste do corpo e da mente, delimitam contornos de saúde/doença distintos daqueles em que estão situados os trabalhadores masculinos, estando as mulheres em situação de dupla exploração e intenso sofrimento”.

¹⁹² SANTORUM, 1998, p.129.

A dupla exploração, porque realizam dupla jornada¹⁹³ (trabalho doméstico e externo ao lar), sendo que, em ambos não existem um reconhecimento como um *trabalho*, por estarem coladas na noção de serem atividades inerentes ao papel feminino – cuidar, ajudar, auxiliar. De acordo com isto, percebe-se que o trabalho das ACSs não é reconhecido e valorizado por parte dos demais colegas do sistema de trabalho por ser este visto como uma extensão do trabalho doméstico, pois elas de uma certa forma repetem os papéis de paciência, ajuda e dedicação exercitados em casa. Embora, sejam essas as qualidades desejáveis para o desempenho das funções de ACS, não existe reconhecimento por parte dos demais servidores do sistema e pelos seus empregadores, como características que fazem parte do seu processo de trabalho e que nem por isto são inferiores. Estes aspectos, aparecem no discurso das ACSs quando estas são questionadas sobre a relação com os demais colegas que ficam nos postos e nas secretarias de saúde.

“Para certas pessoas na área da saúde o ACS é só mais um ACS (grifo meu), ele não é visto como um profissional da saúde e por causa disto a gente vai perdendo o ânimo, porque o nosso trabalho não é valorizado”. (entrevistada 15)

“Tem setor que dificultam o trabalho do agente, porque agente até tem interesse e luta pra realizar um trabalho bom. Na verdade, na área da saúde nós somos os faxineiros (grifo meu), porque nós identificamos os problemas temos que resolver e o outro pessoal tá lá sentado fazendo o que tem, cumprindo as goras deles e, depois vão pra casa. Mas agente não, tá lá dia-a-dia sem horário atendendo as pessoas seja na casa delas ou quando elas vem bater na nossa porta”. (Entrevistada 38)

“Agente é um estepe (grifo meu), porque qualquer coisa dizem pergunta para ela, liga para ela, como se agente fosse um pronto socorro de 24 horas. (Entrevista 25)

“A relação com o pessoal da secretaria é distante (grifo meu), porque muitas vezes os funcionários organizam programas nas comunidades e os ACS nem ficam sabendo para poder ajudar divulgar o evento. (Entrevistada 18)

“Esta relação não está boa, pois não há entrosamento (grifo meu), quando precisam da nossa colaboração correm atrás, mas depois não somos valorizados como deveríamos, fazendo com que nos sentimos impotentes e usados. (Entrevistada 01)

Hermeneuticamente entende-se as expressões grifas nos depoimentos acima como queixas, que denunciam que no geral não existem entrosamento, comunicação e aproximação

¹⁹³ Segundo Santorum e Lamas (1995, p. 65), a esfera do trabalho produtivo extra-lar e remunerado, histórica e universalmente cabe ao masculino, à esfera pública. Às mulheres cabe o espaço privado, do trabalho doméstico, da reprodução e da criação de filhos. Quando a mulher ingressa no espaço público do trabalho remunerado e produtivo, ela não perde as atribuições de espaço/mundo doméstico, surgindo a dupla jornada, ambas se sobrepondo.

com os demais funcionários do sistema de saúde. O relacionamento precário e a distância, que as ACSs se referem tem haver com o campo das relações e não no sentido real de espaço físico, na qual percebe-se um sentimento de inferioridade por causa da falta de reconhecimento e valorização com seus trabalhos. Ser estepe (coringa), ser faxineiro, ser mais um e estar distante, denota o sentimento de estar exercendo um papel social sem muito valor, na qual a mulher e/ou a trabalhadora vem deparando-se com este tipo atitude desde o meio familiar, onde a trabalhadora é vista como alguém que faz tudo, faz o que ninguém quer fazer, ficando fora do campo de reconhecimento, pois a sua função é vista como: *pode ser feita por qualquer um, pois não precisa de técnica ou qualificação, é próprio da mulher.*

Em relação aos critérios de seleção adotados, observa-se que as instâncias políticas e governamentais acompanham a onda do capitalismo nos modos de dividir e gerir o trabalho público. De acordo com a formulação teórica desenvolvida por Souza-Lobo¹⁹⁴, em que o papel do gênero é definido como determinante cultural e ao mesmo tempo produto das relações sociais, consta-se que a forma de recrutamento ou seleção adotado pelo sistema governamental mantém e/ou reproduz a divisão sexual do trabalho. Por priorizarem mulheres no processo seletivo, para a realização de atividades que são culturalmente atribuídos como exclusivo do sexo feminino.

Para Fonseca¹⁹⁵, no imaginário social firmam-se crenças sociais de que a mulher é o sexo frágil, porém é forte e grandioso o seu coração. As características socialmente construídas de que a mulher é dotada de paciência, persistência, obediência e de um coração capaz de suportar emudecidas as diversidades que a vida lhe impõe, como a dupla jornada, reforça a idéia que fundamenta a dominação e a exploração destas trabalhadoras. Seguindo esta mesma linha de pensamento Santorum e Lamas¹⁹⁶, colocam que a mulher trabalhadora além de padecer com as conseqüências advindas do modo de produção capitalista que acometem sua classe em geral, sofre dupla opressão, exploração e discriminação, pois ainda é relevante o seu pertencimento a uma categoria de gênero.

¹⁹⁴ SOUZA-LOBO, E. *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência*. São Paulo: editora Brasiliense, 1991.

¹⁹⁵ FONSECA, 2000 p. 47

¹⁹⁶ SANTORUM e LAMAS 1995, p. 64

Portanto, constata-se que as ACSs são escolhidas pelas suas características femininas, mas que não são vistas e consideradas pela equipe de trabalho ou pelo sistema de saúde em geral, como trabalhadoras com um papel social diferenciado e com peculiaridades que o próprio sistema lhes impõe e exige. Dentro deste diagnóstico, concorda-se com Santorum e Lamas¹⁹⁷, quando chamam atenção para o fato de que, os riscos a que se expõe a mulher podem produzir efeitos em longo prazo, já que são acumulativos e não visíveis de imediato. Neste caso, considera-se necessário retomar a discussão de Nogueira sobre as categorias *trabalho* e *cuidado em saúde*, na qual conclui que o cuidado em saúde é uma noção mais heterogênea e ampla do que a noção de trabalho, dizendo que:

Se no trabalho o que se tem como proeminente é sua faceta técnica, de racionalidade instrumental, o cuidado tem uma proeminente faceta ética, com possibilidade de ser interpretada diferentemente de acordo com os contextos sociais em que se realiza. Por isso, enquanto parece justificável falar de organização social do trabalho em saúde, para dar a entender que existe uma totalidade de práticas institucionais organizadas de acordo com algum padrão técnico predominante, talvez não se possa falar da mesma maneira de organização social do cuidado em saúde, porque neste caso o que mais cumpre salientar é a diversidade das formas éticas em que o cuidado de saúde pode ser concebido e implementado.¹⁹⁸

Concorda-se com Nogueira, quando este coloca que o cuidado é uma categoria abrangente, que envolve diversas facetas, mas por outro lado, questiona-se se o cuidado precisa ser visto separado do trabalho técnico. Ou seja, assim como é inadequado dissociar cuidado de tratamento, também pensamos ser contraditório falar de cuidado e trabalho como categorias que não podem andar juntas, ou pior que o cuidado não pudesse ser reconhecido como um tipo de trabalho. A mulher já é marginalizada no contexto produtivo e, se colocarmos o cuidado como algo que é da sua natureza e por tal motivo não precisa ser valorizado como uma capacidade que se aprende a desenvolver, mais uma vez estaremos colocando estas trabalhadoras numa posição periférica em relação aos demais profissionais.

Portanto, estes cruzamentos de opiniões ou pontos de vista sobre cuidado, trabalho e gênero tem como objetivo trazer à superfície algumas questões que estão implícitas no campo do trabalho das ACSs e, que de acordo com a análise das entrevistas, constata-se que a repercussão do trabalho na saúde das ACSs está associada ao papel da mulher na sociedade e no contexto de trabalho, como cuidadora e não como trabalhadora.

¹⁹⁷ Ibidem, p. 76

¹⁹⁸ NOGUEIRA, 2002, p. 271.

Pelo fato deste trabalho ser entendido como uma extensão das tarefas domésticas, visto de uma forma geral pela sociedade como uma atividade própria da mulher e por possuir conotação de cuidado, estes profissionais são deixadas à margem do mercado de trabalho e sem reconhecimento, por não dominarem uma técnica de cunho científico. Segundo Fonseca¹⁹⁹, quando lhes é negado o reconhecimento por sua qualificação técnica específica, as mulheres estão sendo enquadradas em uma espécie de humano que é vista com mais aptidões para o exercício dos afetos do que da razão, não lhes sendo possível um estatuto amplo de potencialidades e capacidades. A feminilidade, nesse sentido, se constitui desde a ausência de razão, caracterizando-se por um conjunto de atributos que giram em torno do sensível, do intuitivo, do emocional.

O fato do trabalho das ACSs estarem associado ao papel de mulher reprodutora, companheira, amiga, cuidadora e outros aspectos dotados de uma disposição moral e de uma disponibilidade incondicional de doação a outrem, cria um campo fértil para a desvalorização profissional e conseqüentemente a anulação desta enquanto mulher trabalhadora. Desta forma, o que se quer chamar atenção é para o fato de que a saúde não se caracteriza apenas por aspectos orgânicos ou pela ausência de doença, mas por fatores emocionais como sentimentos de satisfação e frustração, reconhecimento, desejo e outros aspectos que habitam a nossa subjetividade, independente de sexo, raça, religião, nacionalidade, etc... Porém, quando estes aspectos não são respeitados ou considerados, pode-se constatar sérios problemas para a saúde das mulher, neste caso as ACS, porque lhe são exigido uma atuação com características do gênero feminino, mas ao mesmo tempo não são valorizadas por tal aspecto, provocando conflito com si mesmo. O descaso, a pouca valorização e incentivo, provoca frustração e insatisfação, porque elas não sentem reconhecimento pelo que fazem como trabalhadoras, apenas como seres que vagando pelas ruas, levando em alguns momentos consolo, uma palavra de conforto e, em outros orientam e encaminham. Segundo Guimarães...

¹⁹⁹ FONSECA, 2000, p. 100.

A atividade profissional, além de ser um modo de ganhar a vida, é ainda uma forma de inserção social; pode-se constituir em um fator de equilíbrio psíquico pela oportunidade de expressão das aptidões, da capacidade criativa e de desenvolvimento do ser humano, mas pode também ser um fator de desequilíbrio quando, não há a oportunidade de expressão das aptidões, da capacidade criativa ou de sublimação.²⁰⁰

Desse modo, o trabalho não é apenas uma atividade, mas uma forma de expressar os dons e as diferentes habilidades sejam elas quais forem, contribuindo para que cada um encontre no espaço laboral o sentido de sua existência e, servindo também de suporte para a organização de sua identidade subjetiva, enquanto ser humano dotada de predicados próprios independente das condições histórico-sociais (masculino ou feminina) que foram construídas.

7.2 A Formação Profissional do Agente Comunitário de Saúde

Ao analisar os dados coletados nos questionários constata-se que as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que participaram da pesquisa: 07 tem 1º Grau incompleto; 10 tem 1º Grau completo; 05 tem 2º Grau incompleto; 15 tem 2º completo e 03 tem 3º incompleto, portanto 55% da população pesquisada não tem 2º Grau completo. Esta heterogeneidade de graus de instrução escolar se dá, porque no início o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) apenas exigia no momento da seleção que os candidatos soubessem ler e escrever. Conforme os documentos do Ministério de Saúde, a não exigência de maior grau de escolaridade diz respeito ao fato de que os ACSs são pessoas extraídas da própria comunidade e, também porque uma vez selecionado, os ACSs devem passar por capacitação e, periodicamente receber treinamento continuado para exercer as suas funções enquanto ACS.

²⁰⁰ GUIMARÃES, 1999, p. 137

Em termos legais, observa-se que as ACSs segundo critérios definidos em comum pelo Ministério da Saúde e pelas secretárias municipais de saúde, devem preencher os seguintes requisitos formais: residir na comunidade há pelo menos dois anos; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever e, ter disponibilidade de 8 horas diárias para exercer suas atividades. Porém, a partir de 2002, passou-se a exigir nas seleções para ACS que os candidatos tivessem 1º Grau completo.

Segundo a Enfermeira Regional a partir da Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 que criou a profissão do Agente Comunitário de Saúde, passou-se a exigir maior escolaridade do candidato, sendo assim, o agente tem que ter o ensino fundamental completo. Conforme a Enfermeira do Regional, esta exigência é justamente pela dificuldade que os Enfermeiros-instrutores vinham encontrando de trabalhar com os agentes, principalmente com aqueles que tinham uma escolaridade muito baixa (1º a 4º série). De acordo com ela, o agente é aquela pessoa que trabalha com a comunidade realizando o preenchimento de cadastros, formulários e precisa repassar informações importante sobre saúde e, neste sentido, precisa estar sempre atualizado e saber expressar o que aprenderam, pois as maiores dificuldades dos ACSs são justamente assimilar as informações como também realizar o preenchimento das fichas e dos formulários, por isto passou-se a exigir o ensino fundamental.

“São pessoas muito boas, com muita força de vontade para fazer o trabalho. Na maioria, são pessoas que já estavam acostumadas a fazer um trabalho comunitário nas pastorais, mas no momento que elas de deparam com a parte burocrática (preencher fichas, cadastros, falar sobre determinados assuntos, etc...), eles tem uma certa dificuldade e se atrapalham”. (Enfermeira/instrutora)

Quando foi criada a lei o ministério colocou que este profissional deveria concluir um curso de qualificação básica para formação do agente comunitário de saúde, porém este curso de qualificação ainda não ocorreu porque o ministério ainda esta estudando de que forma será realizado. Em relação a qualificação e/ou capacitação destes profissionais, procurou-se averiguar com os ACSs como acontecia o treinamento introdutório e se este treinamento que recebiam era suficiente. Todos manifestaram que receberam treinamento, sendo que para uns a duração deste foi de 3 meses e para outros de 5 à 15 dias (2 semanas). Esta disparidade na duração do tempo de treinamento está na urgência de enviar os ACS à campo e na

disponibilidade da enfermeira de organizar os treinamentos, pois todo o programa municipal do PACS fica sob sua administração. Ou seja, conforme as pessoas vão sendo inseridas no programa elas passam a participar dos encontros e de reuniões que tratam de algum assunto específico e das dificuldades dos demais ACSs, por isto atualmente, não é dada muita ênfase a capacitação inicial.

Quando as ACSs são questionadas se a capacitação inicial foi suficiente para começarem a realização dos trabalhos como ACS, em geral estes respondem que sim, mas que falta muita informação sobre todos os tipos de doenças e exames, mencionando que alguns assuntos importantes são abordados de forma superficial. Este aspecto pode ser representado na fala das ACSs, quando estas dizem que:

“o pior é que a gente não é tão bem preparada para falar e orientar sobre determinados assuntos, porque nós da 1ª turma tivemos até uma capacitação razoável, mas os que entraram depois tiveram uma pincelada e os últimos nem pincel viram”. (entrevistada 1)

“precisamos ter mais capacitação para levar informações adequadas para a comunidade, porque as pessoas perguntam sobre algumas doenças e tratamento e, não conseguimos responder. Precisamos saber mais também, para conseguir identificar os comportamentos e sintomas de doença, para com isto fazer um trabalho de prevenção. Eu acho, que a gente deveria ter uma capacitação mais aprofundada, ter uma estrutura para levar as informações de um jeito que as pessoas vão te aceitar e escutar”. (entrevistada 15)

“A capacitação é fundamental para o ACS, porque a falta de treinamento faz a gente se sentir incapaz, porque em muitos casos tu se depara com situações que não sabe o que dizer e nem sabe se está dizendo a coisa certa. Na verdade, a gente não tem aquele ensinamento que precisa para passar para as pessoas, porque muito das coisas que falo é por experiência própria, por conhecimento que tive com outros profissionais e, não por ter aprendido na capacitação”. (entrevistada 10)

O que percebe-se é que quando as ACSs dizem que a capacitação e/ou treinamento é insuficiente, é porque ocorre muita informação em curto espaço de tempo e, que paralelo ao grande número de informações existem outros fatores como a idade, a formação educacional anterior, o ambiente e os recursos pedagógicos utilizados, que também podem estar influenciando na construção e no entendimento dos assuntos abordados. A partir das

entrevistas e dos encontros com os grupos de ACS tanto de Venâncio Aires como de Santa Cruz do Sul, percebe-se que as ACSs possuíam muita ansiedade e insegurança em relação a sua postura diante de certas patologias, demonstrando dificuldade não apenas em compreender o que lhes eram transmitido, mas como proceder diante de pessoas portadoras de patologias como AIDS, câncer e de pacientes em fase terminal. Este aspecto, pode ser atribuído ao fato da ACS não estar capacitada para assumir uma função que não exige apenas habilidade para prestar orientação, cuidado, mas conhecimentos prévios sobre conteúdos que dizem respeito ao processo doença e saúde, aos procedimentos e encaminhamentos mais adequados, como também domínio da leitura e da escrita, para melhor interagir com os vários temas abordados.

“Existem alguns casos muito difícil e complicado, pois tem situações que não me sinto preparada para enfrentar. Tem uma rua na minha área que estou evitando ir lá, porque já é o 4º caso de câncer que está aparecendo. Então agora tá mais pesado porque o único comentário naquela rua é sobre estes casos. Para ir lá preciso ficar me preparando uns quantos dias antes e fico dizendo: amanhã é o dia que vou lá, e só vou lá naqueles dias que estou me sentindo muito bem, porque não é fácil, pois fico muito nervosa e na verdade sofro junto com as pessoas. É muito complicado visitar estas pessoas, porque este é um momento que a gente não sabe o que dizer e o que fazer”. (entrevistada 26)

O fato de estas ACSs serem um membro extraído da própria comunidade na qual vai trabalhar, sem uma formação prévia que lhe dê uma base para ingressar no PACS, contribui para desencadear sentimentos como ansiedade, insegurança, medo. Estes sentimentos são reflexos de uma vida laboral que lhes exigem muita responsabilidade com as informações que levam para a comunidade de origem, pois caso estas não forem adequadas e a contento da necessidade, da realidade e dos casos/patologias, as ACSs perdem o respeito e o prestígio da população local (comunidade).

“o que angustia o ACS é não poder dar o retorno que a comunidade solicita (marcação de consulta e de exames, atendimento com especialistas, etc...), pois percebe-se que eles assumem um postura de “eu sou o ACS e preciso resolver”, porém, quando eles não conseguem resolver alguma coisa ficam reclamando e a agente nota que eles sofrem com isto”. (Enfermeira/instrutora)

A partir dos critérios de seleção, observa-se que não é exigido da ACS algum conhecimento técnico ou uma escolaridade maior, pois o programa visa um(a) trabalhador(a)

ou profissional com características similar da população atendida, porém este processo de recrutamento, seleciona trabalhadores desprovido de condições técnicas em todos os sentidos. Através deste critério de seleção, pode-se notar que a qualificação deficiente deste trabalhador está refletindo na sua saúde e influenciando no aumento do seu desgaste emocional, pois quando os sujeitos são expostos a situações que estão além de suas condições, ficam temerosos, angustiados e com medo de não conseguirem dar conta do que lhes é atribuído. Este aspecto, pode ser percebido na fala dos entrevistados, quando estes se referem ao trabalho com pessoas portadoras de alguma patologia grave, como sendo algo difícil e muito doloroso, pois não sabem como proceder para ajudar. A diversidade e a complexidade das tarefas, como também o grau de responsabilidade inerente ao contexto de trabalho, agravam ainda mais este quadro, pois as exigências que o trabalho de ACS impõe, extrapolam as condições técnicas e de conhecimento destes protagonistas, violentando-os enquanto seres humanos e trabalhadoras.

“Na minha área tem uma casa que cada vez que vou até lá fico doente, pois saio dela arrasada só com vontade de chorar, porque eles só reclama”. (entrevistada 11)

“Difícil e complicado, pois tem algumas situações que não me sinto preparada para enfrentar”. (entrevistada 24)

“Não é fácil, pois fico muito nervosa e na verdade sofro junto com as pessoas”. (entrevistada 33)

Extrapolam as condições, porque se constata que 55% da população pesquisada não tem 2º Grau completo, demonstrando um perfil de escolaridade que aparentemente parece ser insuficiente para desempenharem funções de educação e saúde, que atualmente são consideradas de fundamental importância, dentro do sistema de saúde brasileiro. Deste modo, a formação profissional destas ACSs é outro aspecto que merece ser analisado, porque a falta de formação adequada ao tipo de atividade que as ACSs exercem está levando estas trabalhadoras ao esgotamento emocional e conseqüentemente ao adoecimento.

Diante disto, urge colocar em pauta a formação da ACS e as implicações que esta questão tem na produção da doença/saúde destas, bem como na qualidade dos serviços prestados junto a população assistida. Isto porque, segundo Ceccim e Bilibio²⁰¹ pode-se

²⁰¹ CECCIM BILIBIO, 2002, p. 63.

afirmar que há um consenso (tácito) entre os observadores da reforma sanitária brasileiro de que a formação dos recursos humanos para o setor é um dos mais graves problemas do Sistema Único de Saúde (SUS). A questão de Recursos Humanos em saúde está diretamente relacionada com a implementação de políticas gerais, exercida em diversas atividades do Estado: trabalho, educação, sistema jurídico, saúde. Os sistemas de regulação decorrentes das políticas gerais poderão favorecer ou dificultar a implementação de políticas coerentes com os objetivos estabelecidos para a área da saúde²⁰²

Em relação a questão dos recursos humanos no SUS, constata-se que apesar dos esforços, ainda não há uma política de recursos humanos capaz de ordenar as relações de trabalho, com a dimensão política pública, baseada no conceito de seguridade social e nos princípios do SUS, dando conta da complexidade do Sistema. Os trabalhadores que atuam para o SUS são servidores públicos federais, estaduais e municipais, trabalhadores dos setor privado conveniado ou contratado e trabalhadores em situação indefinida como é o caso dos ACS. Portanto, Rediscutir os perfis profissionais necessários e adequados ao funcionamento do setor saúde, indicando elementos para a formação de seus agentes, implica antes de tudo em resgatar os princípios que orientam o setor, bem como as características de composição desse mercado de trabalho.²⁰³

Conforme a Constituição Federal e os seus dispositivos regulamentadores (Leis 8.080/90 e 8.142/90) foi consagrado um conceito amplo de saúde, sendo que, no art. 196 *a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*. Porém, para termos acesso a tais serviços precisamos de profissionais capacitados para interpretar o processo saúde-doença, planejamento, organização, gestão e avaliação do sistema e dos serviços de saúde. Dentro deste contexto, surge a necessidade de ampliar a visão e o conceito

²⁰² PIERANTONI, Celia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*; 6(2): 341-360, 2001.

²⁰³ SÓRIO, Rita Elizabeth da Rocha. Educação e trabalho em saúde: perspectivas de debate sob os marcos legais da educação profissional (texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde): *CADRHU*, p. 216-232

de *Trabalhador em Saúde*²⁰⁴, para dar conta deste universo tão abrangente e complexo, sendo que para alguns autores o que distingue este trabalhador dos demais é a sua formação e/ou capacitação em saúde.

A formação dos trabalhadores da área da saúde é um assunto complexo e delicado, porque é um campo que absorve vários níveis de conhecimento, constituindo por equipes interdisciplinares com formação acadêmica específica e multiprofissionais, na qual fazem parte os trabalhadores que atuam na parte burocrática, no atendimento ao público nas secretarias e nos postos de saúde. Dentro deste contexto, temos a ACS que segundo os princípios do PACS deve ser o elo de ligação entre a comunidade e a equipe de atendimento especializado, realizando encaminhamentos e orientações²⁰⁵. Daí surge o conflito institucional, ou seja, como enquadrar este trabalhador de acordo com as Leis trabalhistas quando este é considerado um trabalhador *sui generis*? Como proceder e exigir maior qualificação técnica se deve somente exercer a função de elo de ligação? Que tipo de capacitação profissional utilizar e exigir neste caso: uma formação técnica ou apenas treinamentos? Enfim, são questões que demandam um repensar sobre a educação desta nova categoria profissional, para que se possa tanto proporcionar a estes trabalhadores condições de trabalho (conhecimento técnico), como também oferecer um atendimento com qualidade à população assistida, pois segundo Ceccim e Armani

²⁰⁴ Médici e outros (1999, p. 100-102) tentaram discernir quem são os profissionais, os trabalhadores e o pessoal da saúde. Esses questionamento ganha relevância quando se dimensiona a abrangência de projetos de formação e desenvolvimento para o trabalho no SUS. Os autores definiram como profissionais de saúde aqueles que, estando ou não ocupados no setor da saúde, detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desenvolvimento de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde. Os trabalhadores de saúde seriam todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde ou em atividades de saúde, independente de formação específica para o exercício das funções correspondente ao setor. In: Ceccim, Ricardo Burg. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. *Boletim da Saúde/ Secretaria da saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública – Porto Alegre*: V. 16, n. 1, 2002, p.11

²⁰⁵ “O ACS é uma figura diferente ele não pode ser uma pessoa que apenas circula no bairro, ele tem que ser aquela pessoa com capacidade para liderança e ser uma pessoa que se destaca das demais, por alguma coisa, pela forma como ele vive e pela forma como ele conduz as coisas. Ele não é simplesmente mais uma pessoas que tem um emprego naquele bairro ou comunidade. O ACS tem que ter confiabilidade dos vizinhos, porque ele entra na casa das pessoas fica sabendo e compartilhando dos segredos das pessoas e, neste caso, ele deve ter uma ética profissional muito grande. Diante disto, é muito importante a qualificação para o ACS saber o quanto o seu trabalho é importante, porque ele não é um médico ou enfermeiro, ele as vezes faz um papel mais importante do que qualquer um destes profissionais, no sentido de captar confiança da pessoa para trazê-las para o sistema de saúde. O ACS é importante, para mostrar as deficiências do bairro que elas moram, pois o ACS entra numa série de outras atividades, não só na área da saúde, mas ele entra na questão habitacional, no saneamento básico, porque eles tem condições de fazer trabalhos de mapeamento de áreas de risco, ajudando inclusive outras secretarias da prefeitura, participando de outros programas especiais (ex. Idosos e outros)”. (Secretaria da Saúde de Venâncio Aires: Juçara Ferreira)

Toda a ação de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde retorna imediatamente à população na forma da qualificação do trabalho. A formação e o desenvolvimento dos recursos humanos do setor da saúde estão afetados basicamente ao impacto na saúde coletiva e à efetividade do Sistema de Saúde. Tanto do ponto de vista técnico-operacional, como gerencial ou conceitual, a formação e o desenvolvimento objetivam à qualificação dos serviços prestados à população, à valorização e defesa da saúde individual e coletiva e à melhoria das condições de vida, incluindo-se esta política entre as demais que são determinantes para o alcance de altos níveis de desenvolvimento social e humano.²⁰⁶

Diante do que se quer alcançar e do que se tem, constata-se que o cerne da questão esta nas *bases do programa* quando este apresenta como objetivo central a saúde da população, mas não prevê que os(as) trabalhadores(as) que recrutam para a execução destas atividades possuem muitas características importantes, mas que não possuem um conhecimento especializado e que precisam disto para poderem atuar com qualidade e dignidade. Pierantoni e Ribeiro²⁰⁷ chamam atenção para o fato de que a pauta das reformas em saúde e educação tem se orientado pela busca da equidade que garanta a eficácia e eficiência das políticas implementadas. (...) As autoras colocam, que a gerência dos processos relacionados aos recursos humanos sofreram transformações, principalmente para além das questões puramente administrativas e passou a associar o conceito de desenvolvimento de recursos humanos em saúde ao processo de educação permanente e necessário para a consolidação das reformas setoriais²⁰⁸.

Porém, em relação sobre qual a direção seguir, Ceccim e Armani²⁰⁹ fazem uma distinção fundamental entre formação e desenvolvimento para que possamos clarear a discussão e dialogar com mais argumento sobre este tema tão emblemático. A formação implica habilitação de quadros para a saúde em geral, ocorrem nos espaços de educação formal/órgãos formadores e gera uma titulação oficial; o desenvolvimento implica qualificação em serviços e educação permanente dos quadros profissionais ou em cada serviço em particular e pode por núcleos de desenvolvimento junto às gerências de recursos humanos.

²⁰⁶ CECCIM, Ricardo Burg e ARMANI, Teresa Borgert. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. IN: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). *Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa: Escola de saúde Pública/RS; 2002, p. 133-142

²⁰⁷ PIERANTONI & RIBEIRO, 2000, p. 180/181.

²⁰⁸ Ibidem, p.147

²⁰⁹ CECCIM & ARMANI, 2002, p. 148/149

Para realização da Educação no SUS, os autores fazem uma explanação dos conceitos de educação e saúde, para melhor visualização e compreensão destes, ou seja:

- a) **Educação:** campo de possibilidades à criação do estar no mundo, onde o ócio seja visto como direito, mas o trabalho e os trabalhadores sejam visos como lugar e como agentes de produção de si, do mundo e das relações sociais e agentes de ampliação da participação na produção da sociedade;
- b) **Saúde:** como de ação, reflexão e exercício político pela qualidade de vida e saúde das populações, orientada pelo desenvolvimento das capacidades individuais e coletivas de enfrentar as diversidades, lutar pela melhoria da qualidade de vida mobilizar energias para se sentir feliz.²¹⁰

Quando se pensa em educação e saúde, logo somos levados a pensar a educação em saúde como algo informativo, corretivo e indicativo de práticas de higiene e do cuidado de si. No entanto, esta visão dualista e dicotômica, na qual a doença é vista como a falta de saúde e a ruptura de equilíbrio humano, não condiz com a realidade atual em que somos elementos de uma grande *rede*²¹¹ afetando e sendo afetado, por diferentes conexões. Na relação educação/saúde é preciso identificar e reconhecer o quanto uma afeta a outra, ou melhor, o que *pode* a educação afetar *a* e *na* saúde. Em relação no que *pode* a educação no campo da saúde Costa menciona que,

Ao indagarmos acerca do que pode o ‘corpo’, o ‘pensamento’, a ‘educação’, não nos referimos às suas supostas identidades essenciais e nem ao que ele devem ou deveriam fazer, mas à sua potência produtiva, à sua força de gerar o novo e a diferença e, em assim o fazendo, à sua capacidade de afirmar a vida. Não se trata, portanto, de uma questão moral, mas ética (de potência)²¹².

²¹⁰ Ibidem, 2002, p.148/149

²¹¹ O que aparece nela como único elemento constitutivo é o nó. Pouco importam suas dimensões. Pode-se aumentá-la ou diminuí-la sem que perca suas características de rede, pois ela não é definida por sua forma, por seus limites extremos, mas por suas conexões, por seus pontos de convergência e de bifurcação. Por isso a rede deve ser entendida a partir de uma lógica das conexões, e não por uma lógica das superfícies. Pode-se evocar o exemplo das redes ferroviária, rodoviária, aérea e marítima, e ainda o das redes neuronal, imunológica e informática. São todos exemplos de figuras que não são definidas por seus limites externos, mas por seus agenciamentos internos. Isto quer dizer que nenhuma delas pode ser caracterizada como uma totalidade fechada, dotada de superfície e contorno definido, mas sim como um todo aberto, sempre capaz de crescer através de seus nós, por todos os lados e em todas as direções. KASTRUP, V., *A Invenção de si e do Mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Tese de doutorado, São Paulo: PUC; 1997, p. 58.

²¹² COSTA, S. Esquizo ou da educação: Deleuze educador virtual. In: Lins, D.; Costa, S. & Veras, A. *Nietzsche e Deleuze: intensidade e paixão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2000, p. 120.

Portanto, quando tratamos de educação estamos nos referindo a esta não apenas como um espaço e/ou meio de conhecimento, mas como potência produtiva de subjetivação²¹³, que coloca o sujeito no mundo. Educação no sentido de orientar e organizar o seu estar no mundo. Educação entendida como elemento constituinte de subjetividade e produção de vida humana. Diante disto, a questão que paira no ar é, qual os efeitos que a formação educacional ou a falta desta podem estar produzindo nos ACS? Até que ponto, a categoria educação interfere na subjetivação e quais as implicações na produção de sofrimento?

Pensar problematicamente o processo de formação educacional da ACS é de suma importância, tanto pelo resultado dos serviços prestados como pelas conseqüências que a falta de um preparo prévio pode refletir na sua subjetividade, levando estes a desenvolver sentimentos e sintomas como desânimo, ansiedade, frustração, impotência e outros. Dentro desta perspectiva, concordamos com Schaedler e Almeida quando colocam que,

Pensar em práticas pedagógicas em saúde, propõe a aproximação de dois campos singulares do 'fazer humano no mundo' que, no entanto, possuem implicações igualmente profundas/pertinentes para o 'ser-humano' e que, ao propor determinados agenciamentos produzem mesmo o que poderá ou não 'ser' 'humano'.... Assim, saúde não está para a educação como um conteúdo a ser transmitido e ensinado nos espaços restritos e restritivos das salas de aula. Tanto a educação quanto a saúde se inscrevem em determinadas práticas pedagógicas, produzindo, seja no interior dos espaços acadêmicos ou clínicos, efeitos de subjetivação; criando, ensinando e legitimando categorias como 'normal', 'bom', 'justo', 'correto', 'saudável', segundo as quais determinamos e orientamos nossos desejos e nossa capacidade de afirmação da vida²¹⁴

Tendo claro os conceitos de educação e saúde e a distinção entre formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, bem como os efeitos da educação no processo de subjetivação, considera-se que as ACSs estão necessitando tanto de formação técnica como de qualificação profissional. Instruções e capacitações, que vai muito além do acúmulo de informações, mas de uma aprendizagem e/ou educação que proporcione uma preparação consistente e com conteúdos que sirvam de sustentação para o exercício das funções de ACS, através de um plano técnico que condiz com a sua realidade laboral. Um currículo que contemple noções sobre o processo doença/saúde, aspectos biológicos, os

²¹³ Subjetivação no sentido de produção de vida.

²¹⁴ SCHAEGLER, Lucia Inês & ALMEIDA, Maria Eliete. Práticas pedagógicas em saúde: rede como possibilidade de criação. In: Divulgação em Saúde para Debate. RJ: Cebes, n. 23 dezembro/2001, p. 59.

fatores patogênicos e as características ambientais, os determinantes sócio-econômico-culturais, modos de tratamento preventivo/curativo e, visão crítica sobre o seu campo de atuação, colocando estes diante de novas possibilidades de entendimento sobre saúde. Outro aspecto que merece ser considerado é que a qualificação desses trabalhadores envolva fatores subjetivos, nas quais seja contemplado aqueles atributos que são exigidos na seleção e na execução das tarefas. Em síntese, um currículo adequado aos trabalhadores(as) que atuam na área de saúde pública, ou seja, um currículo que contribua para a formação de um profissional engajado com os problemas sociais e capacitado para a resolução destes.

Um programa educacional voltado não apenas para formar um executor de tarefas, mas voltado para instrumentalizá-lo de tal forma que quando este sair a campo consiga ter tranquilidade e convicção do que está fazendo. Dentro desta visão, fica entendido segundo a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), que o desenvolvimento do trabalhador se dá a partir das atitudes, circunstâncias, ações e eventos que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilidade e a prestação de serviços de qualidade à população usuária do sistema. O desenvolvimento do trabalhador terá repercussão direta no seu engajamento institucional e na sua consciência de cidadania. De acordo, com NOB-RH/SUS a qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico com domínio de tecnologia que qualifiquem a atenção individual e coletiva.

Trazer para a superfície a questão da formação destes profissionais, não é querer modificar as estruturas do programa, mas sim chamar atenção para o fato de que este aspecto pode estar comprometendo a viabilidade do programa e criando outros problemas, como o desequilíbrio emocional e o mal-estar dos próprios ACSs, enquanto trabalhadores da área da saúde. Portanto, para que as ACSs consigam desempenhar as suas funções com maior domínio e para que ocorra equidade no atendimento no setor de saúde, é necessário criar e desenvolver cursos específicos que permitem estabelecer parâmetros de qualidade na formação das equipes de ACS, para que todos passem por um nível básico de educação

profissional – como no caso dos técnicos de enfermagem. Um curso que atendesse as necessidades e a realidade laboral da ACS, como as próprias entrevistas apontam, ou seja,

“Precisamos de um curso em cima de saúde pública, porque quem trabalha direto com o povo vendo a fundo os problemas é o ACS, quem percebe e detecta os problemas na sua real situação não é o técnico ou o médico que está na clínica, mas sim o ACS”. (entrevistada 15)

“Precisamos de um curso que capacite a gente para trabalhar com o povo e como lidar e conversar com as pessoas, um curso não para fazer a parte curativa, mas preventiva. A gente precisa de mais capacitação neste sentido”. (entrevistada 10)

Longe de assumir uma postura prescritiva, mas concordamos com Sório²¹⁵ quando diz que faz-se necessário promover a execução de cursos de educação profissional em saúde, de qualidade, que atendam às necessidades inerentes aos processos de trabalho em saúde impõe direcionalidade e competências técnicas, políticas e gerenciais a serem perseguidas pelos estabelecimentos de ensino e formação profissional. Tendo em vista a necessidade de aproximar e trazer a educação para dentro do contexto de trabalho em saúde, percebe-se o quanto as questões de natureza política e institucional estão subjacente a esta problemática, pois segundo a Constituição Nacional de 1988 no seu art. 200, cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar e incrementar a formação de recursos humanos para a área da saúde²¹⁶.

Também considera-se necessário destacar, que assim como alguns autores e, na VIII, IX, X e na XI Conferência Nacional de Saúde, também aparece uma grande preocupação com a formação dos profissionais da saúde, nas quais passam a defender a formulação de programas que visam a formação e a capacitação permanente dos trabalhadores na área da saúde, porém constata-se que esta preocupação é apenas com os profissionais oriundo da academia. Existe atualmente, movimentos do Ministério da Saúde no sentido de construir uma

²¹⁵ SÓRIO, Rita Elizabeth da Rocha. Educação e trabalho em saúde: perspectivas de debate sob os marcos legais da educação profissional (texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde): CADRHU, p. 216-232

²¹⁶ Segundo a Constituição Nacional Brasileira de 1988, consta que:

Art. 200: ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei:

III – ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.

política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais da área da saúde já graduados, pois tem se observado que a grande maioria destes, saem da academia sem preparo para atuar junto ao SUS, com pouca ou sem nenhuma capacitação de saúde pública e/ou coletiva. Este aspecto aparece na fala das ACSs, quando estas manifestam que o treinamento ou capacitação é insuficiente, deixando de forma implícita que os seus coordenadores – enfermeiros(as) – não os preparam de acordo com a realidade por também não possuírem uma formação voltada para saúde pública. *“Eu acho que os nossos treinamentos são assim com pouca informação de como devemos agir, porque a pessoa responsável pelo treinamento também não conhece como é complicado trabalhar com o povo, como é o dia-a-dia da comunidade e o quanto eles exigem da gente”*. (entrevistada 15)

Portanto, no depoimento das ACSs percebe-se o quanto a noção de saúde pública é fundamental para o desempenho dos seus trabalhos e, apontar este aspecto, é mostrar que está havendo uma preocupação em aperfeiçoar o atendimento e a qualidade na atenção à saúde coletiva, como também, o quanto o ACS ocupa um espaço de suma importância dentro do sistema de saúde pública, mas que fica as margens desta política de educação para o SUS, porque não é reconhecido como um trabalhador da área da saúde. Constata-se que, em geral a falta de reconhecimento está ancorada tanto no fato destes fazerem parte de uma nova categoria profissional, como no fato, destes não possuírem uma formação prévia, sofrendo desvalorização por parte dos outros profissionais da rede de saúde (trabalhadores da secretária da saúde dos seus municípios e demais profissionais dos postos de saúde), bem como, restrições na atuação por imposição do Conselho de Enfermagem.

Em relação ao reconhecimento e ao status de ser ACS, constatou-se que este aspecto está vinculado à formação profissional da ACS, pois foram manifestado por várias vezes uma busca intensa por parte das ACSs pelo reconhecimento e pelo respeito dos demais colegas de trabalho (todos trabalhadores da área da saúde). O reconhecimento é pela sua capacidade pessoal de dedicação no exercício das atividades e por outros atributos subjetivos como sensibilidade, coragem, solidariedade, confiança, determinação, o papel ou a função de cuidadora e, principalmente, pelo conhecimento da realidade local e de cada paciente.

O reconhecimento desse “saber”, produzido no cotidiano de trabalho, certamente por estar implicado diretamente com o ser trabalhador, é fundamental para o exercício da subjetividade. No entanto, debate-se com as formas mais rígidas de organização do trabalho, onde, principalmente, a disposição hierárquica cumpre a mesma rigidez da organização do trabalho.²¹⁷

A falta de reconhecimento aparece através dos sentimentos de que não são vistos e valorizados, pois realizam os encaminhamentos que o programa recomenda, mas os colegas da rede de saúde não lhes dão atenção necessária, ou seja, não admitem ou não reconhecem o seu conhecimento e o seu saber sobre determinados casos e/ou situações, desconsiderando-os. O fato das ACSs não possuírem um conhecimento técnico apenas terem domínio sobre a realidade da sua comunidade e conhecimento popular e/ou empírico, não conseguem ter reconhecimento dos colegas do sistema local de saúde. Este aspecto aparece quando eles manifestam-se sobre o tratamento que recebem dos demais colegas de trabalho:

“Eu acho que este trabalho é uma escola e uma faculdade para a gente, porque a gente vai nas casas, sente na pele todos os sentimentos num mesmo dia (alegria, tristeza, satisfação, frustração, desgosto, prazer em ajudar, etc.)”. (Entrevista 16)

“A gente como ACS tinha que ser valorizado a gente esta dentro da comunidade, dentro das casas das pessoas, a gente sabe o que se passa, porque fica sabendo de quem é carente e precisa de ajuda ou não. A gente encaminha e as pessoas voltam morrendo e com as mão abanando. Isto entristece e a gente ainda fica diante da comunidade desacredita e nesta hora eu me sinto uma inútil. Parece que eles (Secretaria de Saúde) desconfiam da gente e não facilitam nada, porque quando a gente chega naquela casa em que te valorizam tanto e até te consideram como um médico e, na verdade nesta hora mesmo sem realizar consulta, sem medicar, sem verificar pressão, sem nada, a gente é considerada como uma assistente social e uma enfermeira. Ficamos nos achando muito importante para as pessoas e na verdade não somos considerados para os outros que estão na secretaria. A gente fica decepcionada quando acontece isto”. (Entrevista 20)

“O que falta em todo sistema é confiança, principalmente da secretaria em nós, porque se estamos solicitando alguma coisa é porque sabemos que as pessoas estão precisando e não possuem nenhum recurso”. (Entrevista 01)

O reconhecimento pelo saber, é um aspecto que de certa forma está vinculado a organização do Programa do PACS e, neste sentido, observa-se o quanto este está estruturado de forma vertical e com formas de agir cristalizadas, sendo que para mexer nesta coluna estagnada é preciso refletir sobre o que a autora Paulon e outras organizadoras:

²¹⁷ TITTONI, 1994, p. 172

Ressignificar a função pública, resgatando o desejo com seus fazeres, parece implicar, necessariamente a constituição de novos territórios existenciais no mundo do trabalho. Territórios que afirmam a vida e reduzem os rigores e engessamentos de um modo de ser burocrático, ampliando a mobilidade criativa e provocando práticas inventivas, congruentes com uma sociedade democrática em construção, com um sistema de saúde pública voltado cada vez mais para as demandas do coletivo a que deve atender e com a saúde de cada agente institucional que, ao alimentá-lo constrói cotidianamente a própria saúde²¹⁸.

Desta forma, percebe-se o quanto as organizações públicas de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizado e inovação, pois o processo de mudança precisaria se dar num plano técnico, via qualificação, porque a desinformação relativa ao funcionamento do SUS, e as novas exigências que ele impõe são uma demanda emergente. Portanto, a educação em saúde constitui tarefa política da gestão do SUS e precisa ser estendida a todos os funcionários e/ou trabalhadores que atuam dentro do sistema de saúde brasileiro (nacional, estadual e municipal), contemplando o que o próprio nome diz: *Sistema Único de Saúde* – SUS. Sendo que, as ações e serviços de saúde conforme a Constituição Nacional no art. 198, precisam constituir um sistema único que deve ser organizado de acordo com as diretrizes do atendimento integral, da gestão descentralizada e da participação popular.

Em síntese, é preciso deixar claro que, de um lado, as ACSs mesmo sendo trabalhadoras extraídas da própria comunidade e sem uma formação prévia, não deixam de serem mais um membro que faz parte da equipe do SUS e, que de outro lado, não se exclui a necessidade de um maior rigor na sua formação e/ou qualificação. O rigor é para não perder a qualidade na prestação dos serviços, como também para incluir este profissional no âmbito da saúde, resguardando-lhe assim reconhecimento e dignidade.

Na saúde, é patente a necessidade de processos de formação que possibilitem a inserção do trabalhador em tipos variados de serviços, exercendo uma prática pautada em valores éticos e respeito às diferenças sócio-culturais, o que pode ser

²¹⁸ Paulon, Simone; Robinson, Patrícia; Coelho, Débora e Flores, Paula. Conexões em saúde: problematizando as políticas de desenvolvimento de RH no SUS. IN: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). *Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa: Escola de saúde Pública/RS; 2002, p. 133-142

alcançado por meio de desenhos curriculares que permitam a flexibilidade e articulação entre os níveis previstos pela educação profissional. No entanto, é preciso dizer que a flexibilidade almejada não deve ignorar as profissões e ocupações já existentes e organizadas, com lugar assegurado no mercado de trabalho, ou seja, para o setor saúde, conforme descrito acima, é de suma importância reconhecer os agentes da prática que promovem ações de saúde nos diferentes serviços, setores e organizações. Neste sentido, um dos dilemas a serem enfrentados pelas propostas pedagógicas para a educação profissional diz respeito às demandas de flexibilização do mercado de trabalho e a formação profissional. Se não é concebível mantê-la engessada, temos que procurar impedir certa “selvageria” nas relações sociais com os trabalhadores de saúde²¹⁹.

Desta forma, constata-se que a discussão sobre recursos humanos é fundamental em se tratando do SUS e principalmente do PACS, porque a viabilidade deste programa passa por uma reformulação estrutural nas formas de contratação e na formação dos recursos humanos. Diante disto, constata-se o quanto é necessário o estabelecimento de uma política nacional de formação e desenvolvimento em educação profissional, adequando o perfil dos profissionais ao contexto do SUS, através de uma educação permanente voltada à saúde coletiva. Este tema é bem mais que um debate sobre questões profissionais (carreira, cargos, salários, função, jornada de trabalho, formação técnica, etc...), é um debate que está intimamente associado ao desejo de efetivação concreta dos princípios do SUS, como também da regulamentação trabalhista desta nova categoria profissional. Esta questão é importante, porque estamos falando de um trabalhador que lida com a vida de outras pessoas, com o bem-estar físico e mental, com a dor, o sofrimento, enfim com todas as dificuldades que as pessoas das suas comunidades ou vilas enfrentam. Por isto deve ser olhado e reconhecido dentro das suas especificidades de trabalhador(a) *sui generis* e valorizado por essa condição. Porque, a ACS é aquela profissional que além das tarefas laborais, leva esperança, alívio, compreensão, escuta e dedicação incondicional para todas as pessoas e, para tal, precisa de uma formação que contemple estes aspectos, como também ser capacitado técnica e psicologicamente²²⁰.

²¹⁹ SÓRIO, Rita Elizabeth da Rocha. Educação e trabalho em saúde: perspectivas de debate sob os marcos legais da educação profissional (texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde): CADRHU, p. 216-232

SELIGMANN-SILVA, Edith. Uma História de “Crise de Nervos”: saúde mental e trabalho. IN: ROCHA, Lys Esther [et al.] *Isto é trabalho de gente?* São Paulo: Vozes; 1993, p. 633.

²²⁰ “Nós sempre orientamos as prefeituras para que o ACS tenha um acompanhamento de profissionais da psicologia, porque os problemas que eles encontram geram muita ansiedade. Então a gente sugeri que eles também tenha acompanhamento, justamente para eles saberem como lidar com certas situações, para diminuir o grau de ansiedade... porque na realidade o trabalho deles é um trabalho de ponta por trabalhar diretamente com a população...eles estão no meio dos problemas que levantam, mas este acompanhamento fica a cargo de cada município e a maioria deles vem adotando justamente por causa desta situações que vem se apresentando e os próprios ACS vem solicitando isto porque o trabalho do ACS é um trabalho bem conflitante que exige bastante”. (Enfermeira do Regional)

Portanto, a partir do que foi apresentado e a relevância social das atividades de ACS tanto para a sociedade como para a sua própria dignidade enquanto trabalhador e cidadão, defende-se a idéia de que a Lei seja executada, pois a própria Constituição Nacional prevê e determina ao SUS a responsabilidade de qualificar os seus trabalhadores. Em relação a formação da ACS, a própria Lei 10.507/02 que cria a profissão de ACS, também determina que a ACS antes de ingressar no sistema de saúde seja submetido a um curso de qualificação básica para a atuação como ACS, porém na prática isto não acontece (ANEXO D). Por outro lado, considera-se necessário ressaltar aqui, uma outra questão para reflexão: como evitar que a implementação do sistema de educação profissional não provoque ainda mais a exclusão social? Esta é uma outra questão que precisa ser considerada, paralelo a elaboração e implementação de programas de educação em saúde e da formação profissional nesta área.

Portanto, considerando o fato de que a prevenção passa pela organização do trabalho e os estudos que dizem respeito ao processo trabalho e saúde dos trabalhadores, conclui-se que sejam revisto o processo de seleção e a formação e/ou o treinamento das ACSs, bem como, seja permitido nesta discussão a participação dos que trabalham nos setores de pesquisa. Segundo Seligmann-Silva²²¹ essa participação será necessária para definir e implementar medidas preventivas e as transformações do trabalho que terão esse caráter, pois para a autora é através de informações adequadas sobre as questões de saúde mental do trabalho, que será possível caminhar em direção a situações de trabalho mais adequadas às necessidades psicossociais e ao equilíbrio psicossomático de todos os trabalhadores que estiverem inseridos nos diversos sistemas laborais.

7.3 O trabalho no local de moradia e com pessoas doente

O programa prevê que a ACS deve residir na própria comunidade em que trabalha, para ter acesso fácil as famílias, visando identificar seus problemas rapidamente. Este profissional deve atender aos moradores de cada casa em todas as questões relacionadas à

²²¹ SELIGMANN-SILVA. IN: ROCHA, 1993, p. 633.

saúde, buscando encontrar alternativas para enfrentar as situações problemáticas juntamente com a própria comunidade. Muitas vezes, sua maior contribuição se resume em orientar a população sobre higiene, alimentação, hábitos de vida e encaminhar as pessoas a atendimento especializado, quando necessário. Segundo Nogueira²²², em resumo este profissional exerce “um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade, entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas, entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde, entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado”.

Em relação ao fato de morar no mesmo local de trabalho (área geográfica), as opiniões se dividem, pois algumas ACSs consideram que morar na comunidade na qual trabalham facilita e, outras dizem que se torna cansativo e estressante. A divisão nas opiniões diz respeito ao fato deles terem maior conhecimento da realidade da comunidade, como também por favorecer a vida laboral, pois podem sair de casa já trabalhando (atendendo as pessoas e famílias vizinhas). Por outro lado, uns consideram ruim morar no local de trabalho, porque são abordados em todos os lugares (mercado, farmácia, na própria casa, nos ambientes de diversão, etc...), não conseguindo se desligar da função e ficando sem privacidade.

A invasão do trabalho em momentos de lazer é referido pela grande maioria das ACS como inconvenientes pois não conseguem ter descanso. O fato de ter sempre alguém batendo na porta ou ligando, solicitando ajuda, orientação... não permite que a ACS desfrute do convívio familiar com tranquilidade. O relacionamento intenso e o vínculo estabelecido com as pessoas da comunidade ou do bairro na qual se trabalha, faz com que a experiência laboral extrapola os limites entre o espaço de trabalho e o lazer. Diante disto, constata-se que a ACS não desliga por completo das atividades laborais, porque sempre tem alguém lhe solicitando algo. Conforme as próprias palavras e/ou classificação das ACSs sobre o fato de morar no mesmo local de trabalho, destacam-se algumas opiniões em relação este aspecto:

²²² NOGUEIRA, 2000, p. 10

As opiniões das ACSs sobre o fato de morar no mesmo local de trabalho	
ÓTIMO/BOM	DIFÍCIL/RUIM
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ótimo, porque agente tem contato direto com a comunidade; ◆ Ótimo, porque temos contato direto com a comunidade, facilitando o horário de trabalho, pois podemos sair de casa trabalhando; ◆ Muito bom, devido a praticidade (perto de tudo); ◆ Muito bom, porque todos me conhecem e é fundamental essa integração com a comunidade para conhecer a realidade do Bairro, pois em outro Bairro não seria a mesma coisa e não daria certo, porque qualquer dúvida ou esclarecimento eles sabem a onde e a quem recorrer. ◆ Bom, mas não se tem sossego na hora do almoço, janta e nos fins de semana; ◆ É bom, mas as pessoas perturbam muito as nossas horas de descanso; ◆ É bom, só que onde tem problemas de saúde seja a noite ou dia não se pode deixar de ajudar. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Muito difícil, porque não podemos fazer nada de errado, pois estamos sendo vigiado o tempo todo e, as pessoas querem e esperam que sejamos os exemplos na comunidade; ◆ Ruim, porque não temos horário de folga para nós, trabalhamos fora de hora e finais de semana, mas tem o lado bom, pois não dependemos de ônibus e podemos nos programar dentro de nossa atividade; ◆ Não é bom, muitas cobranças, as pessoas acham que a gente tem obrigação de arrumar tudo o que precisam; ◆ Não é bom, porque as pessoas não tem dia e horário para procurar a gente em nossa casa; ◆ Ruim, porque se perde um pouco da privacidade, pois a comunidade não tem hora para procurar a ACS quando precisa; ◆ O lado ruim de morar no local de trabalho é que não se tem final de semana, porque sempre tem alguém na tua casa pedindo alguma coisa, querendo orientação sobre qual o horários dos médicos nos postos ou querendo a fichinha de distribuição dos brinquedos da primeira dama. Quando não é o telefone que toca, com alguém pedindo alguma conselho ou ajuda. Não existe sossego porque eles sabem que tu tá ali perto e que tu vai resolver...

A população que a ACS atende vai desde do recém nascido até o idoso, sendo que a condição física e psicológica desta população também é diversificada em todos os sentidos, ou seja, as ACSs prestam atendimento para um público que apresenta diferentes graus e quadros patológicos. O atendimento domiciliar faz com que as ACSs se deparem com diversos tipos de situações e problemas de saúde/doença, sendo que, em muitos casos elas manifestam não saber como proceder, principalmente diante daqueles quadros mais graves como AIDS, câncer, pessoas com algum tipo de deficiência (física e mental) e pacientes em fase final. As dificuldades e os sentimentos de impotência diante de tais quadros podem ser observados quando as ACSs se referem ao fato de trabalhar com pessoas doentes:

“É complicado, pois muitas vezes não conseguimos atender ao que eles necessitam” (Entrevista 20);

“Complicado, porque não podemos dar nada, apenas explicar, sugerir, indicar e muitas vezes as pessoas doentes não entendem e esperam mais da gente”. (Entrevista 15);

“Não é fácil, pois fico muito nervosa, vendo muitas pessoas sofrendo e ver que não consigo ajudá-las por falta de médicos, remédios e outros tipos de assistência adequada para as suas situações”. (Entrevista 32);

“É delicado e complicado, pois você tem que saber falar com cuidado, porque elas estão sensíveis querendo e precisando muito da nossa ajuda e nem sempre podemos dar o que eles estão precisando”. (Entrevistado 24);

“Bastante complicado, porque as pessoas acham que devemos conseguir tudo para elas e na maioria das vezes isto não é possível, porque tem certas coisas que não dependem da gente”. (Entrevistada 23);

“Difícil, pois nem sempre me sinto preparada para enfrentar as diferentes situações que surgem na minha área”. (Entrevista 17)

Através destes depoimentos, percebe-se que estas situações provocam sentimentos de frustração e impotência diante das limitações inerente à função de ACS. Estes sentimentos são próprios das profissões ditas *sociais* (profissões das áreas da saúde, educação e segurança), onde os profissionais trabalham direta e constantemente em contato com outras pessoas que exigem muita atenção, dedicação, responsabilidade e cuidado permanente. O esgotamento físico e psicológico aparecem depois de um certo tempo de atividades, sendo que, na maioria das vezes o próprio profissional não percebe o grau do seu desgaste, por terem se acostumado com a rotina de trabalho. Porém, só se dão conta quando as pessoas da família reclamam do seu comportamento e chamam atenção do quanto estas estão tristes, irritadas, mal humoradas e desatentas com os membros da família. Este aspecto aparece quando as ACSs começam a

manifestar o que as pessoas da sua família dizem sobre os seus comportamentos, como também o que sentem no final de um dia de trabalho, ou seja:

“Num dia de trabalho a gente senti um pouco de tudo: preocupação, gratificação, insatisfação, frustração, algumas vezes vontade de atirar tudo para o alto e desistir e em outras vezes vontade de continuar tentando ajudar a população, mas nem sempre se consegue. Na verdade o nosso trabalho é desgastante, porque quando chega o fim do dia a gente chega em casa com uma carga que nem percebemos como estamos mal, mas as crianças percebem e reclamam do nosso mau humor”. (Entrevistada 22)

“É minha filha, também escreveu numa atividade sobre o dia das mães que eu sou triste, quando li não gostei e perguntei para ela porque ela tinha escrito aquilo e ela falou que tem me achado muito triste”. (Entrevistada 10)

“Tem dias que surgem tantos problemas que a gente precisa desabafar, porque se não explode. Então vou para o banheiro e choro, choro até passar aquela sensação ruim – o meu banheiro é o meu psicólogo”. (Entrevistada 14)

“Mas eu já chorei tudo! Hoje não consigo mais chorar e isto está me deixando doente, porque ninguém me entende – família e amigos”. (Entrevista 28)

“É... uma das dificuldades que a gente sente é isto aí, porque a gente se sobrecarrega muito e termina levando os problemas para dentro de casa”. (Entrevistada 36)

Através dos depoimentos das ACSs, percebe-se que o seu trabalho é uma carga muito grande para carregar e suporta, porque existe uma necessidade de querer dar conta de toda a demanda. Porém, paralelo a este pensamento, eles se dão conta que isto não é possível, por causa das suas limitações e por causa das fragmentações²²³ que existe no processo do seu trabalho, surgindo um grande conflito entre o desejo (situação subjetiva) e a impossibilidade imposta pela realidade (situação objetiva). De um certa forma, observa-se que no processo de trabalho a ACS tem liberdade para administrar e organizar o exercício das atividades no seu local de trabalho (por causa da flexibilidade para organizar o seu horário, quem vai visitar, como vai desenvolver as atividades, etc...). Por outro lado, não possuem controle sobre este processo quando o paciente é encaminhado, sentido-se impotente em relação a seqüência do seu trabalho, porque o resultado positivo não depende somente da ACS.

²²³ Fragmentação, porque o trabalho do ACS esta inserido e/ou vinculado a uma rede de assistência, portanto este trabalho faz parte de uma seqüência, sendo que em determinados casos a ACS precisa dos outros para concluí-lo (exemplo disto é quando a ACS identifica um caso de câncer de mama, ele encaminha esta pessoa para atendimento especializado e conseqüentemente para exames, no entanto a paciente não é atendida por diversos motivos, retornando sem o atendimento adequado).

“Aqueles gurias atendem com uma má vontade no balcão, até parece que elas são treinadas para dizer: não tem não tem.... Elas não deixam a gente nem terminar de falar e já vão dizendo: não tem, não tem...”. (Entrevistada 13)

“a Enfermeira do posto me disse que podia marcar ecografia na Secretaria de saúde, aí comecei encaminhar algumas mulheres da minha área que mais necessitam, mas quando elas chegaram na secretaria as gurias do balcão, disseram que não estavam marcando mais nada”. (Entrevistada 34)

“Este entendimento de posto para posto também dói, dói, dói na gente, porque a gente orienta e encaminha para ir ao postos e chegando lá, as pessoas são mandadas de volta com cada desculpa esfarrapadas. Isto aconteceu o ano passado depois da vacina da gripe que iam abrir para qualquer idade e na verdade tudo dependia da boa vontade do enfermeiro(a) que tivesse no posto. Porque tinha uns que para não fazer diziam que não tinha vacina para os adultos, somente vacinas específicas para as crianças”. (entrevistada 22)

No ciclo do trabalho, a ACS se dá conta que precisa dos outros para executá-lo, mas por outro lado percebe e sente-se sozinho, porque segundo eles a maior parte dos casos não recebem um respaldo na rede. Ou seja, ele identifica os casos de riscos, encaminha e fica sabendo que aquele caso não foi resolvido de acordo com o seu desejo e a necessidade do usuário. Diante disto, as ACSs ficam sem motivação para desempenhar o seu trabalho porque percebem que este não surtiu efeito e se perdeu no caminho, resumindo-se em uma ação impossível. Experiência inalcançável, porque não conseguem ter domínio sobre o processo de trabalho na qual realizam, pois o programa prevê que a ACS deve identificar situações de risco e fazer encaminhamento, mas não está preparado para dar seqüência a este processo de assistência. O sentido do seu trabalho fica interrompido ou sem seqüência, porque as ACSs realizam encaminhamentos que na maioria da vezes ficam sem retorno, fazendo com que as ACSs desanimem sentindo-se impotentes e fracassadas. A sensação de que está realizando um trabalho com pouco e as vezes, sem nenhum efeito positivo, deixa-as descontentes e insatisfeitas com sentimentos de inutilidade e improdutividade, em decorrência dos resultados ineficientes no contexto de trabalho. O pressuposto é que o trabalho seja realizado de forma coletiva (em rede), mas a falta de concretização do que foi iniciado, faz com que as ACSs sintam-se frustradas e desvalorizadas, porque além de não terem alcançado os objetivos do trabalho, ainda constatarem que perderam credibilidade junto a comunidade. Neste sentido, Silva e Dalmaso destacam que:

Há necessidade de que o agente esteja e se sinta integrando uma equipe de sujeitos da operacionalização de uma política de Estado que privilegia a solidariedade, a

intersetorialidade, o apoio social, a promoção da saúde, enfim. A não identificação desse esforço como política pública corre o risco de descaracterizar como trabalho justamente as ações e interações que dão suporte àqueles instrumentos de transformação social.²²⁴

Para as ACSs o respeito e a credibilidade das pessoas da comunidade ou do bairro é fundamental, tanto para a sua subjetividade e auto-estima, como para a sua situação enquanto uma trabalhadora diferenciada, pois ela está inserida no campo de trabalho não apenas como uma executora de tarefas, mas como moradora, vizinha, líder comunitária e como ponto de referência, interagindo em tempo integral com todos, realizando um trabalho diferenciado. Portanto, quando o seu trabalho não é bem visto e/ou adequado as necessidades da população atendida, as pressões e as repercussões negativas tem um peso bem maior. Desta forma, para que o seu trabalho tenha repercussão a ACS precisa ser aceita e respeitada pela população e, neste sentido, que a ACS precisa do apoio de toda a equipe de trabalho, para conseguir desenvolver o seu trabalho com eficiência.

No sistema de saúde, o trabalho da ACS é considerado como um trabalho de ponta, sendo que em relação ao sistema e a rede de assistência as ACSs, demonstram sentirem-se soltas, solitárias e desarticuladas dos demais profissionais e órgãos da saúde, por causa da falta de seqüência e credibilidade aos casos identificados. Este aspecto aparece quando as ACSs manifestam que se sentem perambulando na ruas sem uma perspectiva para as suas ações:

“Agente deveria ter mais abertura, pois a gente só vai pedir quando vê que aquela pessoa precisa e não tem da onde tirar, mas aí a gente esbarra na burocracia, e aí a gente fica frustrada porque não consegue concluir o trabalho e isto te entristece. Se a secretaria e os postos não tive confiança no trabalho do ACS, o programa nunca vai dar certo. O ideal seria o ACS ter acesso e poder ligar para a secretaria ou posto de saúde e dizer: eu tenho um caso e preciso de uma ficha ou consulta, porque a pessoa não tem condição de parar numa fila. A gente tinha que ter um acerto abertura neste sentido, porque enquanto não tivermos essa abertura o nosso trabalho não adianta de nada. Este é o tipo de coisa que vai deixando agente entristecido, estressado e entregando os pontos, porque está percebendo que a gente não tem um horizonte. Isto mais parece um trabalho que tu só caminha na rua sem finalidade, porque na verdade está faltando parceria por parte dos outros profissionais para ser um trabalho perfeito e bem realizado”. (Entrevistada 15)

²²⁴ SILVA, Joana Azevedo & DALMASO, Ana Sílvia W. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. RJ: Ed. Fiocruz, 2002, p.198.

“As vezes eu me sinto impotente para trabalhar, porque eu gostaria de poder fazer mais pelas pessoas necessitadas, aquelas que agente vê que realmente precisam de ajuda e a gente não consegue nada, isto me deixa frustrada. Falo daqueles casos de urgência, em que a gente chega numa casa e encontra um problema grave e tu não consegue nada. É neste tipo de coisa que me sinto impotente, porque tu vê os problemas precisa de ajuda e não consegue fazer nada”. (Entrevistada 11)

“As vezes agente fala com a coordenadora e ela também não consegue nada para as pessoas da comunidade. Fico frustrada, porque eu só peço alguma coisa quando realmente a pessoa está precisando”. (Entrevistada 26)

“Seria bom se o ACS tivesse mais confiança por parte dos superiores, que ele pudesse trabalhar sem se preocupar com a burocracia e tivesse mais liberdade para encaminhar os casos, sabendo que eles vão ser resolvidos e não vão voltar”. (Entrevistada 18)

A partir destes depoimentos, percebe-se o sentimento de impotência tanto diante da falta de visibilidade dos resultados como em relação a falta de compreensão dos colegas da rede (outros trabalhadores do sistema), para com o seu esmero no trabalho. Porque as ACSs se dedica ao máximo no que fazem, entregando-se de corpo e alma ao trabalho – prestando todo tipo de assistência a sua comunidade. Porém, quando este aspecto não é considerado e valorizado pelos demais profissionais, estas se sentem solitárias e sem força para continuar, apresentando sintomas de esgotamento (desanimo, estresse, irritação, agressividade, etc...).

Simultaneamente, aos conflitos decorrentes do fato de morar no próprio espaço de trabalho e o sentimento de responsabilidade com os encaminhamentos, existe outro aspecto que está vinculado a este contexto, que é o fato de estar constantemente em contato uma população que exige cuidado e atenção (pessoas idosas, doentes, deficientes, etc...). Estes fatores (morar no local de trabalho, atividade numa rede fragmentada e um público carente de atenção e cuidado), demandam tanta energia psíquica que em ambas as equipes de ACSs, houveram manifestações explícitas e implícitas de esgotamento, cansaço e queixas de estar estressado em relação as atividades laborais, que ocorrem num contexto que exigem muita energia física e subjetiva.

Segundo Cooper²²⁵, “todo e qualquer tipo de trabalho possui agentes potencialmente estressores para cada indivíduo”. A partir desta colocação de Cooper, também se considera necessário destacar, que nem sempre o estresse²²⁶ é prejudicial, pois um certo grau de estresse é necessário e aceitável, porque ele pode funcionar como um dispositivo para o ser humano lutar por melhorias e buscar outras alternativas para as diferentes situações do seu cotidiano. No entanto, o estresse prolongado e a falta de possibilidade para vazão dos sentimentos negativos e os conflitos psíquicos, podem causar esgotamento e levar a *Síndrome de Burnout*²²⁷. Ou seja, o estresse pode levar a um quadro patológico, conforme a intensidade, a duração, o contexto e as condições ambientais, a vulnerabilidade do ser humano e as suas habilidades para administrá-lo.

Em relação aos diferentes dispositivos do estresse, existem os que aparentemente não são visto como algo negativo, porque são incorporados como valores que devem fazer parte no convívio social e são aceitos como necessário para o bom desempenho, tanto nas relações interpessoais como no desenvolvimento das atividades profissionais. Entre estes valores, aparecem aquelas características subjetivas como o afeto, a responsabilidade, o respeito e, entre outros, a empatia que na função de ACS são considerados de extrema importância. Porém, constata-se que o estabelecimento de vínculos muito fortes nas relações interpessoais desenvolvidas no interior da comunidade em que trabalha, contribui para as ACSs assumirem uma posição de *responsabilidade com o cuidado*²²⁸ integral de toda a população, sendo que quando alguma coisa não ocorre de forma adequada, elas sentem-se fracassadas.

²²⁵ COOPER et al, 1988. IN: GUIMARÃES, 2000, p. 217.

²²⁶ Fisiologicamente, o estresse é o resultado de uma reação que o organismo tem quando é afetado por fatores externos desfavoráveis. O estresse é um estado intermediário entre a saúde e a doença, um estado em que a pessoa luta e reage física e psicologicamente contra agentes causador da doença.

²²⁷ a *Síndrome de Burnout* não é sinônimo de estresse, mas um a resposta de um estresse crônico, ou seja, um desgaste físico e psicológico, na qual a pessoa está totalmente absorvida pela situação de esgotamento que não consegue deslumbrar perspectivas e alternativas para o futuro ou para determinada situação, ficando alienada e presa as queixas. A Síndrome de Burnout é característico de profissões de ajuda, que presta serviços humanos diretos e são de grande relevância para o usuário. Em síntese, a Síndrome de Burnout é um desgaste de energia, tanto física como mental, em que o ser humano pode tornar-se exausto, em função de um excessivo esforço que faz para responder às constantes solicitações de atenção e cuidado, afetando diretamente a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, o ambiente de trabalho e as relações interpessoais.

²²⁸ O cuidado, por definição, é uma relação entre dois seres humanos cuja ação de um resulta no bem estar do outro. Podemos chamar esta ação de trabalho porque ela se enquadra perfeitamente em nossa definição anterior: é uma relação de dupla transformação entre homem (no sentido de ser humano que cuida) e objeto (no sentido de externo ao homem; o outro que recebe o cuidado). Na medida em que cuida de outrem, o cuidador se transforma, na mesma medida em que transfere para o outro parte de si e vê neste o seu trabalho realizado. IN: CODO, Wanderley & MENEZES, Iône Vasques. Burnout: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação. *Cadernos de Saúde do Trabalhador*, outubro de 2000, p. 11/12

Porém, quando este trabalho não aparece por diferentes motivos (não conseguiu prestar atendimento adequado, a pessoas faleceu, faltou condições técnicas e materiais, etc...), o sentimento de impotência e frustração é maior porque existem outras variáveis (rede de trabalho fragmentada, o estilo de organização do trabalho e, entre outros aspectos, os pré requisitos do programa) além do trabalho em si, contribuindo para o desajuste da energia física e subjetiva. O ato de cuidar, é uma das atividades que exigem maior investimento de energia afetiva, pois percebe-se que o fato das ACSs morar no local, conhecer toda a comunidade e ter vínculo intenso com as pessoas, faz com que elas desenvolvam tanto o sentimento de responsabilidade como de afeto muito grande por todos. No tratamento, este vínculo afetivo é fundamental para promover o bem-estar do paciente, porém para o trabalhador o investimento afetivo torna-se perigoso e contraditório, porque ele investe toda sua energia afetiva e nem sempre existe retorno e/ou reciprocidade deste investimento.

No campo de trabalho e no processo de cuidado, a afetividade investida pode tornar-se perigosa porque por mais que o paciente corresponda, este vínculo é momentâneo e passageiro, dissipando-se frente aos fatores mediadores da relação. Quando o trabalhador, não está preparado para entender e aceitar este processo de investimento afetivo intrincado, este entra em conflito tanto pelo envolvimento como pela imagem que criou de si diante da comunidade²²⁹. Esta situação causa muito desconforto para as ACSs, nas quais constata-se que existem insegurança e ambivalência em estabelecer um vínculo afetivo, por dois motivos: primeiro porque a reciprocidade é imprevisível e, segundo porque na ausência do paciente (morte, afastamento e outros motivos), surge o sentimento de vazio e culpa, seguido do questionamento: o que faltou e onde errei?

A partir da natureza do trabalho das ACSs, na qual existe o convívio diário com a doença, a dor, a morte e com a frustração de não conseguir na maioria dos casos realizar um trabalho com qualidade em decorrência do estilo organizacional adotado pelo programa,

²²⁹ “Eu acho que os ACS deveriam ter acompanhamento psicológico, para eles colocar suas angústias, porque tem que ver o sofrimento que eles passam por morar dentro da comunidade e quando eles vão ver a realidade de sofrimento seja pela falta de condições sócio-econômico ou pela própria doença eles não estão preparados e, uns terminam desistindo por não conseguir separar o trabalho da sua vida pessoal. Então, percebe-se eles meio desanimados, cansados, angustiados por querer dar conta de tudo”. (Enfermeira/instrutora)

observa-se que estes profissionais estão propício a entrar em colapso. Em síntese, constata-se que existe um conjunto de fatores que está proporcionando o desencadeamento de sintomas que são indicativos de sofrimento e esgotamento emocional, pois conforme os depoimentos já mencionados, percebe-se que a situação de trabalho das ACSs favorece ao desenvolvimento de conflito psíquico e sentimentos como: ansiedade, medo, culpa, etc... Sintomas que atrapalham o desempenho profissional e contribuem para o surgimento de sofrimento mental e, conseqüentemente patologias decorrentes da situação laboral como a depressão e a *Síndrome de Burnout*²³⁰. Apontam-se estes quadros, porque no transcorrer dos estudos sobre o trabalho das ACSs e o impacto deste na subjetividade delas, percebe-se que existem muita tensão e conflito emocional, nas quais verificou se tratar de trabalhadoras que se envolvem afetivamente com seus clientes (pessoas da comunidade) de tal forma, que não estão se agüentando ficar neste posto ou neste papel de trabalhadora polivalente, mas continuam por sentirem que não podem desistir. Neste sentido, Codo & Menezes destacam que:

Burnout é uma desistência de quem ainda está lá. Encalacrado em uma situação de trabalho que não pode suportar, mas que também não pode desistir. O trabalhador arma, inconscientemente uma retirada psicológica, um modo de abandonar o trabalho apesar de continuar no posto. Burnout é o nome da dor de um profissional encalacrado entre o que pode fazer e o que efetivamente consegue fazer, entre o que deve fazer e o que efetivamente pode, entre o céu de possibilidades e o inferno dos limites estruturais, entre a vitória e a frustração.²³¹,

Em relação ao investimento subjetivo, Codo e Menezes²³², salientam que o trabalho requer um vínculo afetivo, mas a forma de organização do trabalho não permite que este circuito afetivo se complete, pois a tarefa requer que se obedeça a algumas regras, que são regidas quer pela técnica, quer pelo cronograma preestabelecido, quer pelo programa, quer pelas normas e determinações dos supervisores, quer por questões administrativas, enfim:

²³⁰ O termo “*Burnout*” foi utilizado por primeira vez por Freudenberger, em 1974, para descrever um estado de esgotamento que observou em trabalhadores voluntários de um serviço médico. A caracterização mais utilizada é a de Maslach Jackson (1981) que o considera como “síndrome de esgotamento emocional, despersonalização e sentimentos de baixa auto-realização no trabalho”. Estes autores, define o “esgotamento emocional” como a diminuição dos recursos emocionais e sentimento de inutilidade; a despersonalização, caracterizada por atitudes progressivamente negativas, de cinismo e falta de sensibilidade para com os clientes, e a auto-realização diminuída, com o sentimento de ter perdido a eficiência no trabalho e de não conseguir cumprir com as responsabilidades de trabalho. (Guimarães, p. 251/252)

²³¹ CODO, Wanderley & MENEZES, Iône Vasques. Burnout: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação. *Cadernos de Saúde do Trabalhador*, outubro de 2000, p.33/39

²³² CODO, Wanderley & MENEZES, Iône Vasques. Burnout: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação. *Cadernos de Saúde do Trabalhador*, outubro de 2000, p. 14/15

cuidar não envolve apenas oferecer afeto, mas há princípios a serem obedecidos quando se fala do cuidado profissionalizado.

Diante do que já foi exposto, pode-se concluir que os agentes desencadeadores de sofrimento e desgaste psicológico são resultados de um grupo de elementos como: fatores intrínsecos ao próprio trabalho das ACSs, a estrutura e o papel organizacional no trabalho, como também a interface entre o espaço de trabalho e o espaço doméstico/lazer. Deste modo, defende-se a idéia que para conseguir recuperar suas forças e enfrentar no dia seguinte as pressões do trabalho, as ACSs como qualquer outro trabalhador(a), necessitam de repouso, descontração, enfim vivências que no mínimo permitem uma descarga das preocupações acumuladas durante o dia de trabalho. Em suma, o que se percebe é que as ACSs precisam é resgatar um pouco da saúde que lhe são expropriada no cotidiano laboral.

7.4 Vínculo Institucional Indefinido

O PACS é um programa de saúde pública que está vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, sendo que, este é passado aos Estados e Municípios como um pacote de assistência as populações que não dispõe de condições e acesso aos serviços básicos de saúde. De acordo com os documentos do Ministério da Saúde, o PACS é um programa que integra todos os entes federativos (Federal, Estadual e Municipal), na qual cada um exerce um papel. Ou seja o Ministério é responsável pelo financiamento, os Estados pelas Coordenadorias Regionais orientando e fiscalizando os trabalhos, enquanto que os Municípios executam e controlam os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais (Enfermeiros(as) e ACS).

Ao analisar este tipo de compromisso selado entre os entes federativos, percebe-se que para o Ministério da Saúde isto é vantajoso, pois as responsabilidades são divididas e existe uma maior implicação por parte dos gestores municipais na aplicação e desenvolvimento do programa. Quando o município adere ao programa ele precisa estar constantemente

elaborando relatórios sobre as atividades e atendimentos realizados, porque se não o fizer, perde o incentivo financeiro fornecido mensalmente pelo Ministério da Saúde. Diante disto, constata-se que este programa amarra todos os gestores de saúde num único objetivo (realizar saúde preventiva), formando uma rede de atuação em saúde.

No entanto, para os trabalhadores (ACS) este tipo de administração causa confusão e perturbação, pois eles trabalham para um programa que está vinculado ao SUS, que recebe incentivo financeiro e administrativo do Estado, mas são coordenados por uma Enfermeira que é concursada ou contratada pela gestão municipal. Em síntese, as ACSs são profissionais que fazem parte de uma equipe de trabalho, na qual está vinculada a Secretaria da Saúde Municipal, mas não são funcionários públicos porque o seu vínculo trabalhista com este setor é através de entidades sem fins lucrativos que foram criadas para esta finalidade. Portanto, estes profissionais trabalham para o SUS e para a Secretaria da Saúde do seu município, mas não são considerados funcionários públicos destes órgãos. Estas são apenas trabalhadoras da área da saúde sem uma referência institucional, ficando soltas e marginalizadas no quadro profissional do sistema de saúde.

Este aspecto aparece no primeiro encontro em que as ACSs participaram de uma atividade (montagem um quebra-cabeça com as leras do PACS), na qual todas se referiam como funcionárias de um programa da área da saúde, mas que sentem-se sem um ponto de referência. Pois, manifestam que quando vão fazer algum cadastro no comércio não sabem como proceder, porque trabalham para a prefeitura, porém não são servidores públicos. De acordo com isto, observa-se ambivalência e confusão, em relação à função de ACS, isto por que, de um lado ele é visto como um trabalhador extraído da própria comunidade e por tal motivo não pode ser entendido como profissional especializado na área da saúde e, por outro lado trabalha para um programa mantido e controlado pelo Ministério da Saúde. Portanto, desde a inauguração do PACS como política oficial do governo e a utilização de ACS na rede do Sistema Único de Saúde, tem suscitado polêmica a respeito da forma mais adequada de relação de trabalho que deve ser adotado com este tipo de profissional (recurso humano).

A falta de regras institucionais bem definidas e de respaldo social enquanto trabalhador, aparece no discurso das ACSs quando falam que não sabem a quem se referir como seu empregador, pois foram selecionados através de concurso por um órgão Estadual, contratados por uma entidade filantrópica e são capacitados e coordenados por uma enfermeira da Secretária da Saúde Municipal. Enfim, realizam atividades comandadas pela Secretaria da Saúde local, mas não tem direitos aos benefícios que os outros profissionais municipais, estaduais e federais possuem.

“Até brincamos quando aparece alguma notícia onde o Ministério da Saúde fala dos ACSs, dizendo nosso chefinho porque todos para nós fica como chefe. Por isso que nós somos os faxineiros, porque somos a parte mais baixa da categoria (ela estava se referindo ao sistema de saúde). Numa empresa tem todos as etapas (hierarquia), mas para nós isto está confuso e, não somos valorizados porque estamos lá embaixo, no chão”. (Entrevistada 26)

Segundo Borsoi,²³³ “o trabalho possui uma dinâmica capaz de conformar a identidade e o modo de viver do trabalhador de acordo com a atividade que exerce”. Portanto, se o trabalho é importante na configuração da identidade, como estes sujeitos podem se reconhecer como tal, se estão perdidos em relação ao seu órgão empregador? Com quem irão reivindicar seus direitos?

O fato de pertencer a uma categoria que não é reconhecida socialmente e não possui um ponto de referência (vínculo institucional definido), contribui para desencadear um esvaziamento de identidade. Em relação aos direitos trabalhistas, quanto menos protegido estiver o trabalhador, maior será a ansiedade que irá sentir pelo comprometimento do seu futuro profissional. Pois, levando em consideração o fato de que o trabalho contribui para a produção da identidade social, percebe-se que estes sujeitos enquanto profissionais da área da saúde, estão soltos na rede social por não serem reconhecidos como tal. Segundo Guimarães²³⁴, “o trabalho pode significar um fator de proteção à saúde mental quando, na busca de um espaço de significação, o trabalho é capaz de dar-lhe identidade, inserindo-o no espaço da cidadania, e, possibilitando auto-reconhecimento, auto-percepção, socialização,

²³³ BORSOI, In CODO: 1995, p.118.

²³⁴ GUIMARÃES, p. 149/150

espaço para o desenvolvimento de suas potencialidades e criação de novas expectativas”. Na análise das ações no campo de trabalho, geralmente se olha para o produto ou para o resultado das atividades desenvolvidas e, neste caso Dejours aponta:

O que se avalia e julga é o trabalho e não a pessoa. Ontologicamente é somente num segundo tempo que o ego está em condições de repatriar essa conquista obtida no registro do fazer para a realização do EU e da construção da pessoa ou da identidade. (...) O reconhecimento é a forma específica da retribuição moral-simbólica dada ao ego, como compensação por sua contribuição à eficácia da organização do trabalho, isto é, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência.
235

O fato de a ACS estar subordinada a várias instâncias faz com que ela sinta falta de reconhecimento não ao seu trabalho, mas a protagonista que realiza este trabalho, levando estas trabalhadoras sentirem-se desvalorizadas e perdidas enquanto profissionais de um sistema complexo e intrincado. Esta incerteza ou invisibilidade de quem é o órgão ou entidade responsável por seu desempenho e, principalmente pelo trabalhador²³⁶, causa insegurança e instabilidade emocional, porque não tem para quem recorrer nos momentos de reivindicar alguma melhoria ou melhores condições de trabalho. Constata-se assim, que esta situação indefinida está contribuindo para que estas profissionais desenvolvam algum tipo de sentimento negativo (frustração, insatisfação, desânimo, ect...), levando estas a buscarem respaldo religioso para suportar tanta contradição, a ficarem alienadas, conformando-se a sua situação de subalterno ou a desistirem de continuar como ACS.

No geral, percebe-se que a organização institucional na qual estas profissionais estão subordinadas não lhes proporcionam proteção psicossocial, por estar mergulhada num sistema histórico-político-econômico que visa investir o mínimo e exigir o máximo. Neste contexto, em que o trabalhador é visto como um simples executor, um instrumento do capital, sem direito ou com pouca oportunidade para reivindicar, pois se este não se dispor e se submeter as regras do jogo, tem uma fila de desempregado necessitando de uma oportunidade ou um meio de subsistência, concorda-se com Habermas²³⁷ quando coloca que “o problema, em nosso entender, não é a existência dessas regras e limitações que lembremos, foram construídas, mas a impossibilidade de negociá-las, de modificá-las e reconstruí-las, a partir

²³⁵ DEJOURS, 1997, p. 55/56

²³⁶ A falta de reconhecimento do ser humanos ou trabalhador, que está implicado na tarefa é coisificá-lo e negar a sua subjetividade, sua existência e a sua dignidade.

²³⁷ HABERMAS (1987), IN: JACQUES & CODO, p. 46

não apenas de uma lógica instrumental, pautada no mundo das coisas, mas também numa lógica dialogada, pautada, portanto, no mundo vivido”.

Além, do fato da ACS estar inserida num sistema que o veja como um apêndice da rede de atendimento, ignorando-a como um ser que pensa, deseja, sonha, sente, também por outro lado, não são consideradas as implicações da organização ou das diretrizes adotadas como um dispositivo que pode estar desencadeando problemas de saúde, relacionamento, etc... Apenas são identificados os problemas de saúde apresentados pelas trabalhadoras como sendo de natureza pessoal, ou seja, quando ocorre algum afastamento por alguma patologia orgânica ou psíquica este é visto como o problema da fulana, havendo assim, uma supremacia da trabalhadora sobre a organização do trabalho.

Diante da negação do ser humano que está implicado na tarefa (órgãos responsáveis pelo PACS), muitos não suportam tanta pressão de não ser visto como tal e terminando ficando presa a queixa, alienando-se ao seu estado de uma trabalhadora definido por elas como a faxineira, a protetora, a defensora, mãe pública, o padre, o médico, o assistente social, o psicólogo, etc.... Enfim, alguém que deve estar disponível e ser prestativo 24 horas, otimista, companheiro, solidário, dedicado, responsável, cuidador, persistente, etc... para poder ser aceito e conseguir realizar um bom trabalho. Por outro lado, quando assumem e realizam este papel mas não percebem e não sentem reconhecimento, terminam buscando outras alternativas porque não existe um acolhimento do *ser trabalhador(a)*.

“Atrás do ACS existe uma pessoa, existe uma família, uma história de vida, alguém que faz de tudo pela sua comunidade, mas as vezes não são valorizados não tanto como profissional, mas como pessoa...” (Enfermeira/instrutora)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Jacques & Codo²³⁸, o trabalho é o modo de ser do homem e, como tal, invade e permeia todos os níveis de sua vida, de seus afetos, de sua consciência, o que o torna um problema difícil de pesquisar porque permite que os sintomas se escondam por todos os lugares: quem garante que os desafetos familiares, o chute no cachorro ao retornar a casa, não se deve a razões de ordem profissional? Por ser onipresente, o trabalho e seus efeitos são difíceis de detectar. Neste sentido, buscou-se amparo teórico e metodológico em autores que tratam com maior afinco a relação saúde/doença e trabalho.

Durante a pesquisa sobre o trabalho das ACSs, pareceram vários elementos que merecem ser estudados e avaliados, porém optou-se em analisar apenas aqueles aspectos que foram mencionados nas hipóteses e, por terem se destacado entre os demais. Ou seja, a formação profissional do ACS, o trabalho feminino e a relação com o cuidado, o fato de morar local de trabalho e o contato direto com pessoas com dificuldades e/ou patologia graves, como também o vínculo institucional. Em relação aos resultados deste estudo, o que chama atenção é o fato de que embora se tenha investigado duas equipes diferentes e com realidades distintas do ponto de vista geográfico e social, onde cada lugar (comunidade rural ou urbana) tem suas peculiaridades, observou-se similaridade nos dados encontrados, pois ambos os grupos (ACS de Venâncio Aires e de Santa Cruz do Sul) manifestaram sentimentos e percepções idênticas sobre o seu contexto de trabalho.

²³⁸ JACQUES & CODO, 2002, p. 25.

Em ambos grupos, identificaram-se sentimentos de frustração, insatisfação, inutilidade, revolta, irritação, agressividade e, inclusive, demonstrando indiferença não apenas com os resultados do seu trabalho de ACS, mas com a sua própria vida sem expectativas para o futuro. O grau de conformação de que “*é isto mesmo*”, “*não se pode fazer muita coisa*” e, “*vamos levando até onde dá*”, denuncia o estado de alienação e o engessamento dos sentimentos. No decorrer da pesquisa e na análise dos dados, observou-se que os fatores de sofrimento e adoecimentos, num primeiro momento não são visíveis porque eles estão subjacentes a alguns valores e crenças socialmente aceitas como naturais. Ou seja, o trabalho realizado pelas ACSs é visto como uma atividade simples e próprio da mulher genitora, cuidadora. Enfim, os riscos nas quais as ACSs se expõe estão produzindo efeitos a longo prazo, porque de imediato são invisíveis provocando desgaste de forma cumulativa. Seligmann-Silva²³⁹ comenta que a “invisibilidade que ocorre no plano subjetivo faz com que muitas vezes só a face somática do sofrimento se manifeste e motive a busca de cuidado médico após um tempo considerável de evolução mórbido”.

Com ênfase num modelo de saúde coletiva, na qual tem-se a intenção de promover qualidade de vida de forma preventiva e universal, constata-se que a forma como o PACS está estruturado e organizado possibilita a produção de sofrimento, incapacidade e adoecimento dos trabalhadores que ficam na base e/ou aplicação do programa, por não ver ou negar a complexidade de incluir trabalhadoras sem capacitação ou formação adequada num campo que exige tanto habilidade como conhecimento. Neste sentido, indica-se que seja incorporado às políticas públicas e às diretrizes do PACS, um estudo mais aprofundado sobre as condições de trabalho nas quais estes profissionais estão submetidos, com a finalidade de promover transformações e/ou mudar a direção deste quadro que segundo as análises desta pesquisa está contribuindo para desencadear sofrimento e, conseqüentemente, adoecimento.

A partir da análise dos dados, observa-se que os sintomas de origem psicológico que as ACSs apresentam estão vinculadas a forma como o programa está organizado em relação a administração dos seus recursos humanos, ou seja, de acordo com os resultados das análise desta população neste período de estudo, constata-se que a atividade laboral desenvolvida

²³⁹ SEGMANN-SILVA (1995), In: GUIMARÃES (1999, p. 248)

pelas ACSs aparece como fator desencadeador de sofrimento e, em alguns casos, constitutivo de adoecimento. Desta forma, seria importante que houvesse por parte das organizações do PACS e do Ministério da Saúde uma maior atenção às normas de saúde do trabalhador e as leis que dão sustentação a esta categoria profissional, na qual se questiona, onde ficam seus direitos enquanto prestadores de serviços na área da saúde? A que preço estes profissionais estão promovendo saúde? Até que ponto, o trabalho destes profissionais pode interferir no *desenvolvimento regional* e na promoção da saúde, quando se identifica através deste estudo que estes estão encaminhando para o adoecimento?

Diante disto, considera-se imprescindível estabelecer compromisso mútuo, com objetivos e metas bem delimitadas, pois o papel destas trabalhadoras é fundamental para agregar forças no processo de prevenção na área da saúde. De acordo com isto, pretende-se através deste estudo chamar atenção para o fato de que na execução deste programa existe um ser humano que precisa ser olhado e considerado, visando questionar o que se está fazendo para manter a saúde mental e/ou recuperar a energia psíquica destas trabalhadoras, para que estas tenham condições psicológicas para enfrentar as dificuldades inerentes a situação laboral. Diante deste contexto complexo, fica o desejo de que este estudo seja um referencial para outras pesquisas, pois se constata que a qualidade de vida e a melhoria das condições de saúde da população brasileira, no geral, dependem da transformação tanto do quadro social, como também dependem do modelo de gestão adotado pelo Estado e de um conjunto de ações desenvolvidas pelos profissionais na área da saúde. A partir da análise do material coletado, concorda-se com Jacques²⁴⁰ que o desafio não é novo, na qual tem-se certeza de que esta temática deve continuar a ser explorado em novos estudos e, que em se tratando de saúde/doença mental e trabalho existe muito campo para ser pesquisado, para que consigamos contribuir na recuperação da dignidade e dos direitos do ser trabalhador(a).

“Eu tenho esperança que um dia os governantes se acordem e vejam que a saúde de toda a população do país, vai funcionar melhor se os ACSs tivessem mais credibilidade, mais força para ajudar as pessoas, porque uma família bem acompanhada dificilmente vai chegar a situação de se internar pelo SUS, reduzindo assim, em muito as despesas com a saúde da população”. (Entrevistada 16)

²⁴⁰ JACQUES, 2002, p.27

ANEXO A

MAPA DA REGIÃO DO VALE DO RIO PARDO

ANEXO B

**AS RESPONSABILIDADES DE CADA ENTE FEDERATIVO
EM RELAÇÃO AO PACS**

ANEXO C

AS ATIVIDADES ATRIBUÍDAS AOS ACS

ANEXO D

DOCUMENTO SOBRE O ATO DO PODER LEGISLATIVO

ANEXO E

DOCUMENTO SOBRE A FORMA DE CONTRATAÇÃO DO ACS

ANEXO F

- **PROCESSO E OS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO ACS**

ANEXO G

QUESTIONÁRIO

ANEXO H

ILUSTRAÇÃO DO TRABALHO DO ACS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBORNOZ, Susana. *O que é trabalho*. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.

ARBIX, G. ZILBOCIUS, M. & ABRAMOVAY, R. (Org.) *Razões e ficções do desenvolvimento*. São Paulo: Ed. Unesp; Edusp, 2001.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1977.

BERNARDES, Nilo. *Bases geográficas do povoamento do Estado do Rio Grande do Sul*. Ijuí: Ed. Ijuí, 1997.

BOBBIO, Norberto. *Ensaio sobre Gramsci e o conceito de sociedade civil*. SP: Cia das Letras, 1999

BRANCO, Manuel C. P. “Da Democracia e do desenvolvimento: quatro teses e uma síntese”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Lisboa, nº55, nov. 1999.

Brasil. Departamento de Atenção Básica. Manual: *O trabalho do Agente Comunitário Saúde*. 3º ed. Folheto Saúde, 2000.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de agentes comunitários de saúde (PACS)*. Brasília/DF, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília/DF: programas e Relatórios; n. 69, 2002.

CALLIGARIS, C. O inconsciente em Lacan. In: KNOBLOCH, F. (Org.). *O Inconsciente: varias leituras*. São Paulo: Escuta, 1991.

CATTANI, Antonio D. (Org.) *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis/Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. Estermann (Org.) *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, 1998.

CECCIM, Ricardo Burg e ARMANI, Teresa Borgert. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio & FAGUNDES, Maria Sales (org.) *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg e BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: FERLA, Alcindo Antônio & FAGUNDES, Maria Sales (org.) *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa: Escola de saúde Pública/RS, 2002

CHANLAT, J F Por uma Antropologia da condição humana nas organizações. In: Torres O. L. S. (Org.) *O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1993

CHEMANA, Roland (Org.). *Dicionário de Psicanálise Larousse*. Porto Alegre: Arme

CODO, Wanderley; SAMPAIO, José J. Coelho, HITOMI, Alberto Haruyoshi (Org.). *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1993.

CODO, Wanderley; SAMPAIO, José Jackson Coelho (Org.) *Sofrimento Psíquico nas Organizações: saúde mental e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

CORIAT, B. *Ciência, técnica y capital*. Madrid, H. Blume Ediciones, 1976.

COSTA, Jurandir Freire. *Psicanálise e contexto cultural*. RJ: Campus, 1987.

_____ (Org.) *Redescrições da Psicanálise: ensaios pragmáticos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

COSTA, Nilson do Rosário. Inovação Política, Distributivismo e Crise: A política de Saúde nos Anos 80 e 90. IN: *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 39, n.3, 1996, pp341a 542.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, n. 54, vol. 14, 1986.

_____ *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____, ABDOUCHELI, Elisabeth & JAYET, Christian. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DEMO, P. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1981.

ETGES, Virgínia E. A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, Olgário Paulo (Org.) *Vale do Rio Pardo: (re) Conhecendo a região*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001

FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.) *Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002.

FERREIRA, Aurélio B.H. *Dicionário da Língua Portuguesa*. 2ª ed. RJ: Nova Fronteira; 1986

FERREIRA, Marcos A. F. *Entre a norma institucional e a ação coletiva: uma arqueologia da participação em saúde*. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP: Campinas, 1992.

FONSECA, M. A. *Michel Foucault e a constituição do sujeito*. SP: EDUC, 1995.

FONSECA, Tania Mara Galli. *Gênero Subjetividade e Trabalho*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2000.

GANGUILHEM, G. O. *O normal e o patológico*. 5ª ed. RJ: Forense Universidade, 2000.

GRONDIN, Jean. *O que é hermenêutica?* São Leopoldo: Editora UNISINO, 2000

GUIMARÃES, Liliansa Andolpho Magalhães & GRUBITS, Sonia. *Saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

GUIMARÃES, L. B. M. (Org.) *Ergonomia e tópicos especiais: qualidade de vida no trabalho, empresa inteligente*. Porto Alegre: UFRGS, Escola de Engenharia, 2000.

KADT, Emanuel & TASCIA, Renato. *Promovendo a equidade um novo enfoque com base no setor da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 24

KASTRUP, V. *A invenção de si e do Mundo: uma introdução de tempo e do colóquio sentido da cognição*. Tese de Doutorado, São Paulo: PUC, 1997.

KLARMANN, Herbert. A industrialização e o comércio regional no vale do Rio Pardo. IN: VOGT, Olgário Paulo (Org.) *Vale do Rio Pardo: (re) conhecendo a região*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001.

JACQUES, M. G.; CODO, Wanderley. (Org.) *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002.

MICHAELIS: *dicionário escolar língua portuguesa*. SP: Melhoramentos, 2002.

LAGARDE, Marcela. *Los Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, pautas, presas y locas*. Tese de doutorado: Universidad Nacional Autónoma de México, (s/ data).

LEOPARDI, Maria Tereza (Org.) *O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Ed. Papa-livros, 1999.

LIMA JR., Olavo Brasil. *Instituições políticas democráticas: o segredo da legitimidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LINS, D.; COSTA, S. & VERAS, A. *Nietzsche e Deleuze: intensidade e paixão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

MARQUES & MENDES, A O financiamento e a política de saúde. *Revista USP* 51:6-15, 2001.

MAURANO, Denise. *Para que serve a psicanálise*. RJ: Jorge Zahar Ed; 2003.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.

MENDES, Eugênio V. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. IN: MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualita saúde*. 6ª Ed. SP: Hucitec; RJ: ABRASCO, 1999.

NEGRI, Barjas; FARIA, Regina & VIANA, Ana Luiza D'Ávila, (Organizadores). *Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. SP: Unicamp. IE, 2002.

NOGUEIRA, Roberto Passos e Colaboradores. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis: o Agente Comunitário de Saúde*. (Texto encaminhado para discussão e publicação Nº 735) RJ: IPEA, fevereiro/2000 – <http://ipea.gov.br>

PAIM, J. S. *Medicina no Brasil: de movimento ideológico a ação Política*, 1985.

PALMER, Richard E. *Hermenêutica*. Lisboa: Edições 70, 1989.

PAULON, Simone; ROBISON, Patrícia; COELHO, Débora e FLORES, Paula. Conexões em saúde: problematizando as políticas de desenvolvimento de Rh no SUS. IN: FERLA, Alcindo Antônio & FAGUNDES, Maria Sales (org.) *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002

PIERANTONI, Celia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. In: *Ciência & Saúde Coletiva*; 6(2): 341-360, 2001.

PEDROSA, José Ivo dos Santos e TELES, João Batista Mendes. Concenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*: 2001;35(3):3003-11.

POPE, C.; MAYS, N. Qualitative research in health care. 2ª ed. London: BMJ Books, 2000. IN: GUIMARÃES, L. B. M. (Org.) *Ergonomia e tópicos especiais: qualidade de vida no trabalho, empresa inteligente*. Porto Alegre: UFRGS, Escola de Engenharia, 2000.

PORTELLI, Hugues. *Gramsci e o Bloco Histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

PREFEITURA Municipal de Santa Cruz do Sul. Disponível em <www.pmscs.rs.gov.br>. em 10 fev. 2004.

PREFEITURA. Municipal de Venâncio Aires. Disponível em: <www.venancioaires.farmurs.com.br/3ªhtm>. Acesso em 10 fev. 2004.

PUTNAM, Robert D. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

SAIDON, Osvaldo. *Análise Institucional no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1991.

SANTORUM, Katia M. Teixeira e LAMAS, Berenice Sica. Trabalho Mulheres: aspectos de uma Convivência Malsã. In: *PSICO*, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p59-88, jun/jul, 1995.

SANTORUM, Katia M. T. *Relações entre gênero, trabalho e saúde: um velho desafio para o novo milênio*. Redes, Santa Cruz do Sul, V.3, n.1, p.127-148, jul. 1998.

SARRIERA, Jorge Castellá (Coord.). *Psicologia Comunitária: estudos atuais*. Porto Alegre: Sulina, 2000.

SAU, Victoria. *Diccionario ideológico feminista*. Vol. II, Icaria la mirada esférica, 2001.

SCHAEDLER, Lucia Inês & ALMEIDA, Maria Eliete. Práticas pedagógicas em saúde: rede como possibilidade de criação. *Divulgação em Saúde para Debate*. JR: Cebes, n. 23 dezembro/2001.

SCHMIDT, João Pedro. *Cultura, democracia e desenvolvimento*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001.

SELIGMANN-SILVA, Edith. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 20

SENNÁ, Dulce M. e FREITAS, Clarice U. A mulher em particular. IN: ROCHA, Lys Ester [et.alii]. *Isto é Trabalho de Gente?* Petrópolis: Vozes, 1994.

_____ Uma História de “Crise de Nervos”: saúde mental e trabalho. IN: ROCHA, Lys Esther [et al.] *Isto é trabalho de gente?* São Paulo: vozes; 1993, p. 633.

SENNÁ, Mônica de Castro Maia. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro: (suplemento); 2002.

SOARES, Luiz Eduardo. *O rigor da indisciplina*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

SÓRIO, Rita Elizabeth da Rocha. Educação e trabalho em saúde: perspectiva de debate sob os marcos legais da educação profissional. (texto de apoio elaborado especialmente para o curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – *CADRHU*).

SOUZA-LOBO, E. *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

SPINK, Maria Jane (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

TITTONI, Jaqueline. *Subjetividade e trabalho*. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

WEIGELT, Leni Dias. O Sistema Único de Saúde e os profissionais da saúde de nível universitário da rede pública de Santa Cruz do Sul/RS: um estudo sobre recursos humanos no SUS através das representações sociais. *Série Conhecimento 6: Teses e Dissertações*, n. 6, Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001.

YUNUS, Muhamnad. *O Banqueiro dos Pobres*. SP: Ed. Ática, 2000.