



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

APONIRA MARIA DE FARIAS

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA E
DESAFIOS DO TRABALHO PERPASSADO PELA PANDEMIA DE COVID-19**

**CAMPINA GRANDE – PB
FEVEREIRO /2021**

APONIRA MARIA DE FARIAS

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA E
DESAFIOS DO TRABALHO PERPASSADO PELA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Trabalho, Saúde e Subjetividade

Orientador: Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva

**CAMPINA GRANDE – PB
FEVEREIRO /2021**

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

F224a Farias, Aponira Maria de.
Agente comunitário de saúde [manuscrito] : mobilização subjetiva e desafios do trabalho perpassado pela pandemia de Covid-19 / Aponira Maria de Farias. - 2021.
100 p.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2022.
"Orientação : Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva , Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Agentes comunitários de saúde. 2. Psicodinâmica do trabalho. 3. Atenção básica. 4. Covid-19. 5. Pandemia. I. Título
21. ed. CDD 158.2

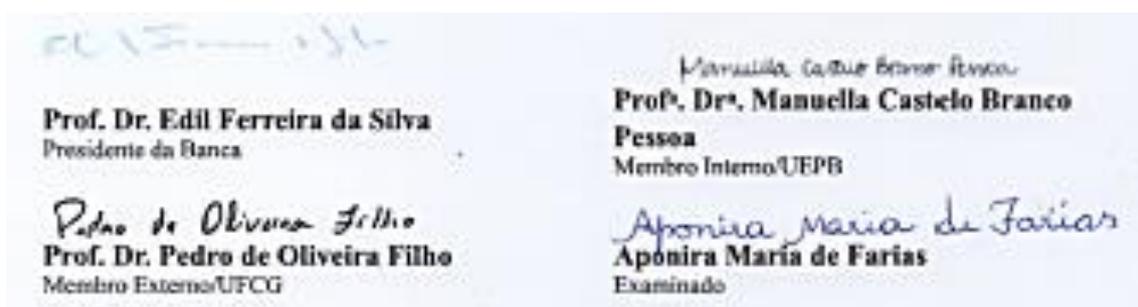
APONIRA MARIA DE FARIAS

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA E
DESAFIOS DO TRABALHO PERPASSADO PELA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Trabalho, Saúde e Subjetividade

Dissertação de Mestrado avaliada em 02 / 03 / 2021, com conceito A.



Dedico à meu saudoso “Painho”, Francisco Felipe Pereira (*in memoriam*), que partiu sem ver o resultado final desse Mestrado, mas que, mesmo ausente, me motivou, deu forças e esperanças, até o último momento. Sempre será minha inspiração, não apenas por ter sido o primeiro graduado da família, mas por sempre enaltecer a importância da educação e vibrar com cada vitória ao longo da minha vida profissional e acadêmica. Nossa conexão será eterna...

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me tomou no colo e trouxe até aqui.

À minha mãe, que mesmo em meio à tantas perdas consecutivas na própria vida durante esse período, nunca deixou de me apoiar e acreditar em mim.

À Edil, meu orientador, pelo apoio e orientação.

À Banca, por aceitar o convite e se dispor a conhecer um pouco do longo processo que foi essa pesquisa, perpassada por lutos, dificuldades e uma pandemia.

Às agentes comunitárias de saúde, que me acolheram, abraçaram a proposta da pesquisa e se engajaram até o fim do processo, mesmo com toda sobrecarga de trabalho e escassez de tempo.

RESUMO

Esta dissertação é resultado de pesquisa qualitativa empírica e buscou conhecer o trabalho das agentes comunitárias de saúde (ACS), as transformações na rotina laboral, a mobilização subjetiva em torno do trabalho, inclusive após o surgimento da pandemia de covid-19. Foi utilizada escuta coletiva presencial com sete ACS do sexo feminino, adaptada do método proposto pela Psicodinâmica do Trabalho, em Unidade Básica de Saúde da Família, em Campina Grande, Paraíba. Elas relataram mudanças na prática e rotina profissional, burocratização do trabalho, sobrecarga e acúmulo de funções. Queixam-se da invisibilidade e intermitência do trabalho, pois são demandadas fora do expediente, no seu domicílio ou através do teletrabalho, que se intensificou após a pandemia de covid-19. As relações intersubjetivas ocorrem com os pares, a coordenação e a comunidade. Falta-lhes um espaço de escuta qualificada. Utilizam a criatividade e a astúcia para dar conta das demandas e da imprevisibilidade do trabalho. Recorrem à TV e internet em busca das informações para minimizar o déficit de educação permanente, inclusive durante a pandemia de covid-19. O reconhecimento se dá pelos pares e por usuários, quando as demandas são atendidas. Há cooperação entre elas. Houve falta de solidariedade com as profissionais contaminadas por covid-19. Durante os primeiros meses de pandemia, as ACS não tiveram treinamento, não receberam EPI, nem tiveram acesso à testes, assistência técnica, logística ou psicológica. As transformações foram muitas em curto espaço de tempo e os desafios se avolumaram, fazendo com que as ACS se mobilizem subjetivamente para dar conta da sua atividade.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde; covid-19; pandemia; Psicodinâmica do Trabalho; atenção básica.

ABSTRACT

This dissertation is the result of empirical qualitative research and sought to know the work of community health agents (ACS), the changes in the work routine, the subjective mobilization around work, even after the emergence of the covid-19 pandemic. Face-to-face collective listening was used with seven female CHAs, adapted from the method proposed by the Psychodynamics of Work, in a Basic Family Health Unit, in Campina Grande, Paraíba. They reported changes in professional practice and routine, bureaucratization of work, overload and accumulation of functions. They complain about the invisibility and intermittence of work, as they are demanded outside working hours, at home or through telework, which intensified after the covid-19 pandemic. Intersubjective relationships occur with peers, coordination and the community. They lack a space for qualified listening. They use creativity and cunning to handle the demands and unpredictability of work. They turn to TV and the internet in search of information to minimize the permanent education deficit, including during the covid-19 pandemic. Recognition is given by peers and users when demands are met. There is cooperation between them. There was a lack of solidarity with professionals contaminated by covid-19. During the first months of the pandemic, the ACS did not have training, did not receive PPE, nor did they have access to tests, technical, logistical or psychological assistance. The transformations were many in a short space of time and the challenges increased, causing the ACS to subjectively mobilize to handle their activity.

Keywords: Community health workers; Covid-19; pandemic; Psychodynamics of Work; basic attention.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. CAPÍTULO 1 – “COMO EU VOU DAR CONTA DISSO?”: TRANSFORMAÇÕES E DESAFIOS DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	14
2.1 Introdução.....	16
2.2 Metodologia.....	19
2.3 Resultados e Discussão.....	21
2.4 Considerações finais.....	43
2.5 Referências.....	46
3. CAPÍTULO 2 - “O VÍRUS TÁ PERTO DA GENTE”: MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PERPASSADA PELA COVID-19.....	56
3.1 Introdução.....	58
3.2 Metodologia.....	61
3.3 Resultados e Discussão.....	62
3.4 Considerações finais.....	84
3.5 Referências	85
4. CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ROTEIRO DOS ENCONTROS	96
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	97

ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ 98

ANEXO C - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL..... 99

1. INTRODUÇÃO

Numa tentativa de contemplar a saúde em aspectos que não se restrinjam ao fazer biomédico, a Organização Mundial de Saúde (OMS), ampliou o conceito, estabelecendo como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (Silva, Schraiber & Mota, 2019). Porém, esse conceito, apesar de representar um avanço no que se refere ao modelo biomédico, sofreu críticas, sendo considerado amplo, pouco operacional e utópico. Nesse contexto, os movimentos em saúde e Conferências Mundiais foram importantes para ampliar e reavaliar esse conceito de saúde, articulando formas de operacionalizá-lo (Bezerra & Sorpreso, 2016).

Na Saúde Coletiva, articula-se o social e o histórico ao biológico, demarcando o conceito com base na determinação social do processo saúde-doença, diferentemente daquele da saúde pública, da causalidade (Silva, Schraiber & Mota, 2019). Assim, no intuito de romper com práticas predominantemente curativistas calcadas no modelo biomédico, várias discussões aconteceram em torno de uma perspectiva ampliada em saúde.

Em 1974, destaca-se o Relatório Lalonde, organizado pelo Canadá, onde eram propostos quatro fatores determinantes da saúde em uma população: biologia, serviços de saúde, meio ambiente e estilos de vida (Cueto, 2015). Outro marco para a ampliação do conceito de saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, em 1978. A Declaração Oficial da Conferência de Alma-Ata foi importante para consolidação da atenção primária à saúde (APS) no mundo, pois definiu a APS como o núcleo do sistema nacional de saúde, abrangendo indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação, prestando atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de

promoção da saúde, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais da saúde (Andrade, Barreto & Bezerra, 2017).

A Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, ocorrida em 1986, em Ottawa, é outro marco referencial para a saúde pública e a APS. O ideário da promoção é concebido nesta como a expressão de uma ação coordenada entre sociedade civil e o estado, a fim de implementar políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde para efetivação dessa última (Bezerra & Sorpreso, 2016).

Concomitante à esse movimento mundial de discussão e proposição de novos fazeres em saúde, nos anos 1970-80, surgiu no Brasil a Reforma Sanitária, que, segundo Schraiber (2015), entrelaçou o campo científico com a política pela redemocratização do Estado durante a ditadura militar, culminando na integração entre a Reforma Sanitária e a Reforma da Medicina, com base no princípio da integralidade e incorporação de diversas áreas ao fazer em saúde.

Esse processo começou a se consolidar no Brasil com a Constituição de 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Para garantir esse direito, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia em três pilares: universalidade, igualdade de acesso e integralidade no atendimento. A criação do SUS foi uma grande conquista democrática, pois antes dele, apenas pessoas com vínculo formal de emprego ou que estavam vinculadas à previdência social poderiam dispor dos serviços públicos de saúde (Silva, Schraiber & Mota, 2019).

No processo de implementação do SUS no Brasil, era necessário articular e fortalecer as políticas públicas de saúde, inclusive a atenção básica. Foi na metade dos anos 1990 que a APS se fortaleceu como política nacional a partir da Norma Operacional

Básica do Sistema de Saúde 96 (NOB 96), que estabeleceu transferências per capita para a Atenção Básica e incentivos específicos para implantação nos municípios do Programa Saúde da Família (que depois virou Estratégia Saúde da Família - ESF) e de agentes comunitários de saúde. A proposta era construir uma APS abrangente, integral e compreensiva, com ênfase nos determinantes sociais da saúde e nas inter-relações com o desenvolvimento econômico e social do país. Um dos marcos para consolidação da ESF foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 (Mendonça, Gondim, Matta & Giovanella, 2018).

Buscava-se uma pessoa da comunidade, que intermediasse as demandas desta com a equipe de saúde, focada no trabalho de educação em saúde no território, centrada no trabalho comunitário, educativo, com perspectiva de organização e mobilização popular. Ou seja, trata-se de um profissional de saúde e de um trabalhador comunitário. Mas, o perfil do ACS foi modificando ao longo das três décadas de existência, à medida que as tendências e ênfases da APS foram se transformando (Morosini & Fonseca, 2018).

Essas transformações se evidenciam a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006. Foi a partir daí que a atenção básica e, conseqüentemente, o trabalho do ACS, tem se tornado cada vez mais administrativo, genérico, operacional e burocrático, distanciando-o do trabalho educativo, mobilizador, na área, tornando-o um trabalhador polivalente e flexível, esvaziando a singularidade do trabalho do ACS e sua identidade profissional (Marinho & Bispo Júnior, 2020; Maciel, Santos, Carneiro, Souza, Prado, & Teixeira, 2020). Essas mudanças podem tolher a autonomia profissional do ACS, tendo em vista que seu trabalho está se restringindo cada vez mais às prescrições. Entretanto, como o trabalho não se baliza somente pelas prescrições, devido às variabilidades e constrangimentos, existe a atividade, que é o

momento onde cada trabalhador pode usar de sua inteligência e se mobilizar diante dos fracassos.

Para entender esta dinâmica do trabalho, amplia-se o olhar a partir da abordagem da Psicodinâmica do Trabalho (PDT). Para a PDT, o trabalho é central para a formação da identidade e para saúde mental do trabalhador. O trabalho pode ser não apenas uma fonte de sofrimento, mas também de prazer (Dejours, 2011). Trabalhar pressupõe uma mobilização da subjetividade, que engloba o uso da inventividade, da criatividade, da engenhosidade, do viver junto e essa mobilização subjetiva permite a transformação do sofrimento a partir do resgate do sentido do trabalho (Dejours, 2012).

O trabalho em saúde, muito relacionado ao cuidado e às relações intersubjetivas, é terreno fértil para o estudo dessa relação entre sofrimento e prazer numa ótica da PDT, especialmente a função do agente comunitário de saúde, estratégica para consolidação da atenção básica no Brasil. É esse profissional quem primeiro identifica as demandas dos usuários de saúde e as leva para Unidade Básica de Saúde (UBSF). Muitas vezes é ele quem identifica casos suspeitos de uma doença, inclusive da covid-19.

O ACS poderia ter uma função estratégica no combate à pandemia no Brasil, mas o que aconteceu foi que, com a emergência da nova doença, altamente transmissível, se evidenciaram as falhas e desmonte da atenção básica e o ACS é o elo mais frágil, pois sequer teve treinamento, acesso à EPI ou testagem. Conforme Lotta, Wenham, Nunes e Pimenta (2020), nos quatro primeiros meses de pandemia, os agentes comunitários de saúde brasileiros não receberam treinamento nem equipamentos de proteção individual. Entre as atribuições que poderiam ser exercidas pelos agentes durante a pandemia, os pesquisadores destacam funções essenciais, como o rastreamento de contato de pessoas infectadas, a disseminação da informação, atuação no combate às *fake news* e controle do isolamento de casos confirmados. Porém, a pandemia vulnerabilizou ainda mais os ACS,

acirrou as dificuldades enfrentadas por eles no cotidiano de trabalho, expondo-os à riscos e contaminação (Lotta *et. al.*, 2020).

Por essa razão, investigando esse percurso acerca do processo de sofrimento e prazer do ACS perpassado pela pandemia de covid-19, foi realizada uma pesquisa empírica em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município de Campina Grande. Para esta pesquisa foi utilizada uma metodologia proposta pela Psicodinâmica do Trabalho. Através de cinco sessões de escuta com o coletivo das ACS, elas foram estimuladas a refletirem sobre sua atividade, como lidam com as dificuldades, situações que causam sofrimento, as relações intersubjetivas, o trabalho prescrito e o trabalho real, como se dá a cooperação e solidariedade no cotidiano de trabalho, como se configura o viver junto, especialmente por trabalharem na mesma comunidade onde residem. Além disso, elas ficaram à vontade para trazer para discussão assuntos que julgarem relevante sobre a rotina laboral. E foi assim que, durante a devolutiva e validação dos dados, elas externalizaram as angústias e dificuldades vivenciadas nos quatros primeiros meses de pandemia da covid-19, uma doença nova, ainda cheia de imprevisibilidades, se configurando uma demanda importante de ser abordada na pesquisa, razão pela qual também foi contemplada no relatório final. Em seguida, os dados foram analisados a partir da base teórica da PDT.

Esta dissertação está organizada da seguinte forma: esta introdução, e dois artigos. No primeiro, foi traçado um panorama mais geral do trabalho do ACS, as atividades desenvolvidas, as transformações pelas quais passaram, especialmente durante os primeiros meses da pandemia de covid-19. O segundo artigo abordou a mobilização subjetiva no trabalho dos agentes comunitários de saúde, as relações intersubjetivas, a cooperação e solidariedade nesse processo, inclusive durante a pandemia de covid-19.

Ambos tiveram como respaldo teórico-metodológico a PDT. Complementa a dissertação as considerações finais (geral), as referências, os anexos e apêndices.

2. **CAPÍTULO 1 – “COMO EU VOU DAR CONTA DISSO?”: TRANSFORMAÇÕES E DESAFIOS DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Resumo: O artigo é um recorte de dissertação que utilizou de pesquisa qualitativa empírica para conhecer o trabalho das agentes comunitários de saúde, as atividades desenvolvidas, as transformações pelas quais passaram, inclusive com o surgimento da pandemia de covid-19. Foi utilizada escuta coletiva presencial com sete ACS do sexo feminino, método proposto pela Psicodinâmica do Trabalho. Elas relataram mudanças na prática e rotina profissional, burocratização do trabalho, sobrecarga e acúmulo de funções, comprometendo o trabalho e influenciando a relação com os usuários. As ACS tem se tornado profissionais generalistas focadas em demandas administrativas. Queixam-se da invisibilidade do seu trabalho e sofrem com a intermitência do mesmo, pois são demandadas por usuários e coordenação fora do horário de trabalho, no seu domicílio ou virtualmente, inclusive através do teletrabalho, que se intensificou após a pandemia de covid-19. A informatização do sistema e dos processos de trabalho tem causado desconforto entre as ACS mais antigas, pouco familiarizadas com novas tecnologias. Com a emergência da covid-19, tais queixas se acirraram, pois elas não tiveram treinamento para lidar com as demandas da nova doença, não receberam EPI e não tiveram acesso à testes, nem assistência técnica, logística ou psicológica. A imprevisibilidade da pandemia trouxe desafios que são enfrentados no efetivo exercício da atividade, mobilizando as ACS física e emocionalmente.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde; Atenção primária à saúde; covid-19; pandemia; burocratização.

“How am I going to cope with this?”: Transformations and challenges in the work of the community health worker in the midst of the covid-19 pandemic

Abstract: The article is an excerpt from a dissertation that used empirical qualitative research to learn about the work of community health agents, the activities developed, the transformations they went through, especially with the emergence of the covid-19 pandemic. Face-to-face collective listening was used with seven female CHAs, a method proposed by the Psychodynamics of Work. They reported changes in professional practice and routine, bureaucratization of work, overload and accumulation of functions, compromising work and influencing the relationship with users. The CHAs have become generalist professionals focused on administrative demands. They complain about the invisibility of their work and suffer from the intermittence of it, as they are demanded by users and coordination outside working hours, at home or virtually, including through teleworking, which intensified after the covid-19 pandemic. . The computerization of the system and work processes has caused discomfort among older CHAs, unfamiliar with new technologies. With the emergence of covid-19, such complaints intensified, as they were not trained to deal with the demands of the new disease, did not receive PPE and did not have access to tests, or technical, logistical or psychological assistance. The unpredictability of the pandemic brought challenges that are faced in the effective exercise of the activity, mobilizing the ACS physically and emotionally.

Keywords: Community health workers; Primary health care; Covid-19; Pandemic; bureaucratization.

2.1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é em uma construção coletiva articulada com as estratégias dos sistemas universais e públicos de saúde (Andrade, Barreto & Bezerra, 2017). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), desde o Programa (1994), e depois, Estratégia Saúde da Família, até as edições das Políticas Nacionais de Atenção Básica (2006, 2011, 2017), tem na Atenção Primária uma estratégia central e conta com atuação profissional interdisciplinar (Morosini & Fonseca, 2018).

Há registros de iniciativas de implementação da atenção básica em vários países (Andrade, Barreto & Bezerra, 2017), mas no Brasil um diferencial foi a incorporação da função do agente comunitário de saúde (ACS). Da criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), em 1991 (Mendonça, Gondim, Matta & Giovanella, 2018), até a atualidade, muitas transformações ocorreram na rotina de trabalho desses profissionais. As demandas foram aumentando, os desafios são diários e atualmente eles se questionam o que compete efetivamente à categoria, quais as prioridades que eles precisam estabelecer, especialmente num contexto de pandemia, como no caso da covid-19. Como resume Geremia (2020), o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil enfrenta desafios como a desigualdade social, a baixa resolutividade dos serviços e o subfinanciamento crônico da saúde. Essa tríade se acentuou com a chegada da covid-19 no país.

Os primeiros casos da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), ou simplesmente Covid-19, ocorreram em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara o surto como um caso de emergência pública internacional e em 11 de março do mesmo ano, declara oficialmente se tratar de uma pandemia (Vicente & Gomes, 2020). Até 18 de fevereiro de

2021, já foram 110.064.878 de pessoas infectadas por covid-19 no mundo todo, das quais 2.434.048 não sobreviveram, segundo dados compilados pela Universidade Johns Hopkins (Baasch, 2021). No Brasil, os infectados por covid-19 já ultrapassam 10 milhões de pessoas; dessas, quase 250 mil perderam a vida (Brasil, 2021).

Essa experiência pandêmica vem causando consequências na vida social e econômica dos países e das pessoas, bem como nos saberes e esferas da experiência humana, de maneira diversa, múltipla e subjetiva, a partir da singularidade de infraestruturas, ambientes, práticas, sentidos, relações, hábitos de vida, gênero, raça e classe social (Marques, Silveira & Pimenta, 2020; Lotta *et. al.*, 2020). Paralelamente à pandemia causada pelo novo coronavírus, muitos profissionais de saúde, especialmente da atenção básica, sentiram-se despreparados para lidar com doentes infectados, com a possibilidade deles mesmos contraírem a covid-19 (Paulino & Dumas-Diniz, 2020), com a falta de treinamento, tendo que enfrentar as situações com os conhecimentos e experiências acumulados. Assim, ao medo somou-se a precariedade já existente nas comunidades onde funcionam as UBSF e no próprio sistema público de saúde: “Quando a epidemia explodir, vai dizimar os pobres desse país. As condições de vida dessa população favorecem o coronavírus. Nas casas onde moram vivem muitas pessoas, é preciso trabalhar o tempo todo.” (Bahia, 2020, p. 7).

Nesse contexto, os profissionais de saúde da atenção básica acabaram sendo uma das categorias de maior risco de contrair e transmitir a doença, por terem contato próximo com os usuários da comunidade. Dentre esses profissionais de Saúde, as ACS acabaram ficando ainda mais vulneráveis a contraírem a doença, em face do seu trabalho envolver relações sociais cotidianas com usuários, na comunidade e na Unidade de Saúde. Para compreender a complexidade desta atividade, lançou-se mão dos elementos teóricos e

metodológicos da Psicodinâmica do Trabalho (PDT), inclusive no contexto pandêmico atual, onde a escassez de prescrição para a especificidade da covid-19 faz a ACS utilizar da inventividade na busca de soluções para as demandas que emergiram com a pandemia, o que acaba por fortalecer sua autonomia.

Para que a identidade profissional se construa eficazmente, a autonomia é parte fundamental, sendo elemento importante no reconhecimento e da atividade social. A autonomia do trabalho refere-se à extensão em que um trabalho permite liberdade, independência e discricção para agendar o trabalho, tomar decisões e escolher os métodos usados para executar tarefas (Carvalho, 2019). Segundo Siqueira (2013), autonomia está intimamente ligada à participação, sendo a mobilização do coletivo de trabalho essencial para a busca da emancipação e a ampliação da autonomia do indivíduo. Uma das formas de manifestação da autonomia da ACS é quando, para desenvolver o trabalho real, ela subverte o trabalho prescrito a partir das demandas e de sua criatividade. A partir dessa influência da subjetividade no seu fazer, ela acaba socializando esse “jeitinho” com as demais ACS, sendo incorporado como regras de ofício. Sua iniciativa é enaltecida pelas iguais e seu esforço e inventividade reconhecidos. Esse reconhecimento do trabalho ajuda na construção da identidade. Para a PDT, “o trabalho é uma provação da qual a identidade pode sair fortalecida” (Dejours, 2012b, p. 210).

Segundo Dejours (2012b), superar o movimento de empobrecimento e desvalorização do trabalho requer o resgate das “questões centrais do ‘trabalhar’, da qualidade do trabalho bem feito, do respeito às regras de arte, da consideração pelo trabalho coletivo, o que contém de potencial para a atividade deôntica e para o viver junto” (p. 164). Sobre a atividade deôntica, trata-se da “atividade de deliberação que conduz à formação de regras de trabalho e que está no princípio da cooperação”. (Dejours,

2012b, p. 83). A cooperação e o viver junto são presentes no cotidiano do ACS e influenciam o seu fazer profissional, especialmente durante a pandemia de covid-19, onde tiveram que descobrir formas de realizar o trabalho sem correr riscos, nem colocar os usuários da comunidade e suas famílias em risco.

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo compreender as transformações do trabalho do ACS e seus desafios, inclusive com o surgimento da pandemia de covid-19.

2.2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa empírica (Yin, 2016), a partir de um recorte de dissertação. Foi realizada em Campina Grande, na Paraíba, em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

Os participantes da pesquisa foram 7 agentes comunitárias de saúde. A escolha da área de pesquisa se deu pela vulnerabilidade a que as profissionais estão expostas nessa localidade, que tem índices altos de pobreza e violência. O bairro onde foi feita a coleta, na zona leste de Campina Grande, é uma das áreas de maior vulnerabilidade da cidade, onde há muitas pessoas em trabalho informal ou envolvidas na criminalidade (Medeiros, Fook & Olinda, 2020; Cunha, 2016). Segundo o mapa do índice de vulnerabilidade social (IVS), dos 50 bairros do município, esse fica entre os cinco primeiros em vulnerabilidade muito alta (Medeiros, Fook, Olinda & Souza, 2020; Gomes, 2016; Medeiros, 2020).

Foram inclusos na pesquisa os ACS que se dispuseram a contribuir na pesquisa e que acumulavam mais de três anos de atuação profissional na comunidade.

Utilizou-se de encontros de discussão coletiva presencial com as trabalhadoras, com base no método proposto pela Psicodinâmica do Trabalho. Para esta abordagem, o

coletivo do trabalho é um espaço público onde ocorre a livre circulação da palavra, um espaço de fala e escuta qualificada, onde os trabalhadores podem falar, refletir e elaborar coletivamente suas estratégias para superar as dificuldades e realizar o trabalho com eficácia. Onde se estabelecem relações de confiança, se constroem normas e valores que se estabilizam sobre a forma de regras (Moraes, 2015). Nesse caso, a proposta de usar os encontros de discussão coletiva foi com o intuito de estimulá-las a pensar sobre como realizam seu trabalho e como ele influencia a sua identidade profissional (Dejours, 2011).

Para remontar a experiência de trabalho, foram realizados 5 encontros de discussão coletiva com as ACS, com duração média de uma hora e meia. Durante as discussões coletivas, foi feito o registro de dados através da gravação de áudio. Ao final do processo, um último encontro foi realizado, em julho de 2020, para devolutiva e validação, onde foram apresentados os dados do relatório final e elas foram se posicionando a respeito de cada item, avaliando a própria prática profissional, tomando consciência e ressignificando-a, processo chamado pela PDT de perlaboração, que “transforma a relação subjetiva dos trabalhadores quanto ao seu próprio trabalho”, pois a pesquisa revela uma realidade pelo próprio processo de interpretação do discurso (Dejours, 2011, p. 107). Na ocasião, quatro meses após a pandemia de covid-19 no Brasil, elas também externalizaram angústias acerca do impacto da nova doença na vida pessoal e profissional, inclusive das que foram contaminadas durante o trabalho com usuários da comunidade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o CAEE 61134116.5.0000.5187.

2.3. Resultados e Discussão

PERFIL DO ACS

As participantes da pesquisa apresentam dois perfis: um grupo veterano, com mais tempo de experiência e menos escolaridade; um grupo mais jovem, dinâmico e proativo, porém mais heterogêneo. O que há de comum é a predominância feminina e a forma de ingresso, que foi através de concurso público.

Tabela 1

Dados sociodemográficos das entrevistadas.

Sujeito	Idade	Número de filhos	Estado civil	Escolaridade	Remuneração	Carga horária	Atuação como ACS	Ocupação antes de se tornar ACS
ACS1	30	2	Casada	Superior incompleto	1.400,00	30h	10 anos	Estudante
ACS2	34	0	União estável	Superior completo	1.569,00	7 às 13h	10 anos	Operadora de caixa
ACS3	44	2	Casada	Médio completo	Não informou	7 às 13h	21 anos	Não trabalhava
ACS4	45	2	Divorciada	Médio completo	1.400,00	30h	10 anos	Vendedora
ACS5	48	3	Casada	Superior completo	1.400,00	7 às 13h	11 anos	Professora
ACS6	52	1	Divorciada	Superior completo	1.460,00	30h	21 anos	Comerciária
ACS7	53	3	Casada	Médio completo	Não informou	7 às 13h	24 anos	Mãe social

Os sujeitos que participaram efetivamente da pesquisa são do sexo feminino, com idades entre 30 e 53 anos, perfazendo uma idade média de 43,71 anos. Têm uma carga horária de trabalho formal de trinta horas semanais. Todas têm mais de dez anos de atuação profissional como agente comunitária de saúde – ACS.

Após a análise dos dados das entrevistas, emergiram três categorias: O fazer das ACS: contexto, demandas e ações; Mudanças no fazer do ACS: burocratização, metas e sobrecarga; Invisibilidade e intermitência do trabalho.

1) O fazer das ACS: contexto, demandas e ações

O principal fator motivacional apontado pelas ACS para atuarem na profissão foi a estabilidade, seguido da proximidade da casa e da família. Para as ACS da pesquisa, a busca pela profissão esteve pautada pela necessidade de emprego, como uma oportunidade para garantir a renda e estabilidade profissional, ao mesmo tempo em que propicia dar o suporte familiar. Esses dados corroboram os de Faria e Paiva (2020), nos quais consta que os ACS escolheram a profissão por uma necessidade, por estarem desempregados: *“Eu sempre foquei em ser concursada. Estabilidade, de emprego e financeira”*. (ACS2)

Para Araújo & Greco (2019), o fato das ACS possuírem estabilidade no emprego contribui para a possibilidade de monitoramento do trabalhador em longo prazo, além de ser um fator de valorização do profissional, diminuindo a precarização do trabalho. Sendo assim, a estabilidade e o fato de morar na comunidade onde trabalha, contribuem para o engajamento das profissionais, sendo considerado como aspecto positivo para a gestão e para a comunidade.

Outras relataram influência de amigos ou parentes para o ingresso na profissão: *“Uma amiga, que já trabalhava como agente de saúde, me avisou que ia ter esse concurso”*. (ACS6); *“Não queria fazer; minha mãe incentivou”*. (ACS1)

No contexto pesquisado, a inserção das agentes se dá por meio de concurso público, produzindo situações de maior estabilidade para os trabalhadores e a garantia dos

direitos trabalhistas, dados que corroboram pesquisa de Simas e Pinto (2017), realizada no Nordeste. No discurso das profissionais desta pesquisa, emerge o desinteresse ao tentar a vaga de ACS e contextualizam o ingresso como uma surpresa ou acaso. Essa forma de ingresso e as motivações para a profissão influenciam sua identidade profissional.

Para a PDT, o trabalho tem lugar central na constituição da identidade, nas relações de gênero e na construção da sociedade, sendo um dos grandes alicerces do sujeito e de sua rede de significados, sendo o maior fator de produção de sentido para a integração social (Dejours, 2011). E essa identidade profissional é perpassada pela divisão sexual do trabalho (Hirata, 2019).

Uma das características mais marcantes da profissão de ACS é sua feminização (Fonseca, 2019), que se dá pela tradição do trabalho de cuidar estar associado à figura feminina. A feminização influencia na atuação da ACS, levando algumas profissionais a realizarem tarefas que extrapolam suas atribuições, com viés mais assistencialista: *“Tinha casa carente, de velhinho que morava só, aposentado, doente, a gente fazia mutirão pra fazer uma faxina. Dava banho no acamado”*. (ACS6)

Essas declarações mostram como o processo de feminização da profissão e a ideia do cuidado implícito extrapolam as atribuições da ACS, o que está em consonância com a declaração de Kergoat de que o trabalho feminino é “invisível, feito para os outros e sempre em nome da natureza, do amor e dever maternal” (Kergoat, 2009, p. 67). Essa feminização da ACS é comum em categorias profissionais relacionadas ao cuidado, devido à uma divisão sexual do trabalho e expansão do trabalho de cuidados, historicamente construída, serem atribuídas à figura feminina (Hirata, 2015). Para a autora, são empregos pouco valorizados socialmente e com salários relativamente baixos (Hirata, 2019). Essa desigualdade e divisão sexual do trabalho acontecem no mercado de

trabalho e no ambiente doméstico, contribuindo para aumentar a sobrecarga de trabalho e a dupla jornada laboral das mulheres.

Tal desigualdade se acentuou durante a pandemia de covid-19, quando as mulheres se viram obrigadas a conciliar atividade remunerada de ACS, com o trabalho doméstico e de cuidado – com crianças, idosos e pessoas com deficiência – refletindo as desigualdades de gênero: “há um desequilíbrio estrutural na divisão das tarefas entre gêneros, e que o isolamento, embora tenha tornado mais visível o trabalho doméstico, não provocou mudanças no sentido de enfrentarmos desigualdades” (Leão *et. al.*, 2020, p. 302). Tal contexto aumenta a vulnerabilidade e sofrimento psíquico a que essas ACS estão expostas. Para Silva, Cobucci, Andrade, Soares-Rachetti, Lima e Andrade (2021), a pandemia provocou quadros de ansiedade em profissionais de saúde, principalmente em profissionais do sexo feminino, que atuam na linha de frente, bem como em profissionais infectadas pelo SARS-CoV-2 e que apresentavam doenças crônicas.

Sendo assim, conciliar o papel social de moradora da comunidade, com o de profissional da saúde, com as demandas domésticas e familiares, tem sido um desafio para as ACS, especialmente após a pandemia de covid-19: “*Eu dentro de casa tô vendo a hora pirar, porque dona de casa tem filho, tem marido, tem neto e tem um trabalho desse que puxa demais, a pessoa só falta endoidecer mesmo, né?*” (ACS7)

Sobre o que é ser agente comunitária de saúde, as profissionais acreditam que é o elo entre comunidade e equipe: “*O elo com a comunidade é tão forte que às vezes dizem pra gente o problema e não dizem pros médicos. Aí a gente vai intermediar, entendeu? Adolescente, tem a primeira relação, diz pra gente*”. (ACS4)

A ideia do ACS como elo, ponte, laço, mediador, tradutor é referenciada por vários autores (Lotta, 2015; Mariana, 2017; Souza e Oliveira, 2019). Ele é visto como mediador

entre as políticas públicas e os objetivos da comunidade onde trabalha e mora. A dupla identidade do ACS o leva a viver como um ator híbrido, já que pertence ao Estado, como trabalhador da saúde, e à comunidade, pois reside e trabalha nela (Lotta, 2015). Quirino *et. al.* (2020) ressaltam que a noção de elo pode contribuir para uma crise de identidade profissional do ACS, tendo em vista que elo associa ao “entre”, meio dentro, meio fora deste campo.

Ao se definirem como elo e mediador, as ACS também se situam como norteadoras para o bom funcionamento do serviço e tem consciência de sua importância:

Se não fosse a gente, ficava tudo perdido aí. Viu quantas vezes bateram na porta, chamando a gente pra perguntar? Tá vendo como é importante o agente de saúde? (ACS2)

O médico também, o enfermeiro... Tudinho fica perdido quando a gente não tá. Até o paciente fica perdido: ‘como é que toma essa medicação?’ (ACS4)

A possibilidade de autoreconhecimento, ou seja, do indivíduo se reconhecer no que faz, de reconhecer-se em alguma coisa, contribui para que o trabalhador se inscreva na história de um ofício, que não pertence a ninguém em particular, mas pela qual todos, no entanto, se sentem responsáveis (Silva, Deusdedit-Júnior & Batista, 2015). Apesar da importância do autoreconhecimento dessas profissionais, Souza e Oliveira (2019) alertam para o que chamam de “super-heroização” e romantização do ACS. Para os autores, “a ideia de um ‘superagente comunitário de saúde’ traz, entre outras coisas, pressupostos de que esse sujeito tem a tarefa de ‘salvar’ a ESF; logo, o ACS tem a missão de salvar o sistema” (p. 27), contribuindo para sobrecarregá-los ainda mais: “*A gente é capaz de fazer diferença na vida de alguém. Posso não fazer de todos, mas nem que seja de um, eu consigo*”. (ACS4)

Além de se sobrecarregarem tentando dar conta de todas as demandas da Unidade, em alguns relatos, as profissionais externalizam ou vislumbram em sua prática semelhanças com outras categorias profissionais, comprometendo a construção da sua própria identidade profissional como ACS:

A gente se tornou mais assistente social do que agente de saúde em si. (ACS4)

Tem famílias que sentam com a gente e vai contar a vida... A gente trabalha tipo uma psicóloga na área, uma assistente social, um orientador... (ACS7)

Souza e Oliveira (2019) apontam para uma visão de onipotência nesse discurso, o que pode contribuir para aumentar as cobranças dos usuários e deles mesmos, podendo causar-lhes sobrecarga de trabalho, frustração e sofrimento, além de tirar o foco do que realmente é o trabalho do ACS, comprometendo sua identidade profissional: “*Eu sou tudo, ao mesmo tempo não sou nada. Acho que não sei nem que sou*”. (ACS2); “*Eu acho que eu sou Bombril*” (ACS4); “*Bombril às vezes bem usado. Aquele bombril que já tá uuu...*” (ACS7)

Por outro lado, a postura relatada pelas ACS deixa implícita sua empatia, escuta e uma atribuição bastante aludida pelas profissionais para o êxito do trabalho, que é a comunicação:

Sempre fui retraída. Fui aprender a conversar de acordo com esse trabalho. Tive que aprender a falar, a compreender, a entender as pessoas. (ACS2)

A gente aprende com os usuários também. Há 24 anos atrás eu era tímida, calada, não abria a boca. Hoje, por brincadeira eu tô falando (risos). (ACS7)

Pelo relato das ACS, as habilidades e a identidade profissional foram construídas e lapidadas ao longo do tempo, a partir das demandas surgidas e da interação com os usuários, o que revela como o trabalho contribuiu para o crescimento pessoal e

profissional das mesmas. Como destaca Dejours, “trabalhar constitui, para a subjetividade, uma provação que a transforma; trabalhar não é apenas produzir, mas ainda transformar-se a si próprio e adquirir novas habilidades profissionais” (Dejours, 2012a, p. 34). E acrescenta que, tal como aconteceu com as ACS da pesquisa, o trabalho pode contribuir para ampliar o repertório de impressões afetivas e descobrir novas qualidades que o trabalhador passa a apreciar e valorizar. A provação do trabalho acaba se transformando em oportunidade de transformar a si próprio, evoluindo. É um processo intersubjetivo e intrassubjetivo. Como elas relataram, muitas não tiveram a formação e preparo técnico adequados para desempenhar a função, mas construíram sua aprendizagem no dia a dia, no fazer, no empenho em tentar dar conta das demandas que surgiam na comunidade.

A particularidade da profissão do ACS, de morar na comunidade e estar na casa das pessoas, faz com que elas tenham contato direto com a rotina e cotidiano dos usuários, exigindo delas o adequado manejo e discrição. Para Siqueira-Batista *et. al.* (2015), lidar com o sigilo e a confidencialidade das informações é aspecto que deve permear todo o cotidiano do trabalho das equipes de ESF, em especial o ACS, pois as informações que a equipe tem acesso não dizem respeito exclusivamente às condições mórbidas dos usuários, mas, igualmente, a muitos aspectos relativos aos modos de vida das pessoas.

Conforme Briese, Lunardi, Azambuja e Kerber (2015), o modo como o trabalho dos ACS está organizado pode lhes causar um dilema moral. Informações sigilosas e confidenciais relacionadas ao uso de drogas, violência intrafamiliar, criminalidade, entre outras, comunicadas ao ACS pelo usuário numa "relação de confiança", podem constituir-se em objeto de dilema para esse trabalhador: “*A gente sabe de cabo a rabo da vida das pessoas. Agora, a gente trabalha com ética. Você entra numa casa e sabe de muita coisa ali, ali mesmo ficou. Nem em casa a gente comenta*”. (ACS7)

Pelo relato, a ACS acaba baseando suas atitudes por uma ética de relações. Sem formação adequada, alguns ACS não conseguem identificar o que são problemas éticos de sua atuação, mas demonstram grande senso de solidariedade e valores humanos para com os usuários e pessoas da sua comunidade, sentimento de ajudar o próximo e empatia.

Como ressalta Chuengue (2017), o fato de ser morador da comunidade interfere na própria privacidade do ACS e na intervenção excessiva na vida das pessoas. Em muitas circunstâncias, como não foram preparadas para lidar com tais questões, nem possuem um código de ética específico que norteie sua prática, as ACS acabam desenvolvendo critérios éticos com base no bom senso e na preservação de sua integridade: *“Quando eu passo o olho... Já sou traumatizada com moto e... Dependendo da situação, saio na mesma hora da área. Não quero presenciar as coisas. Se vejo alguém estranho, eu saio, estratégia minha”*. (ACS4)

Seria interessante o espaço coletivo de escuta para que elas externalizem os dilemas éticos e socializem as estratégias encontradas com os demais profissionais, para que tenham êxito e lidem da melhor forma quando vivenciarem situação semelhante.

2) Mudanças no fazer do ACS: burocratização, metas e sobrecarga

Quando estimuladas a pensarem sobre sua rotina profissional diária, as ACS referem um desvirtuamento da prática tradicional da profissão: *Difícil fazer o que realmente nos pertence, o que é nossa função*. (ACS2)

Além do desvio de função, as ACS convivem com uma sobrecarga de trabalho, gerada por problemas relacionados à interação com a equipe, à falta de recursos e ao aumento da população de sua área de atuação.

Só dobrou para gente. Peguei uma área que muita gente não tava vindo fazer consulta. Aí falei com a supervisora: 'olhe, eu queria colocar uma pessoa a mais'.

*Ela disse 'de jeito nenhum'. Que dizer, **uma** pessoa a mais... Por que o trabalho dobrou pra mim, mas não pode aumentar um pouco pra quem atende? (ACS2)*

É nos dado tantos afazeres que não dá tempo nem a gente trabalhar.

Acompanhamento do Bolsa Família, gestante, hipertenso, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde mental, criança de 0 a 2 anos... É uma pressão diária, de usuário, de enfermeiro, de médico, de recepcionista. Não é fácil. (ACS4)

Eu trabalhava com 348 pessoas e eu vou ter que assumir 652. É muita gente!

Como que eu vou dar conta disso? Não tem como, não. (ACS3)

Além de evidenciar-se uma priorização do trabalho de levantamento de dados em detrimento do trabalho de educação em saúde, a forma como as ACS estão lidando com o excesso de trabalho corrobora os dados de Lopes, Lunard Filho, Beck e Coelho (2018), de que os ACS convivem com intensa carga física (exposição física na área, estrutura precária na Unidade e risco de violência); cognitiva (necessidade de acúmulo de informações e conhecimentos técnicos e mudanças nos sistemas de informação); e psíquica (fragilidade das relações interpessoais na equipe, sobrecarga de trabalho e frustrações frente à falta de resolutividade do sistema e na falta de reconhecimento). Para Almeida, Machado, Silva e Quadros (2016), os principais motivos de sobrecarga dos ACS são a descaracterização do serviço, excesso de formulários e número insuficiente de agentes.

Nesta pesquisa, uma das razões de sobrecarga elencadas pelas ACS foi relacionada à descontinuidade do serviço, comprometendo a resolução e atendimento das demandas. Para minimizar a situação, muitas vezes elas precisam custear instrumentos de trabalho, para dar continuidade ao mesmo:

Às vezes a gente tem que tirar xerox, porque falta material de trabalho.... (ACS6)

Se a gente disser assim: 'hoje tem uma palestra; no finalzinho tem um lanche, tem um brinde', o usuário vem. Só que esse brinde, esse lanche, que a gente faz pra ver se 'puxa' eles, tem que ser do nosso bolso. (ACS2)

As agentes comunitárias, ao mesmo tempo em que vivenciam certa nostalgia quando comparam o início do trabalho do ACS na área e atualmente, mostram um pouco da descaracterização do trabalho tradicional do agente comunitário e do desencanto com os rumos que a profissão e a ESF tem tomado:

Antes a gente trabalhava por rua, mas o Ministério da Saúde preferiu que seja quadra. Tá tendo essa transformação. A gente tá naquela readaptação. (ACS4)

Antes a gente acompanhava por família, agora é por pessoa. Aumentou as casas. (ACS1)

Elas se queixam da verticalização e imposição das mudanças, que deixa seu trabalho meramente operacional, focado em aspectos quantitativos. Além das mudanças na política da atenção básica, tem-se identificado práticas de desvio de função desse trabalhador, sobretudo no sentido de responsabilizá-lo pela execução de tarefas burocráticas. Antes do processo de informatização, uma de suas principais queixas era a digitação. Outra, a entrega de exames. Em ambos os casos, funções administrativas.

Digitamos, que não é nossa função, e toma muito tempo. É um computador para 9 agentes de saúde. É uma briga! (ACS4)

Entregamos exames, que não é nossa função. Colocou muita função para um agente fazer, que a gente não fazia e acaba fazendo. (ACS2)

Tais relatos corroboram as conclusões da pesquisa de Riquinho, Pellini, Ramos, Silveira e Santos, (2018), que os ACS permanecem mais tempo no interior da Unidade

de Saúde desenvolvendo atividades burocráticas do que na comunidade, fazendo visitas domiciliares e desenvolvendo ações de educação em saúde. Essas mudanças tem levado a um processo de burocratização da função, relatado em outras pesquisas (Nogueira, 2019; Alonso, Béguin & Duarte, 2018). Essa burocratização do trabalho e desvio de função se intensificaram com o surgimento da pandemia de covid-19: as visitas domiciliares foram reduzidas, voltadas para usuários considerados grupos de risco, devendo ser breves e restritas ao ambiente peridomiciliar (frente, lados e fundos da casa) e as ACS foram escaladas para atividades burocráticas na Unidade, sob o argumento de que circular no território coloca-as em situação de risco e torna-as potenciais propagadoras do coronavírus (Morosini, *et. al.*, 2020). Quando a pesquisadora foi fazer a devolutiva, durante a pandemia de covid-19, encontrou uma das ACS na recepção da Unidade. Ao questionar a profissional sobre o desvio de função, ela informou que todas as ACS se revezam na recepção ao longo da semana.

A burocratização do trabalho é um processo constituído por mediações históricas que conformam o mundo do trabalho, o setor produtivo e o setor de serviços. É inerente ao avanço do gerencialismo nas políticas públicas, enfatiza práticas de saúde individuais em detrimento das coletivas e ratifica o modelo de atenção biomédico. É constituída pela implantação de modelos de gestão que legitimam a orientação gerencialista como indutora de práticas na APS. Acrescenta-se a isso a informatização do processo de trabalho e, assim, há descaracterização das atribuições dos ACS, das ações coletivas e comunitárias (Nogueira, 2019). O que angustia as ACS é a priorização de serviços administrativos em detrimento do trabalho de visitas domiciliares e educação em saúde, características de sua identidade profissional, e que seriam muito úteis no contexto da pandemia de covid-19, onde proliferam notícias falsas (*fake news*), o que acaba confundindo os usuários da comunidade e comprometendo a prevenção em saúde (Cabral,

Melo, Cesar, Oliveira, Bastos, Machado, Rolim, Bonfada, Zago & Zambon, 2020), além do agravamento de outras doenças de usuários da comunidade, que acabam sendo negligenciadas após a covid-19.

Sendo assim, o trabalho da ACS acaba se pautando pela normatização, grande número de prescrições e organização segundo uma lógica de divisões de processos e hierarquização. A burocratização passa a permear inclusive as tarefas das ACS que não são administrativas, devido ao predomínio da lógica da contagem de procedimentos, em detrimento da avaliação da qualidade da assistência prestada (Alonso, Béguin & Duarte, 2018) A burocratização incide no que as trabalhadoras entendem que seria a principal qualidade do seu trabalho: a relação que constroem com as pessoas que acompanham nos territórios adscritos (Nogueira, 2019). O trabalho acaba se restringindo a responder as metas impostas pelo Ministério da Saúde e gestores locais, e não necessariamente às necessidades de saúde e situações das famílias acompanhadas.

*PSF hoje é mais o lado burocrático. Antes a gente tinha que correr atrás. **Tem** que fazer a visita domiciliar. (ACS6)*

Antes a gente fazia uma visita de qualidade, agora é quantidade. Porque a gente tem que passar bem rapidinho. (ACS3)

A gente tá igual uns robôs, só pra alimentar sistema. (ACS4)

A pressão no trabalho e a ênfase produtivista, relatada pelas ACS, influencia na qualidade do trabalho e acaba por sobrecarregar o profissional: “Cada cartão do SUS são 15 números. A gente tem que pegar uma base de 30,32, por dia. Então só a escrita do cartão do SUS, você já perde um bom tempo”. (ACS4)

Ao falar sobre a atuação profissional atualmente, as ACS falam da influência da burocratização na sua dificuldade em manter o planejamento feito de visitas domiciliares:

Todo dia quando a gente chega, tem uma novidade... Sempre aparece mudança de marcação... Se pede muito, tira nosso foco. (ACS2)

A gente sai de casa com um planejamento, aí quando chega aqui, desfaz tudo, tem outras coisas pra fazer. Tem sempre um fator externo que atrapalha... (ACS1)

A dificuldade de planejamento demonstra um pouco da falta de autonomia do ACS na Unidade.

Bom seria a gente ter autonomia de conversar abertamente com esses profissionais do jeito que a gente tá aqui, colocando aflições, visão de trabalho, demandas no dia a dia, frustrações... Tem não. A gente é pau mandado, mesmo. Não temos nenhuma autonomia. (ACS5)

Nesse contexto, o ACS se tornou um trabalhador multiuso nas UBS, que executa muitas funções, mas tem perdido um pouco da sua identidade, de características peculiares à função, que eram as visitas domiciliares e o trabalho de educação em saúde.

Sobre o desvio de função e a desvalorização do trabalho, as ACS desabafam, rotulando-se como guri de recado, sedex, “tapa buraco” e expressões similares:

O trabalho da gente ficou quase nada. É mais pra dar recado, levar marcação. Hoje em dia a gente não ééééé agente de saúde. (risos) A gente fica tampando buraco. (ACS3)

Corre pra sedex – agente de saúde. Desmarca, marca... Operação tapa buraco. (ACS4)

*Entregamos exames, que não é nossa função. Não segue cronograma, não segue programas; ‘Vai na casa de Fulano, pra ver se ela vem **daqui a pouco**’. Ô rapaz, a gente não é menino de recado, não. (ACS2)*

Tal percepção acaba se estendendo aos usuários, como ressalta Fontana (2015) em sua pesquisa. Segundo a autora, eles acabam vendo as ACS como entregadoras de medicação, de recados, de carteirinhas. Segundo ela, “as ACS viram ‘quebra-galhos’ dentro da Unidade de Saúde, terminam por atender telefone, dispensar medicação, dar recados, distribuir folhetos sobre atividades pontuais” (Fontana, 2015, p. 104).

À medida que a legislação sobre a atenção básica no Brasil foi mudando, o processo de trabalho das ACS foi acompanhando essas transformações. Ao longo da pesquisa, uma queixa recorrente delas durante as escutas coletivas é a priorização de dados em detrimento do trabalho qualitativo. Essa discussão emerge quando elas comparam o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, precursor da ESF, instituído e regulamentado em 1997) e o e-SUS, software criado através da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, que prevê a substituição completa do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), existente desde 1998 (Brasil, 2018):

O e-SUS só quer quantidade. A gente não tem condição de dar qualidade. A gente tá jogando as quantidades, o que der pra fazer. É como se a gente só fosse um receptáculo vazio. Só recebesse as informações e não tivesse nada a oferecer. E não é bem assim. (ACS7)

O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma estratégia do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional, utilizando um sistema com prontuário eletrônico ou fichas de atendimento simplificadas (Brasil, 2020). A proposta é boa e algumas ACS admitem avanços em alguns aspectos, mas como ressaltam Oliveira, Lima, Nascimento e Santos (2016), acerca da realidade de implantação do sistema em João Pessoa, o processo de implantação de um sistema de informação é complexo, principalmente quando é necessário realizar a transição de sistemas já utilizados há muitos anos para um novo sistema que traz consigo uma nova

proposta de utilização, com ferramentas diferenciadas. No contexto da Unidade analisada nesta pesquisa em Campina Grande, as ACS ainda estão em processo de adaptação, especialmente as mais antigas, pouco familiarizadas com tecnologia.

Ao longo do processo, uma das reclamações mais recorrentes das ACS se relacionava à angústias com o processo de informatização do sistema. Inicialmente era tudo manual, agora elas utilizam o prontuário eletrônico através do *tablet*. As ACS comemoram que não precisam mais digitar os dados no computador, mas nem todas as profissionais estão familiarizadas com o *tablet* e o sistema de prontuário eletrônico.

A gente vai aprendendo com o tempo. E vai mudando. Já foi atualizado várias vezes. Acho melhor que o de antigamente, que a gente tinha que andar com um monte de papel. (ACS1)

Mais prático. (ACS2)

A tecnologia favoreceu muito, mas complicou também. Os mais antigos ainda estão com dificuldade. (ACS5)

Tal como nesta pesquisa, Silva *et. al.* (2018), verificaram algumas razões das queixas das ACS. Além da pouca familiaridade com a tecnologia entre as profissionais, treinamento insuficiente ou inexistente, falta de suporte técnico adequado, elas veem o e-SUS como uma imposição, um modelo informacional assistemático, verticalizado, fragmentado e que tende a desenvolver a postura de coletas de dados sem sentido, e com pouca utilização no planejamento e processo decisório local junto à comunidade.

Outra estratégia do Ministério da Saúde bastante aludida pelas ACS durante os encontros é o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), criado em 2011 e ampliado em 2015. O PMAQ paga um bônus em dinheiro para cada UBS que atinja metas de bom desempenho no atendimento aos

usuários do SUS, a partir dos indicadores de saúde da comunidade. Além de custear as despesas da UBS, essa verba também pode ser dividida entre todos os funcionários. Dentre os profissionais que recebem o pagamento do incentivo financeiro PMAQ/AB estão os agentes comunitários de saúde (Brasil, 2015). As ACS da pesquisa reconhecem a importância do PMAQ, mas se queixam de serem penalizadas pelo mau andamento da Unidade:

Esse PMAQ foi uma grande ajuda. Apesar que a nota da gente é baixa. (ACS6)

Mas não é pela qualidade dos profissionais, nós, ACS. É pelo andamento de toda a instituição. É avaliado tudo, desde a forma de recepcionar dentro da Unidade os pacientes até a quantidade de citológicos feitos, de hipertensos que foram atendidos, de diabéticos, de puericultura, a visita domiciliar com técnico, com enfermeiro e com médico. As fichas que tem, a qualidade dos envelopes... Isso foge do nosso trabalho, do nosso querer. (ACS7)

Não acho correto você trabalhar no serviço público e, se você quiser fazer um evento, tirar dinheiro do seu bolso. Tenho que pagar pra trabalhar, pagar para ser vista no PMAQ, ou no quer que seja? A gestão não quer arcar com nada. (ACS4)

Pelo desabafo das ACS, elas são cobradas por resultados, que elas consideram inalcançáveis, são penalizadas pelo repasse de verbas inferior à das outras Unidades de Saúde e, principalmente, mesmo havendo verbas para melhorar o atendimento e desenvolver atividades de educação em saúde, precisam custear os gastos do próprio bolso. Ou seja, são penalizadas ao não receberem um valor melhor por causa do andamento da Unidade e para melhorar, precisa arcar com o ônus da ação.

3) Invisibilidade e intermitência do trabalho

As agentes comunitárias de saúde, pela peculiaridade do trabalho e por fazerem parte da comunidade onde atuam profissionalmente, vivenciam um processo de invisibilidade, principalmente por parte dos usuários do serviço de saúde. Tal invisibilidade do trabalho é comum em profissionais prestadores de serviço, pela própria imaterialidade do trabalho. Para Dejours (2012b), o que o trabalho tem de mais essencial, não pode ser visível, que são os aspectos subjetivos. Ele ressalta que essa invisibilidade agrava-se quando se trata de atividades imateriais, especialmente no setor de serviços, onde a parte mais importante do trabalho efetivo é invisível (Dejours, 2012b). No caso dos ACS, é um pouco pior, tendo em vista que elas prestam serviços à pessoas vizinhas muitas vezes, com as quais tem intimidade, mas que desconhecem sua rotina e peculiaridade do trabalho, gerando comentários que as incomodam:

Às vezes a gente chega: 'pra que visita de vocês? Vocês ganham com a cara, vocês não fazem nada'. Tem deles que diz isso. (ACS6)

Piada a gente escuta demais. Tinha um rapaz que ele não podia me ver que soltava uma piadinha: 'Ó trabalho bom!' 'Tu ainda tá de férias? Tuas férias não acabam não?' 'Eita, tu já vai pra casa?' Eu acho que a maioria dos motivos é inveja, porque nós somos alguém. (ACS2)

Na fala da ACS2 evidencia-se o orgulho pela profissão, a reafirmação da identidade individual e coletiva ao dizer “nós somos alguém”, apesar das dificuldades e problemas relatados durante a pesquisa.

O caráter do trabalho das ACS é mais qualitativo e subjetivo, não sendo em grande parte quantificável (embora sejam cobradas para informar dados com frequência ao Serviço). Talvez por isso o seu fazer é invisibilizado. Até pela peculiaridade da visita domiciliar, onde predomina a informalidade entre a ACS e o usuário, tendo em vista que

eles têm uma convivência cotidiana próxima, em geral, parece haver uma dificuldade dos próprios usuários em compreenderem o fazer da ACS: “*Eu não consigo ver qual o motivo, porque a gente corre, viu? A gente trabalha muito*”. (ACS2)

Em vários momentos elas chegam a comparar o seu fazer ao do médico, na tentativa de compreenderem as razões de não ter o seu fazer reconhecido pela comunidade:

Não sei se porque nossa ferramenta é a voz, a fala, aí o povo não vê concreto, como o médico. ‘Ah, tô com uma dor de dente’. Aí tem um papel escrito, com um remédio que passa... E a gente é mais voz, fala... Falar, informar. (ACS2)

Eles precisam do médico e acham que não precisam da gente. Com a receita do médico, eles fazem alguma coisa; com a minha assinatura eles não fazem nada. (ACS4)

O mais surpreendente acerca da invisibilidade do trabalho da ACS, é que elas trabalham em tempo integral, inclusive fora do horário de trabalho, no ambiente doméstico.

Na área, como é muito perto de casa, acha que eu tô ali pra atender a qualquer hora: horário de almoço, de janta, de dormir... Quando é vizinho, muito próximo, acham que a gente tá ali para servi-los. O tempo inteiro. (ACS4)

Essa peculiaridade do trabalho gera sofrimento para elas, muitas vezes em virtude dos conflitos no ambiente doméstico gerados pela invasão de privacidade:

Apesar de ser ruim, estressante, o usuário ir na sua casa, de certa forma eu gosto quando eles me procuram, porque eu vejo que eles buscam em mim acolhimento, resposta, alguma ajuda. (ACS5)

Ontem era 10 pras 10 da noite foi uma pessoa na minha porta pedir orientações. Meu marido olha assiiim... Ele fica virado. Ele diz 'isso não é um trabalho' e diz um palavrão, 'que tu não tem hora pra nada, que não sei o que'. (ACS4)

Em suas falas evidencia-se a dificuldade das ACS em manterem a privacidade seu ambiente doméstico respeitada pelos usuários, gerando conflitos intrafamiliares, pois são criticadas por parentes devido à jornadas que extrapolam o horário de funcionamento da Unidade de Saúde e invadem a vida privada. Conforme corroboram Alonso, Béguin, & Duarte (2018), as ACS são procuradas fora do horário de trabalho, finais de semana e em espaços de convivência do bairro, como igreja e feira, sobrecarregando-as. Desse modo, esses atores passam a ter envolvimento ininterrupto com os usuários do serviço de saúde, aumentando a probabilidade de conflitos, com usuários e familiares. Essa proximidade dificulta a diferenciação entre o papel de trabalhador e o de vizinho, seja por parte da população ou do próprio profissional. Trabalhar e residir no mesmo local pode implicar maior demanda de tarefas e perda de privacidade, pela procura da comunidade fora do horário de trabalho, dificultando o “desligamento” do seu mundo laboral e a separação entre o que é trabalho e o que é vida pessoal (Santos, Hoppe & Crug, 2018).

Além de serem demandadas em seus domicílios fora do horário formal de trabalho, as ACS também são demandadas virtualmente. A tecnologia facilitou a vida das ACS em alguns aspectos. A inserção de redes sociais entre as profissionais por uma parte melhorou a comunicação entre elas, mas em relação à coordenação, contribuiu para tornar o trabalho ininterrupto, tendo em vista que elas são acionadas para demandas do trabalho fora do horário formal de expediente, mesmo que virtualmente, incomodando-as:

Falei com a enfermeira. Eu vendo ela online, no whatsapp. Não visualizou minha mensagem. Quando foi 5 horas da tarde ela 'pum', a resposta. Eu fiz dedinho de legal. Só respondi 10 horas da noite, de pirraça. (ACS4)

Chego em casa, tá a cara dela lá no celular. 228 mil e 400 perguntas. Eu olho tudinho: as fofocas, os babados, das minhas amigas, dos meus inimigos... Lá pra meia noite, quando me der vontade, é que eu olho. (ACS2)

As demandas virtuais intensificaram-se durante a pandemia de covid-19, pois a recomendação do Ministério da Saúde é para priorizar o teletrabalho, realizando parte das atividades de assistência ao usuário de modo remoto (Morosini *et. al.*, 2020). Cabral *et. al.* (2020) admitem que o teletrabalho na atenção básica é importante ferramenta para a redução do contato presencial entre profissionais de saúde e usuários durante a pandemia de covid-19, mas o ônus do equipamento e acesso à internet recai sobre a ACS, além de haver baixa disponibilidade de computadores e de acesso à internet nas Unidades de APS no país. Apesar do ônus do teletrabalho recair totalmente sobre a trabalhadora, que ainda precisa conciliar com as atividades burocráticas na Unidade, as atividades domésticas, inclusive dar o suporte ao ensino remoto dos filhos, Giovanella *et. al.* (2020) ressaltam que, mais do que nunca, é importante continuar atendendo às pessoas, trabalhar em equipe, ainda que à distância, para garantir a continuidade da atenção em saúde.

Nesse contexto, percebe-se que a relação subjetiva com o trabalho acaba por colonizar o espaço fora do trabalho. Como pontua Dejours, “toda a economia familiar é convocada para auxiliar seus membros a enfrentarem as contrariedades em situação de trabalho” (2011, p. 121). Se não há sentido a separação clássica dentro-do-trabalho e fora-do-trabalho para a PDT, essa convergência evidencia-se ainda mais quando se refere à atividade das ACS, demandadas em espaços públicos e privados, presenciais e virtuais, pelos usuários da comunidade e pelos coordenadores, especialmente durante a pandemia de covid-19. Antunes (2018), ao falar da informalidade e precarização dos trabalhadores de aplicativos, processo chamado de uberização, traz a ideia de escravidão digital, que se assemelha em alguns aspectos à realidade de demandas virtuais fora de horário de

trabalho das ACS: quando há demanda, basta uma mensagem, uma chamada, e as trabalhadoras devem estar on-line em tempo integral para atender o trabalho, que acaba se caracterizando como intermitente.

Discussão

A pesquisa ressalta a importância das ACS para o bom funcionamento da Unidade de Saúde, mas também evidencia os desafios e dificuldades pelas quais elas passam para conseguir desenvolver o trabalho e sentirem prazer, através da identificação com o que fazem e o reconhecimento. Apesar de Dejours abordar o trabalho como um todo, fala muito da rotina laboral das ACS, onde elas precisam desenvolver relações entre si, com os usuários e com demais membros da equipe. Estão passando por várias mudanças em seu fazer desde os processos de reconfiguração na atenção básica. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde 2006, vem redirecionando as diretrizes do trabalho do ACS, tornando-o cada vez mais administrativo, genérico e operacional, distanciando-o do trabalho educativo, mobilizador, na área, tornando-o um trabalhador polivalente e flexível, esvaziando a singularidade do trabalho do ACS e sua identidade profissional. Essa burocratização do trabalho tem comprometido a autonomia da ACS e sua identidade, construída basicamente através do trabalho de educação em saúde na comunidade através das visitas domiciliares.

Nesse dia a dia profissional itinerante pelas residências dos usuários, surgiam imprevistos e situações que fugiam ao trabalho prescrito e elas tinham que encontrar, através da inteligência e astúcia, sua forma peculiar de dar conta daquela demanda. Posteriormente socializavam com as demais ACS e aquilo acabava se tornando uma regra de ofício. Assim elas constroem paulatinamente sua identidade enquanto ACS. A partir

do momento em que ficam restritas ao ambiente da Unidade, em atividades burocráticas e repetitivas, onde elas não tem margem para adaptar ao trabalho real, isso compromete a identidade e causa sofrimento. Esse sofrimento acaba potencializado pela falta de reconhecimento da coordenação e usuários, muitas vezes devido à invisibilidade do trabalho da ACS, predominantemente subjetivo e relacional.

Para as ACS, que tem na função não apenas uma ocupação profissional, mas um modo de viver a vida, de se relacionar com a vizinhança, de ocupar-se de aspectos íntimos de pessoas com as quais convivem eticamente no contexto da saúde, as transformações afetam a execução do trabalho, a eficácia e as relações com as pessoas da comunidade. Esse contexto, a falta de suporte da gestão e a falta de reconhecimento, acabam acarretando desencantamento e degradação do prazer no trabalho.

A pesquisa mostrou a necessidade de escuta e de espaços de deliberação. Os espaços de deliberação podem ser reuniões formais ou informais. Na amostra pesquisada, as reuniões formais são escassas, verticalizadas, onde as ordens são dadas. As reuniões informais, onde prevalece a atividade deôntica, ocupadas por práticas de convivências, são praticamente inexistentes na amostra estudada.

A pandemia de covid-19 agravou os problemas já existentes. A sobrecarga de trabalho aumentou, porque as ACS precisam dar conta das demandas burocráticas da Unidade, fazer visitas domiciliares à usuários crônicos, estar à disposição via teletrabalho para usuários e coordenação, e ainda dar conta das demandas domésticas e familiares, como cuidar das crianças, que estão em casa em tempo integral, dando-lhes assistência inclusive nas atividades de ensino remoto, além do cuidado com familiares doentes, sobrecarregando-as inclusive emocionalmente (Lotta *et. al.*, 2020). As relações profissionais também foram afetadas, com o restante da equipe e com os usuários.

Conforme pesquisa de Lotta *et. al.* (2020), a pandemia de covid-19 agrava a tensão, insegurança e pressões no espaço de trabalho, afeta as relações com a chefia e colegas, uma vez que se caracteriza como um choque exógeno no dia a dia do sistema.

A pandemia de covid-19 também evidenciou a necessidade de suporte psicológico, pois a falta de treinamento, de EPI e de suporte adequado da coordenação, acirrou o medo e a insegurança das ACS em relação à pandemia. Temem contrair covid-19 e contaminar a família. O fato da área ser de alta vulnerabilidade, onde há tráfico de drogas, acaba sendo obstáculo no combate à pandemia, pois, conforme Vieira-Meyer, Moraes, Campelo e Guimarães (2021), a construção de uma política de enfrentamento da covid-19, com participação do ACS, precisa levar em consideração, além de seu adequado treinamento na prevenção e detecção de COVID-19, ações intersetoriais para o enfrentamento e prevenção da violência no território. Conforme complementa Dejours (2017), quando a relação com o trabalho é desestabilizada, por formas criticáveis de gerenciamento, há sérios riscos para saúde mental e física da trabalhadora. Porém, “enquanto essa vulnerabilidade for produtiva, ninguém se preocupa com isso” (p. 139).

2.4. Considerações finais

A atenção básica é um dos pilares de sustentação do SUS (Sistema Único de Saúde). Mas, como todos os níveis de complexidade em saúde, vem passando por progressivos cortes no seu orçamento, bem como um esvaziamento da política, que tem deixado de priorizar investimentos e ações de promoção e prevenção em saúde, para focar em aspectos biomédicos tradicionais. Esse contexto tem agravado os índices de saúde no país, contribuindo para trazer de volta doenças que estavam praticamente erradicadas,

comprometer o tratamento de doenças crônicas, que acabam se agravando. Para piorar, o país está polarizado politicamente, comprometendo as ações em saúde, especialmente num contexto de pandemia, como o que estamos vivendo da covid-19. O ápice da polarização política em detrimento da política de saúde tem sido a campanha anti-vacina, potencializada por *fake news*, o que compromete severamente a imunização e prevenção em saúde no país, inclusive a pesquisa e aquisição de vacinas para covid-19. Como atesta Geremia (2020), vivemos a diminuição da cobertura vacinal, a busca de pronto atendimento por causas que poderiam ser resolvidas na ESF, com o consequente aumento do número de internações, além da dificuldade no manejo de doenças crônicas e enfrentamento de doenças transmissíveis. Tal realidade se reflete no cotidiano das ACS.

O fato de progressivamente as leis e decretos esvaziarem a função tradicional do ACS e sua identidade enquanto profissional, tornando-a cada vez mais generalista e administrativa, é o reflexo do redirecionamento da política assistencial. E não são apenas os ACS que perdem, mas o cidadão e toda a sociedade. Os princípios do SUS, de uma política de saúde pública e universal, com foco na prevenção em saúde, vão sendo desconstruídos. A atenção básica no Brasil precisaria melhorar, se expandir em quantidade e qualidade, mas vem aos poucos sendo desmontada e desarticulada.

Nesta pesquisa, evidenciou-se a carência de escuta e de um espaço de deliberação onde as ACS pudessem compartilhar suas dúvidas, suas angústias, sua *métis*, ou seja, seu arsenal de estratégias para dar conta do trabalho prescrito no real, de acordo com o contexto, as possibilidades e sua inventividade, transformando-a em regras de trabalho.

Além da falta de um espaço de escuta qualificada, queixam-se da comunicação verticalizada por parte da coordenação, que acaba por ressoar as mudanças na política de atenção básica, colocando-o como um profissional generalista, que executa quaisquer

funções administrativas, de acordo com a conveniência da Unidade, em detrimento de suas funções tradicionais de educação em saúde e visitas domiciliares.

A informatização do sistema serviu para agilizar o processo de coleta de dados, mas acirrou a necessidade de educação permanente, tendo em vista que muitas ACS não tem familiaridade com tecnologia e tem sentido dificuldade em se adequarem às novas demandas, focadas na tecnologia e coleta de dados, acirrando ainda mais a crise de identidade das ACS.

Todo esse contexto se agravou com a pandemia de covid-19, que as fez ter de conciliar as visitas domiciliares, com atividades burocráticas na Unidade, teletrabalho e as demandas domésticas, sobrecarregando-as ainda mais e causando desgaste psicológico. Não tiveram treinamento, não receberam EPI, álcool em gel, nem foram testadas, aumentando sua vulnerabilidade e medo. Foi determinado que elas realizassem teletrabalho, aumentando as demandas do trabalho no ambiente doméstico. Ainda tiveram que arcar com o ônus do acesso à internet e do equipamento adequado para realizar o trabalho remoto. Algumas ACS, mais antigas, são pouco familiarizadas com tecnologia e não tiveram nenhum suporte ou treinamento, tendo que recorrer ao suporte e cooperação das colegas para conseguirem atender tais demandas tecnológicas durante a pandemia de covid-19.

Faz-se necessária a realização de pesquisas com amostras de outras regiões do país, com outras realidades socioeconômicas e culturais, para investigar se os fatos mostrados nesta pesquisa acontecem em outros contextos, bem como das transformações na rotina laboral das ACS durante a pandemia de covid-19.

2.5. Referências

Almeida, A. M. de, Machado, B. R., Silva, F. M. de R. e, & Quadros, K. A. N. (2016) Dificuldades dos agentes comunitários de saúde na prática diária. *Rev Med Minas Gerais*. 26:e-1800. <http://rmmg.org/exportar-pdf/2081/e1800.pdf>. Acesso em 6 jun 2020.

Alonso, C. M. do C., Béguin, P. D., & Duarte, F. J. de C. M. (2018). Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, 52, 14. Epub February 26, 2018. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000395> Acesso em 26 jul 2020.

Andrade, L. O. M. de, Barreto, I. C. de H. C., & Bezerra, R. C. (2017) Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos, G. W. de S., Minayo, M. C. de S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. M. de. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva* (pp. 783-836). 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec.

Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo.

Araújo, A. F. de; Greco, R. M. (2019, setembro/dezembro) Associação entre condições de trabalho e os indicadores de prazer e sofrimento no cotidiano de trabalho de agentes comunitários de saúde. *APS em Revista*. Vol. 1, n. 3, p. 173/180.

<https://apsemrevista.org/aps/article/view/46/35>. Acesso em 21 ago 2020.

Baasch, A. (2021, fevereiro). *Coronavírus: Casos globais passam de 110,0 milhões, diz Johns Hopkins*. <https://acsurs.com.br/noticia/coronavirus-casos-globais-passam-de-1100-milhoes-diz-johns-hopkins/> Acesso em 18 fev 2021.

Bahia, L. (2020, abril). *Coronavírus: Lições e visões de uma pandemia*. *Radis*. Nº 211. https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis211_web.pdf Acesso em 5 dez 2020.

Brasil. (2021). *Coronavírus Brasil*. <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em 18 fev 2021.

Brasil. (2020). *e-SUS Atenção Primária*. <https://aps.saude.gov.br/ape/esus> Acesso em 10 out 2020.

Brasil. (2018) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: *Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf Acesso em 19 set 2020.

Brasil. (2015) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf Acesso em 23 set 2020.

Briese, G., Lunardi, V. L., Azambuja, E. P. de, & Kerber, N. P. da C. (2015, Abril/Junho). Sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde. *Cienc Cuid Saude*, 2015; 14(2):1035-1042. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17696/14746> Acesso em 07 abr 2020.

Cabral, E. R. de, Melo, M. C. de, Cesar, I. D., Oliveira, R. E. M. de, Bastos, T. F., Machado, L. O., Rolim, A. C. A., Bonfada, D., Zago, A. C. W., Zambon, Z. L. L. (2020). Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de covid-19. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, 3, 1-12. Disponível em <https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/87/130>. Acesso em 07 jan 2020.

Carvalho, D. A. S. (2019) Prazer, sofrimento e autonomia no trabalho: análise no ambiente público e privado. *Revista Conexão Ciência*, Vol. 14, Nº 3. Disponível em <https://periodicos.uniformg.edu.br:21011/ojs/index.php/conexaociencia/article/view/914>

. Acesso em 11 jan 2020.

Chuengue, A. P. G. (2017) *Bioética e Saúde da Família: O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante de questões éticas no cotidiano da atenção primária à saúde*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense, PPGBIOS. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em

<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/9398/1/ANA%20PAULA%20CHUENGUE%20DISERTA%c3%87AO.pdf> Acesso em 07 abr 2020.

Dejours, C. (2017) Novas formas de servidão e suicídio. In: Dejours, C. *Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos* (pp. 117-142). Porto Alegre, RS: Dublinense.

Dejours, C. (2012a) *Trabalho vivo I: sexualidade e trabalho*. Brasília: Paralelo 15.

Dejours, C. (2012b) *Trabalho vivo II: trabalho e emancipação*. Brasília: Paralelo 15.

Dejours, C. (2011) Addendum: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. In: Lancman, S., & Sznelwar, L. I. (orgs.). *Christophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho* (pp. 57-123). Brasília: Paralelo 15/ Rio de Janeiro: Fiocruz.

Faria, C. C. M. da V., & Paiva, C. H. A. (2020, março) O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18 (Supl. 1), e0025183. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18s1/1678-1007-tes-18-s1-e0025183.pdf>. Acesso em 5-Fev-2020.

Fonseca, R. (2019). O perfil do agente comunitário de saúde e sua feminização.

Enfermagem Brasil. v. 18, n. 3, p. 1-7, 2019. Disponível em

https://www.researchgate.net/publication/334642412_O_perfil_do_Agente_Comunitario_de_Saude_e_sua_feminizacao Acesso em 25-Fev-2019.

Fontana, S. A. P. (2015) *Um estudo sobre a formação profissional do agente comunitário de saúde e sua relação com a atuação no contexto da estratégia de saúde da família*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, SC, Brasil. Ed. do Autor. Disponível em

<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/3511/1/S%20c3%adlvia%20Aparecida%20Pereira%20Fontana.pdf> Acesso em 18 fev 2020.

Geremia, D. S. (2020). Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(1), e300100. Epub 03 de junho de 2020. <https://www.scielo.br/pdf/physis/v30n1/0103-7331-physis-30-01-e300100.pdf> Acesso em 12 jul 2020.

Giovanella, L., Martufi, V., Mendoza, D. C., Mendonça, R. M. H. M. de, Bousquat, A. E. M., Pereira, R. A. G., Medina, M. G. (2020). A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate*, pp.1-21. Preprint. Disponível em

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45013/2/Contribui%20c3%a7%20c3%a3oAPSCo%20vid19.pdf>. Acesso em 12 jan 2021.

Gomes, L. C. F. (2016). Comportamento espaço-temporal da pneumonia e suas relações com os elementos climáticos e sociais em Campina Grande – PB. Tese. (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Centro de Ciências. Programa de Pós-Graduação em Geografia. Disponível em

http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/22236/2/TCC_Redy%20%20Rocha%20de%20Medeiros.pdf. Acesso em 8 dez. 2020.

Hirata, H. (2019). Entrevista: Helena Hirata. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0021138. Epub May 06, 2019. Disponível em

<https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0021138.pdf>. Acesso em 19 dez 2020.

Hirata, H. (2015). Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparativa. *Análise*. Nº. 7. Disponível em <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/12133.pdf>. Acesso em 19 dez 2020.

Kergoat, D. (2009) Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: Hirata, H., Laborie, F., Le Doare, H., & Senotier, D. (orgs.). *Dicionário crítico do feminismo* (pp. 67-75). São Paulo: Editora UNESP.

Leão, N., Moreno, R., Bianconi, G., Ferrari, M., Zelic, H., & e Santos, T. (2020). Trabalho e vida das mulheres na pandemia. In: Oliveira, D. A., Pochmann, M. (orgs.). *A Devastação do trabalho: a classe do labor na crise da pandemia* (pp. 289-309). Brasília: Gráfica e Editora Positiva: CNTE - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação e Grupo de Estudos sobre Política Educacional e Trabalho Docente. Disponível em <https://www.economia.unicamp.br/images/publicacoes/Livros/outros/a-desvastacao-do-trabalho.pdf>. Acesso em 5 jan 2021.

Lopes, D. M. Q., Lunardi Filho, W. D., Beck, C. L. C., & Coelho, A. P. F. (2018) Cargas de trabalho do agente comunitário de saúde: pesquisa e assistência na perspectiva convergente assistencial. *Texto Contexto Enferm*. 7(4):e3850017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e3850017.pdf>. Acesso em 5 ago 2020.

Lotta, G., Fernandez, M., Magri, G., Mello, C. A. de C., Tavares, D. de L. C., Haddad, J. P., Corrêa, M. G., Rocha, M., Porto, P., Schall, B., Wenham, C., & Pimenta, D. N. (2020). *A pandemia de COVID-19 e (os)as profissionais de saúde pública: uma perspectiva de gênero e raça sobre a linha de frente*. (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro, RJ, Fiocruz. Disponível em

<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-osas-profissionais-de-saude-publica-uma-perspectiva-de-genero-e-raca-sobre-a-linha-de-frente.pdf>. Acesso em 5 jan 2021.

Lotta, G. S. (2015) *Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Mariana, L. N. (2017). O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Disponível em <http://ppfh.com.br/wp-content/uploads/2018/05/tese-normalizada-VERS%C3%83O-FINALIZADA-MARIANA-NOGUEIRA.pdf>. Acesso em 8 jan 2021.

Marques, R. de C., Silveira, A. J. T., Pimenta, D. N. (2020) A pandemia de covid-19: interseções e desafios para a história da saúde e do tempo presente. In: Reis, T. S., Souza, C. M. de, Oliveira, M. P., Lyra Júnior, A. A. de (orgs.) *Coleção história do tempo presente: volume 3* (pp. 225-249). Boa Vista, RR: Editora da UFRR.

Mendonça, M. H. M., Gondim, R., Matta, G., & Giovanella, L. (2018) Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça, M. H. M., Matta, G. C., Gondim, R., & Giovanella, L. (orgs.) *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa* (pp. 29-47). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Medeiros, S. C. da N., Fook, S. M. L. & Olinda, R. A. de (2020). Distribuição e autocorrelação espacial dos casos de drogas ilícitas em um município do agreste nordestino. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 12, e7891210903, 2020.

Disponível em

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/10903/9681/146263#:~:text=Dos%202.834%20casos%20avaliados%2C%201.160,CG%20do%20Instituto%20de%20Pol%C3%ADcia>. Acesso em 01 dez. 2020.

Medeiros, S. C. da N., Fook, S. M. L. & Olinda, R. A. de, Souza, M. S. R. de. (2020). Vulnerabilidade social no município de Campina Grande. *International Journal of Development Research*, 10, (11), 42116-42118. Disponível em <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/20459.pdf>. Acesso em 10 dez. 2020.

Medeiros, R. R. de. (2020). Uso de técnicas de geoprocessamento no mapeamento das ocorrências de violência doméstica no espaço urbano de Campina Grande-PB [manuscrito]. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Geografia). Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Educação, 2020. Disponível em http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/22236/2/TCC_Redy%20%20Rocha%20de%20Medeiros.pdf. Acesso em 8 dez. 2020.

Moraes, R. D. de. (2015) Trabalho e emancipação: um olhar da Psicodinâmica do Trabalho. In: Moraes, R. D. de, & Vasconcelos, A. C, L. (orgs.). *Trabalho e emancipação: a potência da escuta clínica* (pp. 61-69). Curitiba: Juruá.

Morosini, M. V., Fonseca, A. F., Nogueira, M. L., Borges, C. F., Morel, C. M., Vieira, M., & Chinneli, F. (2020, julho). Nota técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. Observatório Covid-19. Fiocruz: Rio de Janeiro. Disponível em https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42355/2/nota_tecnica_acs_poli.pdf. Acesso em 01 dez. 2020.

Morosini, M. V., Fonseca, A. F. (2018) Configurações do trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: Mendonça, M. H. M., Matta, G. C., Gondim, R. & Giovanella, L. (orgs.) *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa* (pp. 369-406). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Nogueira, M. L. (2019, setembro) Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saude Soc.*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 309-323. Disponível em

<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v28n3/1984-0470-sausoc-28-03-309.pdf> Acesso em 01 abr. 2020.

Oliveira, A. E. C. de, Lima, I. M. B. de, Nascimento, J. A. do, Coelho, H. F. C., Santos, S. R. dos. (2016, abril-junho) Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 212-218. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00212.pdf> Acesso em 18 set 2020.

Paulino, M., & Dumas-Diniz, R. (2020). Intervenção psicológica com profissionais de saúde: promover a segurança e evitar o burnout. In: Paulino, M., & Dumas-Diniz, R. (orgs.) *A Psicologia da Pandemia: compreender e enfrentar a Covid-19* (pp. 93-201). Lisboa, Portugal: Pactor.

Quirino, T. R. L., Silva, N. R. B. da, Machado, M. F., Souza, C. D. F. de, Lima, L. F. S. de, & Azevedo, C. C. (2020). O trabalho do agente comunitário de saúde frente à pandemia de covid-19. *Rev. Port. Saúde e Sociedade*. 5(1): 1299-1314. <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/10406/7481>. Acesso em 18 jan 2021.

Riquinho, D. L., Pellini, T., V., Ramos, D. T., Silveira, M. R., & Santos, V. C. F. dos. (2018, abril) O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163-182. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00086.pdf>. Acesso em 01 abr. 2020.

Santos, A. C. dos, Hoppe, A. dos S, & Krug, S. B. F. (2018) Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280403, 1

<https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n4/0103-7331-physis-28-04-e280403.pdf>. Acesso em 12 jul 2020.

<https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n4/0103-7331-physis-28-04-e280403.pdf>. Acesso em 12 jul 2020.

Silva, D. F. O., Cobucci, R. N., Andrade, F. B. de, Soares-Rachetti, V. de P., & Lima, S. C. V. C. (2021, fevereiro). Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.26, no.2. Rio de Janeiro.

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v26n2/1413-8123-csc-26-02-693.pdf> Acesso em 18 fev 2021.

Silva, R. V. S., Deusdedit-Júnior, M., & Batista, M. A. (2015). A relação entre reconhecimento, trabalho e saúde sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho e da Clínica da Atividade: debates em psicologia do trabalho. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 415-427. Recuperado em 16 de novembro de 2020, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a10.pdf>

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a10.pdf>

Silva, T. I. M., Cavalcante, R. B., Santos, R. C, dos, Gontijo, T. L., Guimarães, E. A. de A., & Oliveira, V. C. de. (2018). Difusão da inovação e-SUS Atenção Básica em Equipes de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2945-2952.

https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/pt_0034-7167-reben-71-06-2945.pdf. Acesso em 14 ago 2020.

Simas, P. R. P., & Pinto, I. C. de M. (2017, junho) Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 22 (6).

<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n6/1865-1876/pt/>. Acesso em 2 ago 2020.

Siqueira, M. V. S. (2013) Autonomia. In: Vieira, F. de O., Mendes, A. M., & Merlo, Á. R. C. (orgs.) *Dicionário crítico de gestão e Psicodinâmica do Trabalho* (pp. 61-64).

Curitiba: Juruá.

Siqueira-Batista, R., Gomes, A. P., Motta, L. C. de S., Rennó, L., Lopes, T. C., Miyadahira, R., Vidal, S. V., & Cotta, R. M. M. (2015) (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.1, p.113-128. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2015.v24n1/113-128> Acesso em 02 abr 2020.

Souza, T. P. de, & Oliveira, P. A. B. (2019) Quem somos nós? A identidade não tão secreta dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Espaço para a Saúde*, Curitiba/PR, v. 20, n. 1. Disponível em

<http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/624/pdf>

Acesso em 1 abr 2020.

Souza, T. P. de P., Oliveira, A. B. (2019, julho). Quem somos nós? A identidade não tão secreta dos agentes comunitários de saúde. *Rev Espaço para a Saúde*. 20(1):19-28.

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/199774/001100836.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 5 jan 2021.

Vicente, M., & Gomes, E. J. (2020). Covid- 19: uma nova pandemia, uma nova era? .

In: Paulino, M., & Dumas-Diniz, R. (orgs.) *A Psicologia da Pandemia: compreender e enfrentar a Covid-19* (pp. 1-16). Lisboa, Portugal: Pactor.

Vieira-Meyer, A. P. G. F., Morais, A. P. P., Campelo, I. L. B., & Guimarães, J. M. X. (2021, fevereiro). Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.26, no.2. Rio de Janeiro. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v26n2/1413-8123-csc-26-02-657.pdf> Acesso em 12 fev 2021.

Yin, R. K. (2016) *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso.

3. CAPÍTULO 2 - “O VÍRUS TÁ PERTO DA GENTE”: MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PERPASSADA PELA COVID-19

Resumo: O artigo é um estudo qualitativo que objetivou conhecer a mobilização subjetiva no trabalho dos agentes comunitários de saúde, as relações intersubjetivas, a cooperação e solidariedade nesse processo, inclusive durante a pandemia de covid-19. Foi utilizada escuta coletiva com sete agentes comunitárias, método proposto pela Psicodinâmica do Trabalho. Após análise, emergiram quatro categorias: relação com a comunidade; relação com a equipe; solidariedade e cooperação; inteligência astuciosa e reconhecimento. As relações intersubjetivas entre as ACS ocorrem com os pares, a coordenação e a comunidade. Falta-lhes um espaço de escuta qualificada. As ACS se utilizam da criatividade e da astúcia para conseguirem dar conta das demandas e da imprevisibilidade do trabalho. Recorrem à TV e internet em busca das informações para minimizar o déficit de educação permanente, inclusive durante a pandemia de covid-19. O reconhecimento se dá pelos pares e por usuários, quando as demandas são atendidas. A cooperação e solidariedade são presentes entre os pares, na forma de subgrupos. Houve falta de solidariedade com as profissionais contaminadas por covid-19, mas prevalece a cooperação e utilizam a inteligência criativa para dar conta das demandas impostas pela covid-19.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde; covid-19; pandemia; mobilização subjetiva; atenção básica.

***“The virus is close to us”*: Subjective mobilization of the work of the community health agent affected by the covid-19**

Abstract: The article is a qualitative study that aimed to know the subjective mobilization in the work of community health agents, intersubjective relationships, cooperation and solidarity in this process, including during the covid-19 pandemic. Collective listening was used with seven community agents, a method proposed by Psychodynamics of Work. After analysis, four categories emerged: relationship with the community; relationship with the team; solidarity and cooperation; cunning intelligence and recognition. The intersubjective relationships between the CHA occur with peers, coordination and the community. They lack a space for qualified listening. ACS use creativity and cunning to be able to cope with the demands and unpredictability of work. They resort to TV and the internet in search of information to minimize the deficit in permanent education, including during the covid-19 pandemic. Recognition is given by peers and users, when demands are met. Cooperation and solidarity are present among peers, in the form of subgroups. There was a lack of solidarity with professionals infected by covid-19, but cooperation prevails and they use creative intelligence to meet the demands imposed by covid-19.

Keywords: Community health workers; Covid-19; pandemic; subjective mobilization; basic attention.

3.1. Introdução

A mobilização subjetiva é um processo intersubjetivo composto por quatro dimensões indissociáveis: inteligência prática, espaço de discussão coletiva, cooperação e reconhecimento (Dejours, 2011). Essa mobilização emerge quando os trabalhadores agem no sentido de subverter os efeitos prejudiciais da organização do trabalho, negociando, pressionando e se apropriando das regras de um coletivo de trabalho ou rejeitando-as (Amaral, Mendes e Facas, 2019).

Para Psicodinâmica do Trabalho (PDT), é no processo intersubjetivo que são produzidas as significações psíquicas e construções sociais no trabalho (Dejours, 2011). Esse aspecto é determinante para compreender os modos compartilhados de sentir e agir dos trabalhadores, as vivências de sofrimento resultantes da interação do sujeito com o trabalho e as possibilidades de ressignificação destas vivências (Facas, 2013).

Nesse contexto, a cooperação se refere à “vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho” (Dejours, 2011, p. 80). A deontologia do fazer tem estreita relação com a cooperação no trabalho. É o fazer junto, o trabalhar junto, conseguir produzir junto, sentir junto, conviver. Para Dejours (2012a), os indivíduos se engajam na deontologia do fazer, despertam para a vontade de trabalhar junto, esperando obter resultados no registro da proteção de si e da realização de si mesmo. É um processo intersubjetivo e intrasubjetivo.

Daí a importância das relações intersubjetivas para a clínica do trabalho, a compreensão da subjetividade do outro, a escuta e um espaço de fala, onde se valoriza a experiência e o trabalho real, pois a inteligência é potencializada pela fala, pela escuta, pela troca entre pares (Moraes, 2015). Além da cooperação, a solidariedade exerce um

papel importante na mobilização subjetiva, no engajamento no trabalho e na saúde mental do trabalhador, tendo em vista que “quando se está só, abandonado pelos demais, é psicologicamente mais difícil suportar a injustiça do que quando se conta com a cumplicidade, apoio e acolhimento dos colegas” (Dejours, 2011).

Além dos aspectos já citados, para que o trabalho funcione, é necessário reajustar as prescrições e desenvolver a organização do trabalho efetivo, o trabalho real, que tem o engajamento subjetivo e a inventividade do trabalhador em adaptar o trabalho prescrito à sua forma peculiar de desenvolver as normas e técnicas, adaptando-as. “Trabalhar é descobrir as origens do problema, encontrar uma solução possível” (Dejours, 2012a, p. 40). O trabalho real mobiliza a inteligência astuciosa, que permite o improviso, a inventividade, a busca de soluções. “Por trás da mobilização subjetiva, há a busca de identidade, pois o sujeito não quer só executar a tarefa – quer dar vida ao trabalho, deixar sua marca” (Mendes e Duarte, 2013, p. 261).

Por vezes o empenho do trabalhador é reconhecido e isso gera prazer no trabalho. “A mobilização subjetiva depende da dinâmica entre contribuição e retribuição” (Dejours, 2012b, p. 105). Essa retribuição, para a PDT, é de natureza simbólica, através do reconhecimento, que pode ser no sentido de constatação ou de gratidão. Também pode ser por parte dos pares, da comunidade, ou dos superiores hierárquicos (Dejours, 2012b). Esse reconhecimento pode transformar o sofrimento no trabalho em prazer.

Esta psicodinâmica do trabalho se efetiva nos mais variados ramos de atividades e aqui será abordada no contexto da área da saúde, precisamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no cerne da atenção básica em saúde no Brasil, que é a porta de entrada no sistema. Muitas vezes as Unidades Básicas funcionam em área de alta vulnerabilidade social, com recursos insuficientes para dar conta das demandas da comunidade e o agente comunitário de saúde (ACS), por ser da comunidade e frequentar

as residências dos usuários, é o profissional de saúde que melhor conhece a realidade da área. São os ACS que buscam dar conta das demandas e que enfrentam os gargalos do sistema com vistas à resolutividade das ações. Eles/as se ajustam e criam alternativas para tentar sanar a falta de treinamento, de EPI's, ou de recursos adequados para desenvolver com eficácia as atividades. Enfrentam cotidianamente a heterogeneidade de relações subjetivas com usuários, colegas e coordenadores. Esses profissionais adaptam as regras de trabalho impostas pelo Ministério da Saúde e gestores, à realidade dos usuários e às suas possibilidades técnicas, subjetivas e financeiras.

O cenário do trabalho dos ACS se tornou ainda mais desafiador e enigmático, requerendo inventividade e astúcia, necessidade de cooperação e solidariedade, com a situação de emergência em virtude da pandemia de covid-19, declarada pela Organização Mundial de Saúde, em 11 de março de 2020. A síndrome respiratória aguda grave (SRAG), causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), teve os primeiros casos registrados em 2019, em Wuhan, na China (Valladares-Torres e Lago, 2020). Até 8 de fevereiro de 2021, o Brasil, já apresentava 9.548.079 de contaminados, dos quais 232.170 não sobreviveram (Brasil, 2021).

Com o advento da pandemia, houve transformação nas relações intersubjetivas dos ACS, estigmatização e comprometimento da solidariedade, em virtude do medo de contrair a doença. A covid-19 acirrou problemas já existentes, como precarização do trabalho, falta de reconhecimento profissional, assédio moral, problemas de saúde mental, além das represálias que o ACS sofre pelas falhas do sistema de saúde, tornando-se bode expiatório das queixas de pacientes e seus familiares (Stevanim, 2020). Além disso, a doença não impacta a todos igualmente. Varia a partir de categorias profissionais, gênero, raça, renda, dentre outros aspectos subjetivos (Peres, 2020; Lotta *et. al.*, 2020).

Nesse contexto, através de escuta coletiva presencial de um grupo de agentes comunitárias de Campina Grande, na Paraíba, foi lhes dada a oportunidade de refletir sobre essas questões que as angustiavam, culminando na produção desse artigo que buscou conhecer um pouco sobre a mobilização subjetiva dos ACS em torno do trabalho, como se transformaram durante a pandemia de covid-19, bem como a solidariedade, cooperação e astúcia nesse processo.

3.2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa (Yin, 2016) realizada em Campina Grande, na Paraíba. Os participantes da pesquisa foram 7 agentes comunitárias de saúde. Participaram as ACS que se dispuseram a contribuir na pesquisa e que acumulavam mais de três anos de atuação profissional.

Utilizou-se de encontros de discussão coletiva presencial com as trabalhadoras, método proposto pela Psicodinâmica do Trabalho. Para esta abordagem, o coletivo do trabalho é um espaço público onde ocorre a livre circulação da palavra, se estabelecem relações de confiança, se constroem normas e valores que se estabilizam sobre a forma de regras. (Dejours, 2011).

Para a coleta de dados, foram realizados 5 encontros de discussão coletiva com as ACS, com duração média de uma hora e meia, registrados através da gravação de áudio. Ao final, um último encontro foi realizado para devolutiva e validação, em julho de 2020. Na ocasião, foram apresentados os dados da pesquisa e elas foram se posicionando a respeito de cada item, avaliando a própria prática profissional, tomando consciência e resignificando-a, processo chamado pela PDT de perlaboração, que “transforma a relação subjetiva dos trabalhadores quanto ao seu próprio trabalho”, pois a pesquisa revela

uma realidade pelo próprio processo de interpretação do discurso (Dejours, 2011, p. 107). Na ocasião, além de validar os dados, as ACS relataram dificuldades e angústias vivenciadas durante os quatro primeiros meses da pandemia de covid-19.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o CAEE 61134116.5.0000.5187.

3.3. Resultados e discussão

Os sujeitos participantes apresentam dois perfis distintos, um grupo veterano, com mais tempo de experiência e menos escolaridade; um grupo mais jovem, dinâmico e proativo, porém mais heterogêneo. Todas são do sexo feminino e ingressaram através de concurso público. A faixa etária vai de 30 a 53 anos, perfazendo uma idade média de 43,71 anos.

Após a análise dos dados, emergiram quatro categorias: relação com a comunidade; relação com a equipe; solidariedade e cooperação; inteligência astuciosa e reconhecimento.

1) Relação com a comunidade

A essência do trabalho do ACS é o contato com a comunidade, já que dentre as diversas prescrições do seu trabalho, muitas delas envolvem o acolhimento e acompanhamento dos usuários em seu domicílio. As ACS relatam que a relação com os usuários é importante e auxilia na boa execução do trabalho. Reiteradamente aludem essa relação como um elo de confiança e detalham como ocorre sua mediação entre usuário e equipe na rotina de trabalho: *“O elo com a comunidade é tão forte que às vezes dizem pra*

gente o problema e não dizem pros médicos. Aí a gente vai intermediar. Adolescente, tem a primeira relação, diz pra gente”. (ACS4)

Pela fala, a ACS externaliza o quanto sua atividade é importante para a atenção à saúde dos usuários, já que em sua prática consegue ir além do que é previsto em termos técnicos. A relação profissional se entremeia com questões subjetivas e afetivas dos usuários, possibilitando ter um conhecimento mais aprofundado das demandas de saúde/doença.

Para elas, a boa relação com os usuários é fundamental para eficácia do trabalho. Em seus relatos e comportamentos, as agentes mostram afeto e vinculação: *“O agente comunitário tem que trabalhar com amor. Se for indiferente, não conquista a área, nem as pessoas. Não vai ser bem recebida na casa. Você se torna uma pessoa bem familiar dos usuários”.* (ACS7)

Por outro lado, percebem-se ambivalências na relação entre as ACS e a comunidade. A boa relação, a satisfação dos usuários com o ACS, é muito pautada pela resolutividade e eficácia do Serviço no atendimento às demandas: *“Se a gente consegue o que eles querem, botam a gente lá pra cima. A partir do momento que você dá o primeiro ‘não’, lhe escolhambam dos piores nomes”.* (ACS4)

Os usuários agradecem e tratam bem as ACS quando conseguem resolver seus problemas de saúde, mas todo o processo de atenção envolve uma série de atos e ações. Há todo um esforço despendido, que eles não compreendem, pois quando não conseguem solucionar as demandas, acabam por hostilizar a ACS.

Este constrangimento enfrentado pelas ACS está relacionado a uma das características do seu fazer, que é a resolutividade do serviço. Como ficam na linha de frente do contato com a comunidade, são elas que na maioria das vezes recebem as reclamações dos usuários e são tidas como bode expiatório das falhas do sistema de saúde:

“Eles cobram, culpam. Os abacaxis da equipe quem levam é a gente, que tá na porta: ‘A gente marca pra médica, chega lá, ela não tá. Pra que visita de vocês? Vocês ganham com a cara, não fazem nada’.” (ACS6)

O enfrentamento deste constrangimento afeta a subjetividade das ACS. Elas tentam amenizar a insatisfação do usuário com o Serviço e demais profissionais, mesmo sendo alvo de hostilidade, ao mesmo tempo que precisam manejar a queixa e tentar sair da figura de bode expiatório, para não deteriorar sua relação com os usuários. Por ser a porta-voz das ações em saúde, que envolvem a gestão, os profissionais e toda a engrenagem burocrática do serviço, as ACS vivem estas situações que afetam o seu fazer objetivo. Ter que comunicar as decisões do Serviço aos usuários, nem sempre favoráveis, mobiliza sua subjetividade, pois precisam demonstrar empatia e controle emocional.

Ainda sobre a experiência de viver e trabalhar na comunidade, as ACS mostram como os usuários misturam vida pessoal e profissional das mesmas, demandando-as em suas residências, fora de dias e horários de trabalho: *“Chama a gente que é uma beleza”*. (ACS2); *“Na hora de almoço...”* (ACS7); *“Ontem foi uma pessoa na minha porta pedir orientações 10 da noite”*. (ACS4)

Essas falas mostram que o trabalho não se encerra quando a ACS sai da Unidade de Saúde ou da residência do usuário. Por ser uma profissional que mora na comunidade, o trabalho das ACS tem um caráter intermitente, já que as pessoas que são alvos do seu fazer estão próximas e as carências são diversas. Sua atividade ultrapassa as prescrições. Recusar dar atenção ao usuário, mesmo fora do horário normal de trabalho, vai contra a uma das regras do trabalho da ACS, que é ajudar as pessoas.

Outro elemento apontado pelas ACS é sobre as diversas subjetividades e contextos encontrados na comunidade. Esta heterogeneidade pode trazer constrangimentos para o trabalho das ACS, que precisam lidar com as diversas características pessoais dos

usuários de sua área. Na atividade, vão fazendo a gestão destas variabilidades humanas e adaptando a prática à cada caso: *“Tem gente chata, gente boa, arrogante, irritante; tem aquele que escolhamba, tem aquele que quer até que você more com ele”*. (ACS2)

A fala mostra a complexidade que é o trabalhar da ACS, pois não envolve somente os aspectos técnicos, mas lidar com aspectos humanos (subjetivo e social), que são difíceis de serem previstos. Por isso, a ACS2 afirma que na prática *“Você tem que ir vivendo e aprendendo, de acordo com o que as pessoas são”*. Como afirma Dejours, *“não há trabalho de produção de qualidade sem trabalho de remanejamento da organização psíquica”* (2012a, p. 200).

A mobilização subjetiva das ACS na atividade exige, portanto, o enfrentamento de situações da organização do trabalho: contatos, relações, trocas com o pessoal da equipe e com os usuários, bem como aspectos das condições de trabalho. Trabalhar é enfrentar situações inusitadas e saber lidar com elas sem desestabilizar a si e aos usuários.

Para a comunicação com os usuários, as ACS desenvolvem um jogo de cintura, no campo da engenhosidade do trabalho, que facilita o contato e serem aceitas no território. Por morar na comunidade, conhecer o usuário em seu cotidiano, compartilhar o mesmo vocabulário, os espaços públicos comuns, percebe-se na fala das ACS a habilidade em falar de forma empática e ser entendida pelo usuário.

Tenho um usuário que eu sentava, o gabiru passava. Imagina eu correr ‘ai meu Deus, que nojo’. ‘Mulher, tem que tratar. Coloca um remédio, uma ratoeira, um negócio.’ Se você for besta, tiver nojo, não for do povão, não trabalha. (ACS2)

A ACS, portanto, consegue fazer seu trabalho diante de situações que são inimagináveis em qualquer prescrição do trabalho para um profissional da saúde. Suas regras de trabalho envolvem aspectos subjetivos, como se colocar no lugar do outro, usar

uma linguagem coloquial, que o usuário entenda, além de dominar seus afetos, suas emoções e medos, como na situação descrita.

O caráter híbrido do trabalho do ACS exige a inclusão de habilidades que permitam ao profissional lidar com a imprevisibilidade do cotidiano (Santos, 2019). Nesse contexto, o ACS é um trabalhador que possui um desenvolvimento multilateral em todos os seus aspectos: físico, intelectual, prático, político, ético e estético (Lima, 2016).

Conforme analisam Pinto, Palácio, Lôbo & Jorge (2017), o vínculo afetivo entre as pessoas favorece as práticas educativas na comunidade, levando os usuários a compreenderem melhor seus direitos e deveres, estimulando a conquista da cidadania.

2) Relação com a equipe

As ACS relatam algumas barreiras entre o restante da equipe e elas. Ao falarem sobre as falhas de comunicação, elas fazem uma metáfora com um trem e reclamam da falta de escuta na equipe:

O ouvir falta muito. Um trem não precisa dos trilhos? A gente é como os trilhos para poder levar esse posto. Se um deles entortou, bagunçou os outros, derrubou o trem. (ACS4)

Tem que ter uma fala só. Porque eu vou na área: 'Segunda feira é dia de criança'. Quando o usuário chega na Unidade, 'não, criança foi ontem'. 'Tu não disse que era hoje à mim?' (ACS2)

*Desmancha o que a gente faz na área. Não se **escuta** as pessoas.* (ACS3)

Como lembra Dejours, “o milagre da palavra produz-se apenas quando frente à palavra viva há uma escuta. (...) A palavra pode ser seguida de um efeito, levar a uma ação, favorecer um consenso, aproximar pontos de vista, permitir uma decisão

conveniente” (2012b, p. 177-178). Pelos desabafos durante os encontros, a comunicação entre o restante da equipe e elas se dá de forma verticalizada, sem a equidade aludida por Dejours, suscitando inclusive situações de assédio moral e diferença no tratamento, privilegiando uns em detrimento de outros:

Tem funcionário que trata você com indiferença e superioridade. Tem delas que grita, na frente de todo mundo. Trabalhar em equipe, cada um tem sua função. Não precisa pisar. Pra ser chefe, você tem que saber SER chefe, conversar, distribuir as coisas. (ACS6)

Essa relação verticalizada, focada na hierarquia, pouco flexível, leva a uma rotina rígida, que acaba por dificultar e comprometer a resolução dos problemas dos usuários.

A gente quer ajudar a comunidade, mas quando vem para tentar intermediar uma coisa que é mais grave, ‘só um minuto, aguarda aí, espera aí’. (ACS4)

Às vezes a gente fica a manhã todinha esperando pra poder levar uma resposta para o usuário. A gente tem que esperar sempre. (ACS1)

Para a PDT, idealmente a coordenação deve ter uma função de arbitragem. Não de exercer o poder, mas ouvir os outros: “A autoridade, sob a lupa da clínica do trabalho, aparece como o fruto de uma negociação na qual a argumentação, a persuasão, a discussão, a contestação, a demonstração tem seu lugar garantido” (Dejours, 2012b, p. 147). Não é a realidade da relação entre coordenação e ACS na amostra pesquisada.

Além da dificuldade de serem ouvidas, de terem um tempo e espaço para compartilharem as demandas da comunidade, elas ainda se sentem sem credibilidade perante o resto da equipe. Talvez pela relação hierárquica, elas relatam não se sentirem à vontade para externalizar as angústias fora do círculo profissional das ACS: “A gente se

sente mais à vontade para falar o que está sentindo.... Nós aqui, somos amigas. Às vezes com uma profissional...” (ACS2); *“Vai ser criticado, né?”* (ACS4).

A falta de um espaço de discussão democrático pode ocasionar sofrimento às ACS. Mas este sofrimento é amenizado pelas relações intersubjetivas entre elas. O viver junto contribui para enfrentar as situações adversas do trabalho. Outro fator que se evidenciou ao longo dos encontros e que aumenta o abismo comunicacional entre as ACS e o resto da equipe, é que não há encontros informais entre elas. *“Quando fala ‘confraternização’, ninguém vai. Todo mundo bota uma dificuldade”*. (ACS1); *“Faz uns três anos que eu não vou mais. E não tem quem faça”*. (ACS2); *“É muita falsidade nessas confraternizações”*. (ACS4)

Pelo desabafo das ACS, a relação de trabalho com o restante da equipe se desgastou tanto que já comprometeu os encontros informais que haviam entre elas. Como o espaço de deliberação inclui a articulação entre os ambientes formais e informais (Dejours, 2012b), o fato de só haver um deles, formal e verticalizado, parece ser uma barreira para emancipação do trabalho e melhoria das relações entre a equipe. Como os ambientes informais são mais descontraídos e fogem um pouco à hierarquia no ambiente de trabalho, podem beneficiar as relações entre as ACS e o resto da equipe. Nesse caso, as relações no ambiente de trabalho se desgastaram ao ponto de coibir encontros fora dele.

Apesar de perceber que as ACS se respeitam, nota-se alguns subgrupos, geralmente por área de atuação na comunidade ou tempo de serviço comum, numa dualidade antigos x novatos. Nesse contexto, se evidencia certos conflitos e problemas de comunicação entre as próprias ACS, perpassados ainda pelas questões de gênero:

Falo muito do trabalho, entre eu e ACS2, entre eu e ACS7. No que a gente tem dificuldade, a gente tenta se ajudar, nós três. (ACS3)

ACS8 é meio grosseiro. Ele não é muito de escutar. Você vai falar, ele que fala por você e já aumenta a voz. Aí isso até afasta um pouco, né? (ACS6)

Pela fala delas e pelo que foi observado da relação entre elas e os dois profissionais do sexo masculino, percebe-se o que a PDT já tinha constatado: a dominação das mulheres pelos homens, inclusive no ambiente de trabalho, reproduzindo as relações sociais fora dele. Inclusive os dois ACS do sexo masculino se recusaram a participar da pesquisa. Para Dejours (2011), a recusa de testemunho não é um ato neutro e pode caracterizar uma falta de equidade. Para o autor, “trabalhar é reencontrar as relações sociais e a dominação, pois o trabalho não se faz conhecer apenas no mundo objetivo e no mundo subjetivo, se revela também no mundo social”. (Dejours, 2012a, p. 183).

Mesmo incipiente e perpassados pelas questões de gênero, os espaços de interação em pequenos grupos ajudam a compartilhar experiências do trabalho real e dão o suporte social que as ACS necessitam para lidar com o restante da equipe, com os usuários e com as dificuldades do trabalho. Além disso, durante a pesquisa, a coesão, sensação de pertencimento e identidade grupal, foram se fortalecendo. Elas relatam de forma positiva a experiência:

Foi bom, até pra gente saber os problemas das outras, o que elas acham. A gente só conversava informalmente, em duplas, mas não coletivamente. (ACS1)

No coletivo, não. Geralmente temos alguém que falamos mais, da mesma área, da mesma equipe. Mas coletivo, não. Acho que deixou a gente à vontade, né? Pra falar. DESABAFAR. Tanta coisa às vezes guardado... (ACS2)

É um momento da gente se esvaziar. Porque motivo pra criticar, tem muitos. Mas para ouvir, são pouquíssimas pessoas que tira um tempo pra isso. (ACS4)

O espaço da fala é privilegiado na metodologia da PDT. A inteligência é potencializada pela fala, pela escuta, pela troca entre pares. Conforme Dejours (2011), é pela linguagem que a experiência vivenciada do trabalho pode ser desfrutada pelos membros do coletivo de trabalhadores e incorporada no dia a dia do trabalho real. Através do espaço de deliberação, fala-se sobre o real do trabalho, socializa dificuldades e alternativas, fortalecendo a cooperação (Moraes, 2015).

3) Solidariedade e cooperação

Ao longo dos encontros com o coletivo de ACS, em vários momentos emergiram relatos de solidariedade e cooperação entre as profissionais.

No que a gente tem dificuldade, tenta se ajudar. Vejo que ela tá fazendo um negócio que dá certo, vou lá, peço, pergunto, vejo como ela tá fazendo. (ACS3)

A mudança de área, eu fiz uma historinha pra ela: quem não vem, quem dá trabalho, quem é chato, quem gosta de vim, quem trata bem. Quando faz uma coisa que dá certo, compartilha informações, ajuda. (ACS2)

Entre os agentes de saúde, tem. Essa aqui fez um modelinho de ficha, uma vez. Essa outra copiou. A gente sempre tá acrescentando uma à outra. (ACS4)

Como foi possível perceber ao longo da pesquisa, a cooperação entre pares faz parte do cotidiano das ACS, fortalecendo o elo entre elas e contribuindo para melhorar o processo de trabalho. Essa cooperação evidenciou-se ainda mais durante a pandemia de covid-19. As ACS consideradas grupos de risco foram afastadas do trabalho, e as que permaneceram, ficaram sobrecarregadas, tiveram que dar conta das demandas, adequarem os processos de trabalho, pensarem entre si formas de se ajudarem e se protegerem. Elas não tiveram treinamento ou qualquer suporte técnico, logístico, médico

ou psicológico durante a pandemia, mesmo estando “na linha de frente” como ressaltou a ACS 5 durante a sessão de validação dos dados.

É muito traumático e conflitante. Quando a gente vê um amigo de trabalho se contaminar, pensa: ‘é ela hoje, amanhã pode ser eu’. O que tá acontecendo tá deixando, principalmente nós, que somos linha de frente, que vamos na casa das pessoas... Me deixou preocupada, nervosa, a ponto de não dormir direito, de acordar de madrugada pensando. Causou e me causa ainda muito sofrimento.

Como se verifica pela fala de ACS 5, o medo de realizar as atividades é devido a possibilidade de contaminação com os contatos realizados nas áreas adscritas. Antes da pandemia, uma das maiores fontes de medo e sofrimento relatados pelas ACS era a violência na área, de alta vulnerabilidade e de tráfico de drogas:

Tem área que você entra, tá aquela rodinha usando droga. Você entra com medo, porque tá arriscando sua vida. Não ando mais com celular, porque já perdi dois.

Roubam para pagar droga. A gente não tem segurança. (ACS6)

Acontece assalto, de pessoas andarem com revólver. A gente tem medo em entrar em casa que tem pessoas novatas, principalmente quando tem uma pessoa só, um homem, dentro da casa. (ACS2)

Entro na casa deles, estão lá dividindo as drogas, os roubos. E fazem isso naturalmente, na minha frente. (ACS3)

Pode acontecer uma queima de arquivo, de um matar o outro e a gente tá passando na hora. Quantas vezes entrei naquele beco toda trêmula por que tinham matado um? Vendo a hora uma revanche e eu ali dentro. (ACS 4)

Após a pandemia, o medo, que era da violência, deu lugar ao medo do desconhecido, de uma imprevisibilidade ainda maior diante de uma doença nova, da qual pouco se sabe. Temem contaminarem a si, a família ou até morrerem:

Fiquei preocupada quando eu peguei o exame e vi 'positivo'. Eu disse 'Meu Deus, como vou pra casa? Vou pegar um ônibus? Tô com uma doença que mata e eu posso passar para outra pessoa' Fiquei tão triste, sentada lá na UPA, pensando. 'Eu não posso ir a pé porque é longe; se eu for de ônibus, é muita gente lá dentro'.

Fiquei com medo de passar pro povo. (ACS2)

*Esse vírus veio para modificar muitos pensamentos. É como se dissesse 'eita, o vírus tá perto da gente'. É mais difícil quando alguém tá tendo contato bem pertinho de você: 'Eita, será que eu me contaminei?' Aí **eu tenho medo.*** (ACS4)

*A gente trabalha, mas com medo, se sente vulnerável. Isso me causa aflição. O que pode acontecer com a gente? E o que já aconteceu com muitos amigos nossos? Aqui já teve positivo muitas pessoas. Pra algumas, pode passar despercebido, mas pra outras, pode vim a morte. **É um medo constante.*** (ACS5)

Nas falas anteriores, o medo é o elemento central em face do receio em contrair o vírus da covid-19. Entretanto, o medo não as paralisa, já que tem que realizar o serviço e atender adequadamente a população. Para tanto, passaram a adotar determinadas estratégias que lhes possibilitam continuar trabalhando. Elas relataram estratégias que tem utilizado para ajudarem-se mutuamente durante a pandemia de covid-19:

Essa semana já fui duas vezes para a área. Aí como tinha exames da área das meninas e elas não tavam, aí eu digo 'eu vou deixar o das meninas também'. Quando ACS2 vem, se tiver exame perto da casa dela, ela deixa também. (ACS1)

A estratégia de assumir uma tarefa da outra ACS evita que a colega de trabalho se arrisque indo para a área. A PDT, por implicar uma prática onde os trabalhadores falam

do seu cotidiano de trabalho, acaba por revelar laços sociais que potencializam o engajamento no trabalho, e a partir desse viver junto, emerge a cooperação pautada na solidariedade e na confiança (Dejours, 2012b). Para Dejours, “o trabalho é o maior fator de sentido para a integração social” (2011, p. 39).

Mas, em alguns momentos, durante a pandemia da covid-19, paradoxalmente, há um abalo na solidariedade entre as ACS, bem como a piora na barreira comunicacional entre elas e o restante da equipe. Emergiram muitas queixas das ACS, de problemas já relatados ao longo da pesquisa, exatamente num momento em que elas se sentiram tão expostas, vulneráveis e fragilizadas. Segundo elas, sequer foram testadas para covid-19, salvo duas delas, que foram contaminadas pelo coronavírus e manifestaram sintomas. Uma foi testada na UPA, por conta própria, sem qualquer suporte, intervenção ou encaminhamento do Serviço. A outra, só conseguiu ser testada após intervenção da gerência de Distrito, segundo elas.

Uma das ACS que teve covid-19 relata decepção com a indiferença das colegas de trabalho quando ela informou estar doente.

Ligaram pra mim, pra ir deixar um exame. Eu disse no grupo (do zap): ‘Não posso ir, que tô doente’. ACS3, que estava com o marido com covid-19, foi a única que perguntou. Quando eu disse que não ia entregar o exame porque tava doente, ninguém se importou. (ACS2)

A ACS3, talvez por estar vivendo a mesma situação, conseguiu ser empática e foi quem realmente deu suporte à ACS2. Foi ela que insistiu para que ACS2 fosse à UPA fazer o teste e se tratasse: “*Quando eu disse a lista de sintomas que eu tava sentindo, ela disse ‘tu vai pra UPA agora.’. Ela ficou a noite todinha no celular mandando eu ir. Eu fui*”. (ACS2)

Segundo uma leitura psicodinâmica, pode-se aventar a hipótese que a “indiferença das colegas” possa ter a ver com as estratégias de defesa de negação da doença. Não se importar, não se manifestar, não se compadecer ou se solidarizar com a doença da outra, pode indicar uma atitude de não se envolver para se preservar mentalmente. O medo de adoecer, como já exposto, é presente em suas falas e, para continuar trabalhando, precisam destas estratégias de negação. O medo já está presente quando vão realizar suas atividades, nos contatos que tem, nos deslocamentos que fazem e, evitando entrar na situação de morbidade do seu grupo de pertença, é uma forma de aplacá-lo.

*Tava na área e o vizinho disse: ‘Fulano tá de cama, sentindo isso, isso e isso.’
Eram todos sintomas da doença. Passei por outra rua. Chego lá com uma máscara ‘véia’ de pano, já toda suada, não tinha álcool em gel, nem nada pra me proteger. O que é que eu ia levar pra ele? Ia era pegar a doença, também. (ACS2)*

Segundo pesquisa da Fiocruz, os ACS estão em quarto lugar dentre as categorias de saúde mais acometidas por covid-19, com o agravante que 47,1% dos ACS tem algum problema de saúde que o coloca em grupo de risco (Nogueira, 2020). Conforme Maciel, Santos, Carneiro, Souza, Prado e Teixeira. (2020), a pandemia de covid-19 demandou reorganização do processo de trabalho e dos fluxos assistenciais, e, para que o ACS continue desenvolvendo suas atividades, precisa de condições dignas de trabalho, capacitação e educação permanente, que ele já não dispunha antes. Essas lacunas já existiam no cotidiano das ACS que, somados às questões intersubjetivas já relatadas, e ao contexto da própria pandemia, que as mobiliza afetivamente, acabaram contribuindo para provocar medo nas profissionais, comprometendo suas estratégias defensivas, fazendo emergir sofrimento em suas falas.

Botei uma mensagem no grupo que eu tava me sentindo um mosquito da dengue, entrando de casa em casa transmitindo e também podendo pegar, como aconteceu. (ACS2)

É como se dissesse 'eita, o vírus tá perto da gente'. Eu tô tentando fazer a minha parte, tentando tirar... Porque fiquei uns dias com crise de ansiedade. (ACS4)

Durante a escuta, as ACS parecem alternar medo e enfrentamento diante da necessidade de trabalhar em meio a uma pandemia sem EPI, sem preparo técnico, nem suporte emocional. Falam sobre o medo da contaminação, do isolamento, do estigma, de contaminarem pessoas próximas e de morrerem.

*Tenho medo de pegar de novo e dessa vez partir. Quando penso na covid, penso na **solidão**. É horrível o que você vai passar até chegar o dia da morte. Aqueles sintomas são horríveis. É muito sofrido. (ACS2)*

Tenho mais medo de passar pra alguém, pras minhas filhas, pro marido e eles terem uma forma mais grave. Tenho medo de precisar ir pro hospital e ficar longe das minhas meninas. Medo de morrer e deixar minhas filhas, pequenas. (ACS1)

Já vi casos de gente que pegou e fica com vergonha de dizer. (ACS1)

A vergonha de dizer está relacionada ao estigma, que leva ao medo de ser discriminado, excluído e isolado ainda mais. O estigma aparece quando existe uma associação negativa entre as pessoas ou grupos que possuem certas características ou uma doença específica, como a covid-19 (Paixão, Silva, Carneiro, & Lisbôa, 2021). Através do estigma, a pessoa é vista com preconceito, rotulada, discriminada e excluída (Weide, Vicentini, Araújo, Machado, & Enumo, 2020). As epidemias com um alto número de casos e mortes relacionadas despertam a incerteza e o medo na população. Como consequência, estigma e discriminação se manifestam rapidamente, expondo as pessoas à violência, ao assédio e ao isolamento. O estigma que surge durante uma pandemia pode

exacerbar as desigualdades existentes, incluindo aquelas relacionadas à raça, status socioeconômico, ocupação, gênero, status de imigração e orientação sexual. Muitas formas de estigma e discriminação surgiram desde a identificação da covid-19, como a relacionada à trabalhadores e trabalhadoras essenciais, como profissionais de saúde. (Unaid, 2020)

A pandemia mobilizou outra questão recorrente no discurso delas: lidar com a morte. No caso da covid-19, o sofrimento foi maior, porque elas precisam lidar até com a possibilidade da própria morte, caso sejam acometidas pela doença. A devolutiva foi um momento para elas externalizarem as angústias vivenciadas durante a pandemia, especialmente as falhas na solidariedade. Algumas esconderam a doença, por medo do estigma; outras, mantiveram distanciamento para não se contaminarem e por não saberem como agir. Nesse contexto, o suporte mediado por tecnologia, favoreceu as iniciativas de cooperação e solidariedade entre algumas delas. Como explica a PDT, elas transformaram o sofrimento em exigência de superação. “Por repousar na mobilização da liberdade da vontade e em uma atividade de produção de regras (atividade deontica), a cooperação pode contribuir para cultivar o que há de mais admirável no ser humano”. (Dejours, 2012a, p. 205).

4) Inteligência astuciosa e reconhecimento

A maioria das ACS relatou não ter participado de formação antes de assumir a vaga, especialmente as que ingressaram mais recentemente na ESF: “*Assim que comecei fomos JOGADOS. A gente foi aprender o que era o trabalho de acordo com o que ia andando, fazendo a visita, se apresentando*”. (ACS2)

Mesmo quando há formação para as ACS, acaba sendo pontual, não dando conta das complexidades que surgem no cotidiano da categoria. E quando ocorre treinamento, é informal, por profissionais da própria Unidade: “*Foi imposto pelo Ministério, foi nos*

dito, ninguém nos ensinou. Eles iniciam algo novo, a gente precisa aprender, mas 'quer' nos ensinar de todo jeito. Muitas vezes utiliza profissionais da Unidade". (ACS 2)

Seus relatos vão externalizando lacunas na formação e educação permanente, tal como propõe a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que norteia a prática dos agentes comunitários de saúde e demais profissionais da ESF. “Compete às Secretarias Municipais de Saúde desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica” (Brasil, 2017).

Segundo a PNAB, a educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades, até o aprendizado que parte dos problemas e desafios no processo de trabalho. Ou seja, apesar das demandas para as ACS terem aumentado com o tempo, a maioria nem passou por processo de formação, nem curso de atualização. Essa lacuna na educação permanente evidenciou-se ainda mais durante a pandemia de covid-19: “*O treinamento foi por categoria: uma dia foi os médicos; outro dia os enfermeiros; outro, foi os técnicos... E os agentes de saúde?*” (ACS 1).

As ACS relataram que, ao contrário das demais categorias profissionais da Unidade de Saúde, além de não terem nenhum treinamento acerca da nova doença, de medidas de biossegurança, também não receberam EPI.

Contraí o vírus indo trabalhar sem equipamento de proteção individual. Fui na área dia 22 de maio. Segui o protocolo. A usuária ficou dentro da casa dela, e eu fora, depois do portão. Ela disse o que tava sentindo. Eram todos sintomas de covid. Foi a pessoa que tive contato. Coincidentemente, 12 dias depois comecei a apresentar sintomas. Fui com máscara descartável. Só isso. O álcool foi que levei, com meu dinheiro. Não tinha uma luva, não tinha nada. (ACS2)

Entrei em uma casa onde uma usuária era caso suspeito e o outra, confirmado. Só descobri no outro dia, depois que tinha chegado perto delas. Mas eu tava de máscara e elas de máscara. Aí não senti nada. (ACS 4)

Tal como aconteceu ao longo da trajetória profissional como ACS, também tiveram ônus para adquirirem EPI e produtos de higienização por conta própria:

Agorinha uma mulher fez ‘tem um álcool não, pra passar?’ Tem não. Vem não. O meu, trago aqui (mostra, tirando da bolsa). Ando pra todo canto com minha bisnaguinha. Vou ter de comprar um protetor facial. (ACS 1)

Essas máscaras que a gente tá, é comprada pela gente. É de tecido, de uso pessoal. (ACS 2)

Conforme a pesquisadora confirmou *in loco*, não havia álcool em gel ou máscara disponível na Unidade de Saúde, nem para usuários, nem para funcionários. Apesar da falta de treinamento deixá-las sem respaldo teórico e técnico para atuarem, executarem o trabalho prescrito, por outro as motiva a buscarem alternativas para desenvolverem bem a função e atenderem as demandas que surgem no trabalho real. Sobre o respaldo teórico-prático, a principal fonte de informação para elas é a mídia: “*Se hoje, muda uma vacina, ou tu assiste o jornal pra ficar sabendo, ou... Um calendário de vacina, é o jornal ou a população, porque os profissionais, aqui, eles não...*” (ACS4)

A busca da mídia e internet como suporte técnico e informacional ocorreu inclusive durante a pandemia de covid-19, porque mesmo diante de uma doença nova e com alto índice de transmissão, elas não tiveram treinamento: “*Foi feito treinamento com todos os funcionários, menos com agente de saúde. A gente se informou pela televisão, pela internet... Ninguém disse nada.*” (ACS2)

Elas são cobradas a usarem a tecnologia para dar assistência aos usuários durante a pandemia, mas não se cogitou utilizar a tecnologia para treiná-las a lidar com as demandas que a pandemia trouxe. Recorreram à mídia, internet e ao autodidatismo.

Ainda sobre o respaldo técnico, a falta de treinamento as leva a descobrir soluções na prática para atenderem as demandas. Conforme explica a PDT, é na ausência dos procedimentos conhecidos e anteriormente definidos que a ACS enfrenta o real. Para conseguir realizar o trabalho, elas recorrem à intuição e criatividade, atividades subjetivantes (Dejours, 2012a). Como a gestão e a coordenação estabelecem um trabalho prescrito que muitas vezes destoa de sua realidade, as ACS encontram sua forma peculiar de melhorarem o processo de trabalho. Para a PDT, trata-se da astúcia, a inteligência e sabedoria prática no trabalho:

No trabalho, é imperativo descobrir as origens do problema, inventar uma solução possível. Encontrar, para este problema específico, um ‘truque’, um ‘jeitinho’, ou mesmo uma ‘astúcia’. A inteligência mobilizada é uma inteligência que descobre, uma inteligência que inventa. Trata-se de uma inteligência criativa. (Dejours, 2012a, p. 40).

A astúcia está sempre presente no relato das ACS ao longo da pesquisa. O trabalho prescrito não dá conta da imprevisibilidade e de aspectos subjetivos do seu fazer cotidiano. A própria falta de equipamentos e de uma logística adequada, as leva a subverter as prescrições e criar: é o real do trabalho.

Todo mundo tá fazendo suas ‘colas’, assim (mostra relação com nomes de usuários e respectivos cartões do SUS). A gente faz para melhorar nosso trabalho. (vai folheando um caderno com anotações) (ACS4)

*Você ficou sabendo um pouco do nosso trabalho. De uma forma **real**, né? A gente vai adaptando com muita criatividade. (ACS7)*

Fiz um textinho para olhar e anotar em toda casa, para não me perder, porque às vezes pelo próprio diálogo, o paciente te atrapalha. (ACS5)

A astúcia no trabalho real surge inclusive pelas demandas do próprio serviço e a falta de treinamento para dar conta delas:

Quando vai ter reunião pra repassar o que a gente tem que fazer, já é tarde. Nós já estamos na rua, já estamos em campo, já estamos fazendo do nosso jeito. A gente não pode ficar aqui, porque nosso trabalho é visitando, é na área. (ACS2)

Durante os encontros com o coletivo, percebe-se um empenho e desvelo das ACS em tentar atender as demandas dos usuários, mesmo que não tenham a competência técnica para fazê-lo, priorizando o zelo no trabalho. Conforme Dejours, “o trabalho é o que preciso inventar e acrescentar de si mesmo às prescrições, para que funcione, estando associado ao engajamento afetivo da subjetividade” (Dejours, 2012b). “Às vezes o que está escrito, a teoria, é bem diferente da prática. A gente não segue à risca, não. Porque cada uma aqui tem uma realidade diferente”. (ACS2)

Para a PDT, “o real resiste e se manifesta sempre de uma forma que põe em xeque o querer, e é assim, pelo insucesso, que começa de fato o trabalho propriamente dito” (Dejours, 2012a, p. 177). Para suprir a falta de treinamento, as falhas de comunicação com a equipe e a gestão, à escassez de recursos, as ACS se utilizam da criatividade, da astúcia e da cooperação.

A mudança de área, pra ela, eu fiz uma historinha: quem não vem, quem dá trabalho, quem é chato, quem gosta de vim, quem trata bem... (ACS2)

Essa aqui fez um modelinho de ficha, uma vez. Essa outra copiou. As meninas disseram ‘eita, que legal, vou fazer também’. (ACS4)

A inteligência astuciosa contribuiu com a continuidade do trabalho das ACS durante a pandemia de covid-19. Elas encontraram meios para minimizar a falta de treinamento e de EPI para continuarem dando assistência aos usuários, ao mesmo tempo em que tentam se proteger de contaminação, pois não dispunham de EPI.

No primeiro mês da pandemia a gente trabalhou normalmente. Fez reunião, visitou a área. A gente tinha que tá na área e bater na porta com um pau. (ACS1)

Isso. Como a gente não podia tocar em nada, a gente levava um pauzinho com uma chave, qualquer coisa, pra tocar. (ACS2)

Relatam fazerem uso da telessaúde e de redes sociais para darem suporte aos usuários da área. Conforme esclarecem Maciel *et. al.* (2020), a telessaúde é compreendida como um sistema de prestação de serviços de saúde à distância, intermediado por tecnologias da informação e comunicação (TICs).

É não só você tá indo na área, mas mensagem, whatsapp, facebook, instagram. A gente sai respondendo, orientando as pessoas por esses meios. (ACS4)

As pessoas que têm telefone, eu coloquei no zap, porque se precisar de alguma informação... (ACS1)

Pelo exposto, percebe-se que as ACS encontram saídas criativas para a solução dos problemas que surgem na rotina profissional. Essa inteligência prática manifesta-se de forma espontânea entre os trabalhadores. Conforme Dejours (2012a), essa inteligência permite o improviso, a inventividade, a busca de soluções. Num contexto como o da Unidade em que foi realizada a pesquisa, numa área de alta vulnerabilidade, com muitas carências, demandas psicossociais e econômicas, condições precárias de trabalho, a inteligência astuciosa beneficia as profissionais no seu fazer com a comunidade, que consegue ter demandas atendidas a partir da engenhosidade das ACS, e o Serviço, que consegue melhorar um pouco o atendimento e a satisfação dos usuários.

Para que esta inteligência criativa se efetive, é preciso que seja partilhada e validada pelo coletivo de trabalhadores (Dejours, 2011). Esse aspecto precisa melhorar, porque a partilha ainda ocorre em subgrupos. Não há um espaço e tempo destinados às trocas. Isso se deve à escuta deficiente entre ACS e demais membros da equipe.

Além da escassez da escuta, mesmo com todo empenho e inventividade, nem sempre a ACS tem seu trabalho reconhecido. Quando há reconhecimento, geralmente é pelos pares e pela comunidade: *“Já foi valorizado e reconhecido. De uns tempos pra cá, agente de saúde e nada é a mesma coisa. O trabalho da gente só vale o salário mesmo, porque o resto...”* (ACS3)

Evidencia-se na fala das ACS o reconhecimento por gratidão, pela contribuição dos trabalhadores à organização do trabalho (Dejours, 2011). *“A gente não é desvalorizado pela população em geral, não. Tenho pessoas na área que valoriza, que precisa da minha orientação. As mais carentes”*. (ACS1)

A PDT distingue, no processo de reconhecimento do trabalho, o julgamento de utilidade, vertical, realizado pelos superiores hierárquicos e clientes, e o julgamento de estética, horizontal, realizado pelos pares, pelos colegas, pelos membros da equipe, ou da comunidade (Dejours, 2021b). Nesta pesquisa, as ACS não relataram reconhecimento por parte da coordenação, só reconhecimento pelos pares e pela comunidade: *“Nosso trabalho é valorizado entre nós mesmos, porque o que eu faço, elas fazem. A gente sabe da luta de cada uma. Aí a gente valoriza. Mas o resto da equipe, acho que não”*. (ACS7)

A falta de reconhecimento e de escuta qualificada pode comprometer o engajamento das ACS no trabalho. Essa carência de escuta e partilha evidenciou-se após vivenciarem a experiência de escuta coletiva, num processo que a PDT chama de perlaboração, quando é propiciada a reintegração, pelo sujeito, da sua história no trabalho.

A ACS parte do lembrar para reescrever uma história à medida que vai falando, partilhando e reconstruindo um significado (Dejours, 2011):

É bom conversar. Falar o que tem vontade, sem tá restringindo, com cuidado no que vai falar. Tenho 11 anos de escutar os outros. E de repente chegou alguém e parou para me escutar, não pra apontar meus erros, nem me reprimir. (ACS2)

Esses momentos são bons. A gente fica cheia de perna, se achando importante. A gente se valoriza quando alguém escuta. (ACS7)

Pra você foi o seu trabalho. Pra gente, foi alguém que nos escutou, foi a vivência de cada uma. Foi a troca de experiências até entre nós, amigas. Foi a gente ouvir também o sofrimento, a demanda, de cada uma. (ACS6)

Durante a validação, mesmo sem a proposta da pesquisa ser de intervenção, percebeu-se uma transformação e fortalecimento dos laços sociais entre as ACS, promovendo uma ação transformadora entre elas e o trabalho. A pesquisa as estimulou a pensar e falar sobre o trabalho e, a partir da devolutiva, ao tomaram conhecimento dos dados e do poder transformador através de suas ações cotidianas da inteligência criativa, sentiram-se mais empoderadas em seu agir sobre o trabalho, ficaram estimuladas em se engajar cada vez mais, transformando-o em um trabalho vivo, fortalecendo o poder de sentir, pensar, inventar, criar e recriar o seu fazer profissional (Dejours, 2011). Como ressaltam Gómez, Mendes, Chatelard e Carvalho (2016), o fazer envolve conflitos, e a forma como esse fazer afeta o sujeito é a principal ocupação da clínica. A dor precisa ser falada e elaborada, as injustiças desbanalizadas, resgatando assim o sentido do trabalho.

Percebe-se ainda, na validação, a eficácia da metodologia da PDT no contexto de coletivos de trabalhadores da saúde, corroborando a indissociabilidade entre a pesquisa e a ação na PDT. A pesquisa implicou também o engajamento subjetivo, político e ético da

pesquisadora, como preconiza o método dejouriano. E ao final, tal engajamento foi reconhecido por elas, conforme atestam suas falas.

A gente escuta muitas pessoas, mas ninguém pára para nos ouvir. A gente nem se escutava entre nós. E tu chega e quis ouvir. Já passou vários profissionais fazendo essas pesquisas. Nenhum voltou para dizer nada. É difícil encontrar alguém que chegue para ouvir e que tenha o compromisso em nos dar uma resposta. (ACS4)

O desabafo das ACS sobre se sentirem respeitadas e valorizadas tendo a devolutiva da pesquisa, sendo procuradas para validar os dados, mostra a importância do engajamento ético do pesquisador no processo e a eficácia do método da PDT.

3.4. Considerações finais

Os agentes comunitários de saúde são uma categoria profissional forte, relativamente unida e graças à sua articulação, conseguiram conter alguns retrocessos na atenção básica no país e no desmonte da categoria, especialmente após a PNAB 2017.

Muito do êxito do trabalho na UBSF se deve ao trabalho e empenho das ACS, que, mesmo sem o devido suporte, encontram formas de executar da melhor forma seu trabalho e atender as demandas da comunidade, que é a mesma onde vive. Conhece bem as pessoas, trabalha para elas, convive com elas. É profissional de saúde, moradora da comunidade e também usuária do Sistema Único de Saúde. Por vivenciar o mesmo contexto dos demais usuários, é mais empática e solidária que o restante da equipe. O reconhecimento se dá pelos pares e por usuários, quando suas demandas são atendidas.

Nessa pesquisa, evidenciou-se que as relações intersubjetivas entre as ACS ocorrem entre os pares, entre a hierarquia, entre a comunidade, permeadas pelo seu fazer e seu viver junto. Falta-lhes um espaço permanente de escuta qualificada, que melhoraria

as relações entre elas e otimizaria o trabalho, tendo em vista que teriam a oportunidade de compartilhar experiências e soluções encontradas no dia a dia do trabalho real.

Mesmo com a carência de treinamento e falta de suporte logístico adequado, as ACS se utilizam da criatividade e da astúcia para conseguirem dar conta das demandas e da imprevisibilidade do trabalho. Algumas vezes recorrem à TV e internet em busca das informações que a educação permanente prevista pela Política Nacional da Atenção Básica ainda não lhe proporciona satisfatoriamente, inclusive com o advento da covid-19. A cooperação e solidariedade são presentes no cotidiano entre os pares, mas ainda na forma de subgrupos.

Durante a pandemia de covid-19, houve relatos de cooperação, mas também de falta de solidariedade com as profissionais contaminadas. Utilizam da inteligência criativa para dar conta das demandas, da falta de treinamento e de EPI, tentando executar o trabalho, adequando-o em meio à precariedade de recursos e falta de suporte, visando a obter a resolutividade das demandas, ao mesmo tempo em que tentam evitar contaminação para si mesmas, para usuários e parentes. Nem sempre conseguem.

3.5. Referências

Amaral, G. A., Mendes, A. M., & e Facas, E. P. (2019). (Im)possibilidade de mobilização subjetiva na clínica das patologias do trabalho: o caso das professoras readaptadas. *Revista Subjetividades*, 19(2): e8987.

<https://periodicos.unifor.br/rmes/article/download/e8987/pdf> Acesso em 5 jan 2021.

Brasil. (2021) *Coronavírus Brasil*. <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em 8 fev 2021.

Brasil (2017). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasília, DF: Ministério da Saúde.

<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em 30 set 2020.

Dejours, C. (2012a) *Trabalho vivo I: sexualidade e trabalho*. Brasília: Paralelo 15.

Dejours, C. (2012b) *Trabalho vivo II: trabalho e emancipação*. Brasília: Paralelo 15.

Dejours, C. (2011) Addendum: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. In: Lancman, S., & Sznelwar, L. I. (orgs.). *Christophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho*. (pp. 57-123.) Brasília: Paralelo 15/ Rio de Janeiro: Fiocruz.

Facas, E. P. (2013). *Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho: Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília – UnB. Brasília, DF, Brasil. Disponível

https://www.academia.edu/21743537/Protocolo_de_avalia%C3%A7%C3%A3o_dos_riscos_psicossociais_no_trabalho_contribui%C3%A7%C3%B5es_da_psicodin%C3%A2mica_do_trabalho Acesso em 12 jan 2021.

Gómez, V. A., Mendes, A. M., Chatelard, D. S., & Carvalho, I. S. (2016). A palavra como laço social na clínica psicodinâmica do trabalho. *Contextos Clínicos*, 9(2), 253-264. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v9n2/v9n2a11.pdf>. Acesso em 18 ago 2020.

Lima, J. C. F. (2016) Trabalho e educação profissional em saúde no Brasil. In: Braga, I. F.; Velasques, M. C. C.; Morosini, M. V. C.; Batistella, R. R. C.; Lima, J. C. F.; & Chagas, D. C. (Org.). *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde*. (pp. 219-266). Rio de Janeiro: Editora: EPSJV.

Lotta, G., Fernandez, M., Magri, G., Mello, C. A. de C., Tavares, D. de L. C., Haddad, J. P., Corrêa, M. G., Rocha, M., Porto, P., Schall, B., Wenham, C., & Pimenta, D. N. (2020) *A pandemia da covid-19 e (os) as profissionais de saúde pública no Brasil*. (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro, RJ, Fiocruz.

<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-osas-profissionais-de-saude-publica-uma-perspectiva-de-genero-e-raca-sobre-a-linha-de-frente.pdf>. Acesso em 17 de janeiro de 2021.

Maciel, F. B. M., Santos, H. L. P. C. dos, Carneiro, R. A. da S., Souza, E. A. de, Prado, N. M. de B. L., & Teixeira, C. F. de S. (2020, setembro). Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Suppl. 2), 4185-4195.

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25s2/1413-8123-csc-25-s2-4185.pdf> Acesso em 3 de outubro de 2020.

Mendes, A. M., & Duarte, F. S. (2013). Mobilização subjetiva. In: Vieira, F. de O., Mendes, A. M., Merlo, Á. R. C. *Dicionário crítico de gestão e Psicodinâmica do Trabalho* (pp. 259-262). Curitiba: Juruá.

Moraes, R. D. de. (2015) Trabalho e emancipação: um olhar da Psicodinâmica do Trabalho. In: Moraes, R. D. de, & Vasconcelos, A. C. L. (orgs.). *Trabalho e emancipação: a potência da escuta clínica* (pp. 61-69). Curitiba: Juruá.

Nogueira, M. L. (2020). *Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/ICICT/Presidência.

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_acs_25-08.pdf

Acesso em 25 de julho de 2020.

Paixão, G. P. do N., Silva, R. S. da, Carneiro, F. N. N., & Lisbôa, L. N. T. (2021). A pandemia do novo coronavírus (Sars-Cov-2) e suas repercussões na estigmatização e o preconceito. *Rev Baiana Enferm.* 35:e36986.

<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36986> Acesso em 25 de jan de 2021.

Peres, C. (2020, junho) Elas resistem: como a pandemia impacta a vida das mulheres brasileiras e de onde vêm as múltiplas formas de resiliência. *Radis*, 213. pp. 21-27.

Pinto, A. G. A., Palácio, M. A. V., Lôbo, A. C., & Jorge, M. S. B. (2017). Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da Estratégia Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(3), 789-802.

<https://www.scielo.br/pdf/tes/v15n3/1678-1007-tes-15-03-0789.pdf> Acesso em 17 set 2020.

Santos, L. B. dos. (2019) *O uso das tecnologias da informação e comunicação na educação permanente de trabalhadores para a saúde: um olhar sobre o AVASUS*. Rio de Janeiro.

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/35596/2/Lilia_Santos_EPSJV_Mestrado_2019.pdf Acesso em 19 jan 2021.

Stevanim, L. F. (2020, junho) Trabalho humano: entre a angústia e a foça, conheça as histórias de trabalhadores e trabalhadoras do SUS no enfrentamento ao novo coronavírus. *Radis*, 213. pp. 10-17.

Unaid's (2020). *Abordando estigma e discriminação na resposta à COVID-19*. [Cartilha]. EUA: Programa Conjunto das Nações Unidas.

https://unaid's.org.br/wp-content/uploads/2020/11/covid19-stigma-brief_Portuguese_Final.pdf Acesso em 21 jan 2021.

Valladares-Torres, A. C. A., & Lago, D. M. S. K. (2020). Saúde mental e estratégias de enfrentamento ao isolamento social na pandemia de covid-19. In: Duarte, A. G., & Avila, C. F. D. (orgs.) *A covid-19 no Brasil: ciência, inovação tecnológica e políticas públicas* (pp. 237-253). Curitiba: CRV.

- Weide, J. N., Vicentini, E. C. C., Araújo, M. F., Machado, W. L., & Enumo, S. R. F. (2020). *Cartilha para enfrentamento do estresse em tempos de pandemia*. Porto Alegre: PUCRS/ Campinas: PUC-Campinas.
- Yin, R. K. (2016) *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso.

4. CAPÍTULO 3 – Considerações Finais

Esta pesquisa visou investigar o trabalho do agente comunitário de saúde e como as políticas públicas relacionadas à atenção básica vem alterando o fazer desse profissional. Ao longo da pesquisa, que teve como base teórica e metodológica a Psicodinâmica do Trabalho, através de escuta do coletivo de trabalhadoras, percebeu-se a insatisfação das mesmas com a descaracterização do trabalho tradicional do ACS, antes focado na educação em saúde, no território, e agora cada vez mais dentro da Unidade, burocrático, focado em funções administrativas.

As relações intersubjetivas das ACS acontecem com os pares, o restante da equipe e usuários, que moram na comunidade e as demandam em outros ambientes e horários, fora do ambiente de trabalho, o que às vezes lhes causa problemas e conflitos familiares. Quando tem as demandas atendidas, os usuários enaltecem e reconhecem o trabalho das ACS. Mas quando isso não acontece, quando a Unidade não dá resolutividade, elas acabam sofrendo represálias e hostilidade dos usuários, se tornando bode expiatório das falhas do sistema de saúde. Com a coordenação, a relação é verticalizada, não há reconhecimento e não há espaço para escuta, queixa recorrente durante as sessões de escuta coletiva. Também houve relatos de assédio moral. Com os pares, a relação é satisfatória, e há reconhecimento do trabalho.

Pelo discurso delas, percebe-se que, quanto mais o trabalho vai ficando burocrático, prescritivo, mais elas vão perdendo autonomia e a possibilidade de utilizar da inteligência astuciosa para dar conta das demandas. Quando elas utilizam da criatividade no trabalho real e percebem a eficácia, compartilham com as outras ACS. A cooperação e solidariedade se evidenciam na maior parte do tempo no cotidiano dessas profissionais. A exceção foi quando surgiu a pandemia de covid-19 e elas começaram a

se contaminar. Nesse processo, relatado por elas durante a devolutiva e validação dos dados, tudo contribuiu para a maior vulnerabilidade delas à covid-19: além de continuar prestando assistência à comunidade no território, não receberam EPI, treinamento, não foram testadas, nem contaram com suporte psicológico ou logístico para dar conta das demandas que a pandemia trouxe. Essa situação só evidenciou o abismo relacional entre elas e o restante da equipe, a falta de estrutura adequada na Unidade Básica de Saúde, que dificulta manter, entre os usuários que as procuram, o devido distanciamento. Sequer dispõem de álcool em gel, tanto para os profissionais, como para os usuários que vão à Unidade.

Nessa pesquisa, além de alcançar os objetivos propostos, ainda emergiram outras demandas novas, que ainda não existiam no início da pesquisa, criadas pela pandemia da covid-19 e relatadas pelas ACS durante a devolutiva e validação dos dados, devidamente contempladas no relatório final, do qual este artigo faz parte.

A metodologia da PDT foi fundamental nesse processo, pois além da oportunidade de escuta, de dar o espaço da fala às ACS, colocando-as como protagonistas, discutindo entre si sobre seu fazer cotidiano, as dificuldades e soluções encontradas, algo inédito na vida profissional delas, foi uma forma delas perceberem a importância do trabalho que desenvolvem, melhorarem a coesão do coletivo, se fortalecerem mutuamente. Para elas, o processo da pesquisa, ter alguém que as escute e dê o retorno dos resultados, foi uma forma de reconhecimento, o que lhe deu prazer e orgulho do que conseguem fazer no dia a dia profissional, mesmo sem ter as condições ideais para isso.

O problema emergente durante a pesquisa foi o sofrimento psíquico dessas ACS com a pandemia de covid-19, a falta de EPI, o medo de se contaminar, de morrer, de contaminar a família; a solidão e falta de solidariedade da equipe após a contaminação; a dificuldade e o medo das profissionais que não se contaminaram em lidarem com a

doença das ACS que contraíram o vírus; a falta de suporte logístico e psicológico da gestão. Todo esse conteúdo emergiu espontaneamente no discurso delas durante a validação dos dados e requer maior aprofundamento e ampliação da amostra, tendo em vista que a atenção básica tem uma função estratégica na pandemia, na detecção e acompanhamento dos casos leves. Porém, ainda não está devidamente estruturada para isso. Necessita treinar os ACS, porque eles que tem o contato direto com o usuário na comunidade; também provê-los adequadamente de EPI; adequar a Unidade, tanto para fornecer adequadamente o serviço de telessaúde, pois ele tem sido feito pelas ACS com os próprios recursos, como adequar a estrutura física, para que seja possível o devido distanciamento social dentro da Unidade, além de prover de álcool e gel e material para higienização das mãos.

REFERÊNCIAS

- Andrade, L. O. M. de, Barreto, I. C. de H. C., Bezerra, R. C. (2017) Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos, G. W. de S., Minayo, M. C. de S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., Carvalho, Y. M de. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva* (pp. 783-836). 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec.
- Bezerra, I. M. P., & Sorpreso, I. C. E. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 11-20. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n1/pt_02.pdf Acesso em 2 dez 2020.
- Cueto, M. (2015). *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dejours, C. (2012) *Trabalho vivo II: trabalho e emancipação*. Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2011) Addendum: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. In: Lancman, S., & Sznelwar, L. I. (orgs.). *Christophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho*. (pp. 57-123.) Brasília: Paralelo 15/ Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Lotta, G., Fernandez, M., Magri, G., Mello, C. A. de C., Tavares, D. de L. C., Haddad, J. P., Corrêa, M. G., Rocha, M., Porto, P., Schall, B., Wenham, C., & Pimenta, D. N. (2020) *A pandemia da covid-19 e (os) as profissionais de saúde pública no Brasil*. (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro, RJ, Fiocruz.
- <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19-e-osas-profissionais-de-saude-publica-uma-perspectiva-de-genero-e-raca-sobre-a-linha-de-frente.pdf>. Acesso em 17 de janeiro de 2021.
- Lotta G., Wenham, C., Nunes, J., & Pimenta, D. N. (2020, agosto). Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *Lancet*. Vol 396.

[www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31521-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31521-X.pdf). Acesso em 22 jan 2021.

Maciel, F. B. M., Santos, H. L. P. C. dos, Carneiro, R. A. da S., Souza, E. A. de, Prado, N. M. de B. L., & Teixeira, C. F. de S. (2020, setembro). Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Suppl. 2), 4185-4195.

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25s2/1413-8123-csc-25-s2-4185.pdf> Acesso em 8 de fev de 2021.

Marinho, C. da S., & Bispo Júnior, J. P. (2020, novembro). Supervisão de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: entre controle, apoio e formação. *Physis*. vol.30, n.3, e300328. <https://www.scielo.br/pdf/physis/v30n3/0103-7331-physis-30-03-e300328.pdf>. Acesso em 8 de fev de 2021.

Mendonça, M. H. M., Gondim, R., Matta, G., & Giovanella, L. (2018) Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça, M. H. M., Matta, G. C., Gondim, R., & Giovanella, L. (orgs.) *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa* (pp. 29-47). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Morosini, M. V., Fonseca, A. F. (2018) Configurações do trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: Mendonça, M. H. M., Matta, G. C., Gondim, R. & Giovanella, L. (orgs.) *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa* (pp. 369-406). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Schraiber, L. B. (2015) Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em saúde coletiva. In: Baptista, T. W. F., Azevedo, C. S., & Machado, C. V. (Orgs.). *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa* (pp. 33-57). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Silva, M. J. de S. e, Schraiber, L. B., & Mota, A. (2019, abril). O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica.

Physis: Revista de Saúde Coletiva, 29(1), e290102.

https://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt_0103-7331-physis-29-01-e290102.pdf.

Acesso em 5 fev 2021.

APÊNDICE I – Questionário sociodemográfico e roteiro dos encontros



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

Pesquisa: Agente comunitário de saúde – sofrimento e prazer no trabalho

Data: ___ / ___ / _____

Nome: _____ Idade: _____
 Estado civil: _____ Filhos: _____
 Escolaridade: _____ Carga horária: _____
 Profissão: _____ Remuneração: _____
 Há quanto tempo trabalha nessa UBSF: _____
 O que fazia profissionalmente antes? _____
 Há quanto tempo exerce a função de ACS? _____

Eixos de cada encontro com o coletivo (flexível, podendo ser alterado de acordo com as demandas das ACS)

Encontro 1 – Apresentação da proposta e dinâmica de apresentação.

Encontro 2 – Organização do trabalho prescrito e o real do trabalho.

Encontro 3 – Relações intersubjetivas com pares, equipe e comunidade.

Encontro 4 – Mobilização subjetiva, cooperação e solidariedade.

Encontro 5 – Avaliação e encerramento.

Encontro 6 – Devolutiva e validação dos dados.

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
TCLE**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

A pesquisa terá como objetivo geral compreender o trabalho dos agentes comunitários de saúde e sua relação com a existência ou não do adoecimento psíquico.

Ao voluntário só caberá a autorização para **entrevista coletiva** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 98895-4039, com Aponira Maria de Farias.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do Participante

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO**”, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora Aponira Maria de Farias a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa, Aponira Maria de Farias, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

UBSF FRANCISCO BRASILEIRO
CNPJ 24513574000121

R. Sebastião Vieira - José Pinheiro, Campina Grande - PB, 58407-388

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO”, desenvolvida pela aluna Aponira Maria de Farias, do Mestrado em Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação do professor Edil Ferreira da Silva.

Campina Grande, 05 de outubro de 2016.

Miguel Dantas
 Gerente de Atenção Básica
 Matrícula 0365/2014
 Secretaria Municipal de Saúde
 Campina Grande (PB)

Assinatura e carimbo do responsável institucional

07/10/16
 11:40h