UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Fabiana Santos Lucena

O QUE PODE UM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE?
Processos de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica

SÃO PAULO
2013

FABIANA SANTOS LUCENA

O QUE PODE UM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE?

Processos de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: **Cuidado em Saúde**

Orientadora: **Profa. Dra. Ana Luisa Aranha e Silva**

**SÃO PAULO
2013**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lucena, Fabiana Santos

O que pode Um Agente Comunitário de Saúde? Processos de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica. / Fabiana Santos Lucena. – São Paulo, 2013.

162 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luisa Aranha e Silva

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Atenção Básica. 3. Saúde Mental. 4. Programa Saúde da Família. 5. Processo de Trabalho. 6. Enfermagem.

NOME: Fabiana Santos Lucena

TÍTULO: O que pode um Agente Comunitário de Saúde? Processos de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICO ESSE TRABALHO...

A todos os Agentes Comunitários de Saúde. Pelo trabalho fantástico que realizam apesar de todas as dificuldades do cotidiano. Apesar da dura realidade que encontram e das dificuldades em transformar o sofrimento dos milhões de pessoas que cuidam.

A todos os ACSs que me ensinaram e me ensinam a cada dia a ser enfermeira: Ana Célia, Rosangela, Jane, Regiany, Rosemeire, Derlângia, Iraci, Vânia, Regiane, Adriano, Simone Ivonete, Emiriana, Indiara, Luciana, Vanderleia, Eliane ... E tantos outros que não conseguiria listar aqui!

Em especial, dedico esse trabalho aos que construíram comigo esse projeto: Ana Célia, Rosangela, Regiany, Rosemeire e Derlângia.

Uma dedicatória especial...

Aos meus pais, Lia e Moises por me incentivar e acreditar nos meus sonhos!

Ao meu irmão Kleber, por estar presente na minha vida!

Ao Alê, essa doce surpresa da vida, pela paciência, amor e companheirismo!

AGRADECIMENTOS

À Ana Luísa Aranha e Silva pela confiança e liberdade na construção desse projeto. Por possibilitar a construção de uma pesquisa participante. Pela contribuição teórica. Por se propor a conhecer uma nova realidade!

Às professoras Marina Peduzzi, Célia Sivalli e Cássia Baldini Soares pelos ensinamentos e compartilhamentos durante a graduação. Pela colaboração em um despertar de uma consciência crítica e um desejo de transformar a realidade.

Ao Centro Acadêmico XXXI de Outubro, entidade que possibilitou tantos encontros e construções.

Às companheiras e companheiros de Centro Acadêmico: Paulinha, Lelê, Crisinha, Leoana, Carolzinha, Débora, Adriana, Taia, Carina, Renata, Lise, Lúgia, Elaine, Bianca, Aline e tantos outros que não cabem aqui...

À minha família, em especial, Lia, Moises e Kleber, pela compreensão das ausências e pelo apoio na construção desse trabalho.

À minha tia Cida, por estar sempre presente na minha vida.

Ao meu tio João, por estar presente em tantos momentos felizes.

Ao meu tio Mauri que está sempre presente em minhas reflexões sobre a Saúde Mental.

À UBS Vila Terezinha e ao Edson, por possibilitar a construção desse sonho.

À todos os trabalhadores da UBS Vila Terezinha, em especial Catharina, Solange, Ceci, Lourdes, Juliana, Nicole, Norma, Márcia, Elaine, Cássia, Gabrielli, pelo incentivo e compreensão.

Aos Amigos: Marcela, Nadja, Janaína e Aderaldo. Por compartilhar esse projeto entre tantas cervejas!

Ao Alexandre Baquero, por me ajudar no que sei e no que não sei.

Ao amigo Hugo Pinto por me apresentar autores fundamentais nesse estudo.

Ao companheiro de militância Heitor Pasquim, pela contribuição teórica nesse estudo.

À Laura, companheira de vida e de luta. Obrigada pela contribuição teórica da luta contra a opressão que as mulheres sofrem.

Um Agradecimento Especial

A essas pessoas com as quais eu pude compartilhar um tempo muito preciso da minha vida. Um tempo de construção do que sou e acredito. Pessoas que estavam presentes nas descobertas dos desafios que essa sociedade a qual estamos inseridos nos coloca. Amigos na construção de um sonho, no qual caminhamos juntos...

Paula Vieira, Leandro Batista de Oliveira, Ana Paula Graziano.

Mãos Dadas

Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considere a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.
Não serei o cantor de uma mulher, de uma história.
Não direi suspiros ao anoitecer, a paisagem vista na janela.
Não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida.
Não fugirei para ilhas nem serei raptado por serafins.
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes,
a vida presente.

Carlos Drummond de Andrade

Canção Obvia

Escolhi a sombra desta árvore para
repousar do muito que farei,
enquanto esperarei por ti.
Quem espera na pura espera
vive um tempo de espera vã.
Por isto, enquanto te espero
trabalharei os campos e
conversarei com os homens.
Suarei meu corpo, que o sol queimará;
minhas mãos ficarão calejadas;
meus pés aprenderão o mistério dos caminhos;
meus ouvidos ouvirão mais,
meus olhos verão o que antes não viam,
enquanto esperarei por ti.
Não te esperarei na pura espera
porque o meu tempo de espera é um
tempo de quefazer.
Desconfiarei daqueles que virão dizer-me,
em voz baixa e precavidos:
É perigoso agir.
É perigoso falar.
É perigoso andar.
É perigoso, esperar, na forma em que esperas,
porquê esses recusam a alegria de tua chegada.
Desconfiarei também daqueles que virão dizer-me,
com palavras fáceis, que já chegaste,
porque esses, ao anunciar-te ingenuamente,
antes te denunciam.
Estarei preparando a tua chegada
como o jardineiro prepara o jardim
para a rosa que se abrirá na primavera.

Paulo Freire

Lucena FS. O que pode um Agente Comunitário de Saúde? Processos de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa *participante* cujo objeto de estudo é *trabalho em saúde mental do Agente Comunitário de Saúde*, um dos principais sujeitos envolvidos na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os objetivos da pesquisa são: captar e analisar o processo de trabalho em saúde mental dos ACSs, (*finalidades, objeto e instrumentos*) de uma Unidade Básica de Saúde a partir de sua própria voz; problematizar e compreender os pressupostos que fundamentam a ação de saúde mental dos ACSs; sistematizar e ampliar, por meio da Oficina de Trabalho, o conhecimento do grupo de ACS sobre o processo de trabalho em saúde mental no território, na perspectiva das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. O conceito de *práxis* foi eleito para compreender e analisar o trabalho do ACS e sua prática em saúde mental. Cinco categorias emergiram das análises compartilhadas: Quem são as Agentes Comunitárias de Saúde; Formação e reconhecimento; O que consideram potenciais de fortalecimento e desgaste no trabalho; Gênero e Processos de trabalho em Saúde Mental. A escolha da Oficina de Trabalho como estratégia metodológica permitiu a elaboração teórica e prática das potencialidades e limites do cotidiano do trabalho das ACSs, o intercâmbio de ideias, crenças e práticas sobre saúde. As cinco histórias das pessoas acompanhadas pelas ACSs (*processos de trabalho em saúde mental*) demonstram perda de poder contratual e empobrecimento das redes sociais das pessoas e famílias acompanhadas. As *finalidades dos processos de trabalho* relacionam-se à recolocação das pessoas ou núcleos familiares (*objetos de trabalho*) na posição de cidadãos e sujeitos que devem participar da vida social. As concepções e intervenções (*instrumentos de trabalho*) que permeiam os cuidados estão associadas aos conceitos de desinstitucionalização, autonomia e reabilitação psicossocial (moradia e da troca de identidades). As ACSs reconhecem que as intervenções devem ser desenvolvidas por toda a equipe de forma integrada. A solidariedade aparece como um marcador importante das práticas dessas profissionais podendo ser entendida como um perfil social da profissão. O trabalho em saúde mental não apareceu dissociado das práticas dessas agentes e possui forte relação tanto com uma *práxis* reiterativa quanto com uma *práxis* criativa. Ao mesmo tempo em que pautam seu trabalho por normas e diretrizes, o *objeto de trabalho em saúde mental* (a pessoa no seu contexto de vida) parece invocar uma *práxis* criativa. Grande parte do sofrimento dessas trabalhadoras aparece associada à falta do reconhecimento profissional, que associam à falta de acesso à formação técnica. Evidencia-se a complexidade do trabalho dessas Agentes, na medida em que lidam com uma realidade dura, produto de uma estrutura social excludente, e que representam o Estado na garantia de direitos para a população atendida. Elas ficam num lugar entre as carências diversas da população e a falta de respostas efetivas para transformar a condição de saúde das famílias que atendem. Mesmo assim foi possível verificar que o trabalho dessas Agentes possui grande potência de transformação das realidades.

PALAVRAS-CHAVE: Agente Comunitário de Saúde. Atenção Básica. Saúde Mental. Programa Saúde da Família. Processo de Trabalho. Enfermagem.

Lucena FS. What a Community Health Worker can do? Processes of work on Mental Health at the Primary Health Care [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT

The study is a participative research whose object of study is the work on Mental Health by the Community Health Worker (ACS), one of the main subjects at the Family Health Strategy (ESF). The aims of this study are: to collect and to analyze the work process on Mental Health by the Community Health Workers (purposes, object and tools) of a Health Center from their own perspective; to render problematic and to comprehend the presuppositions that underlies their actions; to systematize and to extend, through a workshop, their knowledge on the process of work on Mental Health in accordance with the guidelines of the Brazilian Psychiatric Reform. The concept of praxis has been chosen to understand and to analyze the work of the ACS and their practice on Mental Health. Five categories have emerged from shared analysis: Who are the ACS; Professional education and acknowledgment; What they consider to be the invigorating and the wasting potentials of their work; Gender; and the work processes on Mental Health. The choice of a workshop as a methodological strategy allowed the theoretical and practical elaboration of the potentialities and limits of the daily work of the ACS, the exchange of ideas, beliefs and practices on health. The five stories brought by the ACS (processes of work on Mental Health) demonstrate that the patients and family have lost contractual power and their social network. The aims of the work processes are related with the outplacement of the patients and families (objects of work) as citizens and individuals who should participate in social life. The conceptions and interventions (tools of their work) that permeate care are associated with the concepts of deinstitutionalization, autonomy and psychosocial rehabilitation. The ACS recognize that the actions must be developed by the entire team of the Health Center, in an integrated manner. The solidarity shows up as an important practice of these professionals, almost a necessity. The work on Mental Health doesn't appear dissociated from the practices of these workers and it presents strong relation with both a repetitive and a creative praxis. While they guide their work through standards and guidelines, the object of mental health work (the person in their life context) seems to invoke a creative praxis. Much of the suffering by these workers appears associated with a lack of professional recognition, which they relate to their lack of access to technical training. This study highlights the complexity of the work of these agents, insofar as they deal with a harsh reality, product of social exclusion, and represent the State at ensuring rights for the population served. They are placed between the various needs of the population and the lack of effective responses on transforming the health condition of the families they serve. Still, it was possible to verify that the work of these agents has a great power on changing realities.

Keywords: Community Health Worker. Primary Health Care. Mental Health. Family Health Program. Processes of work. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mapa da Exclusão / Inclusão Social	40
Quadro 1. Óbitos de crianças menores	40
Quadro 2. Nascidos vivos cujas mães tinham 19 anos ou menos.....	41
Quadro 3. Índice de óbitos por causas externas	41
Quadro 4. Número de óbitos por homicídio de jovens do sexo masculino de 15 a 29 anos, por cem mil habitantes dessa faixa etária e sexo	42
Quadro 5. Porcentagem de domicílios em favelas	42
Quadro 6. Porcentagem de alunos que abandonaram o ensino fundamental e médio na rede pública e privada	43
Figura 2 – Elementos constitutivos do processo de trabalho	50
Figura 3 – Representação esquemática do processo de trabalho	51
Quadro 7 - O Fazer e o Saber- Fazer da Situação 1	69
Figura 4 - Síntese da recomposição do processo de trabalho da Situação 1	70
Quadro 8 - O Fazer e o Saber- Fazer da Situação 2	72
Figura 5 - Síntese da recomposição do processo de trabalho da Situação 2	73
Quadro 9 - O Fazer e o Saber- Fazer da Situação 3	74
Figura 6 - Síntese da recomposição do processo de trabalho da Situação 3	75
Quadro 10 - O Fazer e o Saber- Fazer da Situação 4	76
Figura 7 - Síntese da recomposição do processo de trabalho da Situação 4	77
Quadro 11 - O Fazer e o Saber- Fazer da Situação 5	79
Figura 8 - Síntese da recomposição do processo de trabalho da Situação 5	80
Quadro 12 – Potencial de fortalecimento e desgaste do trabalho do ACS	90
Quadro 13 - Síntese dos processos de trabalho	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

DEVALE – Projeto Vale do Ribeira em São Paulo

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OS – Organização Social

Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Piass - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

Pnacs - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

Pro-Aim - Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo

PSF – Programa Saúde da Família

SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados

SEHAB - Secretaria de Habitação

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação	14
1. Construção histórica do lugar do Agente Comunitário de Saúde	16
1.1 Produção teórica sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde	24
1.2 Produção teórica sobre as concepções e práticas em saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde	27
2. Finalidade e objetivos do estudo	30
3. Procedimentos metodológicos	31
3.1 Tipo de Estudo: Pesquisa Participante	31
a. Princípios metodológicos da Pesquisa Participante	32
3.2 Práxis como base teórica de referência	34
3.3 Cenário do Estudo	38
3.4 Participantes do estudo	46
3.5 Procedimentos éticos	46
3.6 Processo de construção de conhecimento por meio da Oficina de Trabalho	47
4. Apresentação dos Resultados	53
4.1 Quem são as Agentes Comunitárias de Saúde	53
4.2 Formação e reconhecimento	54
4.3 O que consideram potenciais de fortalecimento e desgaste no trabalho	59
4.4 Gênero	65
4.5 Processos de trabalho em Saúde Mental eleitos pelas Agentes Comunitárias de Saúde para a produção compartilhada de conhecimentos	67
5. Análise	81
5.1 Quem é o Agente Comunitário de Saúde: formação e reconhecimento	81
5.2 Solidariedade: desgaste e fortalecimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde	90
5.3 Questão de gênero: mulheres que são agentes comunitárias de saúde	95
5.4 Processos de trabalho em saúde mental das Agentes Comunitárias de Saúde	100
6. Recomposição dos processos de trabalho em saúde mental de agentes comunitárias de saúde a partir da Oficina de Trabalho	115
7. Referências	129
APÊNDICES	136

Apresentação

Essa pesquisa seguiu como consequência da minha inquietação e reflexão sobre questões vivenciadas no cotidiano de trabalho como enfermeira na Atenção Básica. Acredito que as pesquisas em saúde devem ser inseridas na realidade concreta e devem colaborar para a compreensão e superação dos problemas enfrentados pelos diversos sujeitos que trabalham na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Desde a graduação dediquei-me aos estudos sobre as políticas públicas de saúde brasileiras, as práticas de saúde coletiva e os movimentos sociais. Participei ativamente do Movimento Estudantil, o que contribuiu muito para a apropriação de uma visão crítica sobre a realidade da sociedade e o campo da saúde.

Os estágios realizados durante a graduação na Atenção Básica e no Centro de Atenção Psicossocial possibilitaram a articulação entre a realidade vivida pelos trabalhadores e as políticas públicas, frutos dos movimentos sociais organizados da saúde, que determinaram que esses serviços fossem possíveis. Essa articulação foi imprescindível para a minha formação profissional. Também foram de grande importância os trabalhos realizados na Iniciação Científica, que possibilitaram aprofundamento teórico e metodológico sobre o campo da saúde coletiva.

A partir da minha inserção como trabalhadora do Sistema Único de Saúde, o SUS, na Atenção Básica, passei a vivenciar um cotidiano de trabalho complexo, com enormes desafios para a consolidação de um sistema de saúde que contribua para o melhoramento dos perfis epidemiológicos da população.

Consoante à minha trajetória estudantil e profissional, estive sempre atenta às diversas formas de sofrimento, e o sofrimento psíquico, em particular. Acredito que os profissionais de saúde devem ser sensíveis a esta realidade.

Ao longo da história, a loucura foi separada da sociedade. Acredito no movimento contrário a esse, onde seja possível conviver com as diferenças. Os trabalhadores da saúde têm um papel fundamental na construção de serviços de saúde que atendam essa população nesta perspectiva.

Entre as vivências na unidade em que me inseri, uma delas refere-se ao trabalho em saúde mental desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde, ACSs.

Tive oportunidade de compartilhar o cotidiano de uma equipe de ACSs bastante comprometida com o trabalho e com a saúde da população, considerando o grande desafio de cuidar de famílias inseridas em um contexto de condições de vida miseráveis.

Essa pesquisa participante captou essa realidade, mas o fez como instrumento de intervenção. Não se relacionou com essa realidade como mero campo de coleta de dados porque esse projeto faz parte da minha trajetória, da indagação sobre a realidade e do desejo de contribuir para a construção coletiva de saberes em saúde, saúde mental e saúde coletiva, que de fato possam contribuir para uma real transformação social.

Desta forma, o Capítulo 1. Trata da construção histórica do Agente Comunitário de Saúde. Também traz a produção científica sobre a temática do trabalho e do trabalho em saúde mental desses agentes.

O Capítulo 2. Trata da finalidade e dos objetivos do estudo.

O Capítulo 3. Trata dos procedimentos metodológicos, onde se encontram as bases teóricas de referência, a descrição do cenário do estudo, quem são as participantes do estudo e os procedimentos, instrumentos, método de coleta e de análise dos dados empíricos e os procedimentos éticos.

O Capítulo 4. Apresenta os Resultados ou o conteúdo obtido no processo de coleta dos dados empíricos por meio das Oficinas de Trabalho. Ressalte-se que este material foi produzido em ato, de forma compartilhada e reflexiva, projetando aí a dimensão pedagógica e emancipatória do método. Deste processo resultaram 05 (cinco) categorias empíricas:

1. Quem são as Agentes Comunitárias de Saúde;
2. Formação e reconhecimento;
3. Potenciais de fortalecimento e desgaste no trabalho;
4. Gênero;
5. Processos de trabalho em Saúde Mental eleitos pelas Agentes Comunitárias de Saúde para a produção compartilhada de conhecimentos

O Capítulo 5. Dedicar-se às análises e discussões sobre o que as ACSs pensam sobre trabalhar, formação profissional e formas de reconhecimento, o que consideram potenciais de fortalecimento e desgaste no trabalho, como vivem a vida privada e a vida no território e os processos de trabalho do ACS na saúde mental exemplificando ocorrências de práxis criativa e de práxis reiterativa em saúde mental na atenção básica.

Finalmente, o Capítulo 6. Trata da Recomposição dos processos de trabalho em saúde mental de agentes comunitárias de saúde a partir da Oficina de Trabalho.

1. Construção histórica do lugar do Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um dos principais sujeitos envolvidos na Estratégia Saúde da Família (ESF), mora no território em que trabalha, vive os mesmos conflitos da população local e é responsável por acompanhar mensalmente todas as pessoas moradoras de uma determinada área de abrangência.

Tal fato faz com que esse trabalhador lide com inúmeras situações de sofrimento sem ser exigida uma formação prévia ao ingresso no trabalho. Apesar de em 2004 ter sido aprovada a habilitação técnica do ACS, os Agentes ingressam no trabalho e enfrentam muitas dificuldades. A ESF, da forma que está estruturada no momento na Cidade de São Paulo¹, não oferece formação antes do ACS iniciar o trabalho.

No Nível Estrutural, o Ministério da Saúde (MS) faz uma aposta no potencial que esse trabalhador possui em transformar as práticas de saúde a partir do seu olhar diferenciado, já que ele é ao mesmo tempo população atendida e trabalhador de saúde. Tal posição favoreceria uma transformação do trabalho em saúde, articulando o conhecimento vindo através da vivência da população e o conhecimento advindo da área da saúde (Egry, 1996)².

Segundo Bornstein e Stotz (2009) há um consenso sobre o papel do Agente Comunitário como elo entre a comunidade e o serviço de saúde, porém os autores trazem algumas ressalvas sobre a forma como essa mediação é realizada no cotidiano do trabalho:

a posição do ACS como mediador pode conter ambiguidades que resultam, por um lado, de sua convivência com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha e, por outro, de sua formação – que acontece, em geral, a partir de referenciais do modelo biomédico tradicional (Bornstein e Stotz, 2009; p. 459).

¹ No município de São Paulo as Organizações Sociais de Saúde (OS), entidades privadas, administram grande parte dos equipamentos públicos de saúde, entre esses as UBS com Estratégia Saúde da Família. As OSs foram instituídas pela lei 9.637 de 15 de Maio de 1998, durante o governo FHC. No mesmo ano o governo paulista editou a Lei Complementar 846/98 que regulamenta essa modalidade de gestão. Essa é uma forma de privatização e precarização do Sistema Único de Saúde.

² Trata-se, segundo Egry (1996), dos Níveis de gestão e governabilidade. “O que guia o processo de trabalho em saúde é um conjunto de:

- *determinantes de ordem estrutural* (a lei orgânica da saúde, os princípios do SUS, regulamentações, diretrizes e políticas públicas para o setor);
- *determinantes de ordem particular*, ou seja, a função do serviço na rede local de atenção, os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde; e
- *determinantes de ordem singular*, isto é, a organização do serviço, o modelo de atenção operado institucionalmente e a capacidade do serviço produzir saúde (que relaciona-se com o nível de satisfação de clientela e trabalhadores, resolutividade, previsibilidade de ações e disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais)” (Aranha e Silva, 2003).

Apesar da aposta do MS, Bornstein e Stotz (2009), ponderam que há um caráter assimétrico e vertical na mediação realizada pelo ACS, já que o serviço procura convencer a população através do saber tecnocientífico.

A assistência à saúde constituiu-se historicamente através da imposição dos conhecimentos acerca do que pode ser considerado potencialmente adoecedor, com pouca margem para dialogar com os determinantes estruturais da condição de saúde e de vida da população.

Para haver transformação nesta concepção, é necessário que a lógica verticalizada da organização do trabalho seja quebrada, permitido assim um maior compartilhamento do conhecimento e maior sensibilidade dos serviços quanto às necessidades e demandas da população. Desta perspectiva, a responsabilidade depositada nos ACSs é imensa, já que um sistema que transcende à lógica biomédica deve constituir-se enquanto esforço conjunto com os demais profissionais de saúde, com diversas e heterogêneas inserções sociais.

É importante retomar algumas questões referentes à criação da profissão de ACS e sua formação. Na Conferência de Alma-Ata, 1978, foi afirmado que os cuidados primários de saúde seriam os meios principais para que todas as populações do mundo pudessem alcançar um padrão aceitável de saúde em um futuro próximo. Nesse contexto, ocorreram algumas iniciativas com a presença da figura do Agente comunitário para o atendimento de famílias (Silva, Dalmaso, 2002).

A década de 1970, no Brasil, foi marcada por um enorme contraste no indicador de acesso ao sistema de saúde. Uma pequena parte da população tinha acesso a uma assistência diferenciada, de custo elevado. A outra grande parcela da população tinha necessidades básicas de saúde ainda sem atendimento (Silva, Dalmaso, 2002).

A remota possibilidade de universalização, na sociedade brasileira, daquele padrão assistencial diferenciado, impunha por consequência, a necessidade do recurso a medidas tendentes a corrigir as distorções do modelo. Parecia óbvia a inviabilidade de medidas que alterassem radicalmente as bases da organização assistencial, daí a busca necessária de formas alternativas de racionalização do conjunto do setor compatíveis com o modelo dominante e capazes, ao mesmo tempo, de tornar o setor menos excludente às necessidades de saúde que buscam expressar-se através dele (Donnangelo, 1976 apud Silva, Dalmaso, 2002; p. 21).

Nesse contexto, na década de 1970, foram formulados projetos dentro de um Programa de Extensão de Cobertura para aumentar o acesso da população aos serviços de saúde e muitos deles contavam com a presença do Agente de Saúde. Entre esses, destacam-se a atuação no Vale do Ribeira em São Paulo (DEVALE); ações realizadas pela Igreja Católica em 1983; a Casa Amarela em Recife e a experiência do Ceará, em 1987, onde se contou com a

presença de Agentes de Saúde para combater as doenças da infância nos bolsões periféricos da Grande Fortaleza (Barros et al., 2010).

Entre os Programas de Extensão de Cobertura, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, PIASS, foi aquele que conseguiu maior expressão.

Algumas diretrizes básicas do PIASS possuem muita semelhança ao que é desenvolvido ainda hoje pelos programas que contam com Agentes de saúde, como:

1. ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;
2. ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento de nosologias mais freqüentes e na detecção dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados;
3. desenvolvimento de ações de saúde caracterizadas por serem de baixo custo e alta eficácia;
4. ampla participação comunitária (Silva, Dalmaso, 2002).

O Projeto DEVALE foi concretizado com a proposta de expansão do PIASS e contou com a participação de Agentes de Saúde nos postos de saúde rurais e na comunidade, de 17 (dezessete) localidades rurais de 08 (oito) dos 16 (dezesesseis) municípios da região (Silva, Dalmaso, 2002).

Em 1987, a experiência do Ceará, chamada de Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará, PACS, tinha como objetivos:

1. melhorar a capacidade da comunidade cuidar de sua própria saúde;
2. reduzir o risco de morte ligado ao parto para a mãe e a criança;
3. aumentar a proporção de mães com aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de vida;
4. reduzir os óbitos causados pela desidratação resultante da diarreia (Silva, Dalmaso, 2002)³.

Em 1991 foi criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, PNACS, com o intuito de melhorar os indicadores de morbimortalidade infantil e materna.

Em 1992, o PNACS perdeu o termo nacional, passando a se chamar PACS. A justificativa para que se tornasse um programa nacional vem, não apenas da importância vista de ter no Agente um elo entre a comunidade e o serviço de saúde, mas pela constatação de que

³ Passados vinte e cinco anos, todos esses objetivos continuam centrais no trabalho do ACS (Brasil, 2006).

o trabalho do Agente Comunitário tem capacidade de evitar parte dos problemas que ocasionavam o congestionamento do sistema de assistência à saúde (Silva, Dalmazo, 2002).

Em 1993 o Programa Saúde da Família, PSF, foi idealizado e em 1994 o programa foi implantado com equipes compostas também pelo ACS. Em sua concepção, o Programa seria instrumento de organização do SUS e da municipalização, estando definido que na sua implantação seriam privilegiadas áreas de maior risco social (Silva, Dalmazo, 2002).

Em 1997 a Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, definiu as normas e diretrizes do PACS e do PSF e as atribuições dos ACSs e dos enfermeiros instrutores/supervisores. Em 1999 foi publicado o Decreto nº. 3.189, de 04 de outubro de 1999, que fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS.

Esse decreto

já explicita que a instituição do trabalhador ACS se dá produzindo um grande contraste entre a dimensões das responsabilidades atribuídas aos ACS (recompôr o elo entre o setor saúde e as comunidades) e as dimensões da qualificação (baixa escolaridade, atributos subjetivos) exigida para tal função (Morosini, 2010; p. 69).

O PSF foi criado em 1994 e apenas em 2002 foi criada a profissão do Agente Comunitário de Saúde, através da Lei 10.507/2002. O ACS é colocado pela política como um trabalhador estratégico, responsável por trabalhar com educação em saúde e de estabelecer uma relação fundamental para o Programa que é ser o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, além de promover ações intersetoriais. Porém, desde a criação do PACS em 1991 até 2002, quando a profissão foi criada, passaram-se 11 (onze) anos onde os critérios de seleção dos ACSs eram: saber ler e escrever e solidariedade, idade mínima de 18 (dezoito) anos e disponibilidade de trabalho em tempo integral.

Esses critérios denotam a compreensão hegemônica, até então, de que o trabalho a ser realizado pelo Agente comunitário de saúde não exige pré-requisitos no que diz respeito à escolaridade, a não ser quanto às habilidades de ler e escrever, não estabelece pré-condições quanto à formação profissional, mas exige muito em relação à disponibilidade e aos atributos ético-políticos para o desempenho do seu trabalho (Morosini, 2010; p. 40).

Em 2006 foi promulgada a Lei 11.350 de 05 de outubro, na qual as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde passaram a ser regidas, revogando-se a Lei anterior (10.507/2002). Segundo o Artigo 6º da Lei 11.350, são pré-requisitos da profissão de ACS:

- I. residir na área da comunidade em que atuará, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
- II. haver concluído, com aproveitamento, o curso introdutório de formação inicial e continuada; e

III. haver concluído o ensino fundamental.

Em 2006 a Portaria GM/MS 648 de 28 de março, ratificou a Portaria 1.886/97 que definia as atribuições dos ACS, ou seja, esses profissionais devem desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde, UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade. São atribuições dos ACS:

- I. trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II. estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- III. cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- IV. orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- V. desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VI. acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VII. cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 03 de janeiro de 2002 (Brasil, 2006).

A Atenção Básica em Saúde, a partir da década de 1990, passou a se organizar por meio do Programa Saúde da Família, o PSF, que passou a fazer parte das prioridades do Ministério da Saúde. Para o Nível Estrutural, isto é, o Ministério da Saúde,

a expansão e a qualificação da atenção básica, organizada pela Estratégia Saúde da Família, compõe parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (Brasil, 2011a).

A Portaria GM nº 648 traz fundamentalmente a reafirmação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção para a Atenção Básica para todo o país, em caráter substitutivo ao modelo tradicional (Brasil, 2006).

Com o intuito de aumentar o escopo de ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, em 2008, através da Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, NASF⁴. Aos profissionais do NASF cabe realizar atividades em

⁴ De acordo com a Portaria GM nº 154/08, há duas modalidades de NASF. O NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais de nível universitário, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. O NASF 1 poderá

conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, de forma organizada e planejada, elaborando projetos terapêuticos, os de saúde mental inclusive.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2009), *os trabalhadores do campo de saúde mental constituem 31% dos trabalhadores do NASF*. Em 2009, os Cadernos de Atenção Básica sobre as Diretrizes do NASF, no capítulo específico para saúde mental, há uma orientação para o trabalho compartilhado de suporte às equipes de saúde da família por meio de apoio matricial às equipes de PSF.

O documento propõe a co-responsabilização pela demanda. Assim, a equipe da atenção básica e a equipe do NASF⁵ são responsáveis por determinado território. A responsabilidade compartilhada visa aumentar a capacidade resolutiva da equipe local, estimulando a interdisciplinariedade e a aquisição de novas competências (Brasil, 2009).

Atenção Básica e Saúde Mental

Segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se que 3% da população necessite de cuidados relacionados a transtornos mentais severos e persistentes e mais de 9% de cuidados de atendimento eventual em saúde mental. Também se estima que de 6 a 8% da população necessite de cuidados relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2003).

Esses dados demonstram que uma parcela significativa da população necessita de cuidados em Saúde Mental. A Atenção Básica deve ser a porta de entrada do sistema exatamente por estar no território onde essas pessoas moram.

A inclusão das práticas de Saúde Mental na Atenção Básica foi pensada desde o início do movimento social organizado conhecido como Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica, no final da década de 1970.

O Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, CNSM, ocorrida em 1987, indicou a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. Na discussão sobre modelo de

ser vinculado a um total de 8 a 20 equipes de saúde da família. O NASF 2 deverá ter três dos seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional. O NASF 2 poderá ser vinculado a um mínimo de 3 equipes de saúde da família (Brasil, 2009).

⁵ O processo de implantação do NASF no município de São Paulo se deu a partir de julho de 2008 (São Paulo, 2009). Antes dessa implantação, o matriciamento em saúde mental ocorria desde 2001 através da interlocução dos CAPS com a Atenção Básica (Brasil, 2003). Em São Paulo estas ações se concretizaram de forma difusa, a depender da disponibilidade e engajamento dos trabalhadores, por absoluta falta de orientação das políticas locais de saúde mental nas gestões Serra/Kassab, entre 2006-2012 (Aranha e Silva, 2012).

atenção, afirmou que a rede básica é uma forma operacional de reversão do modelo assistencial organicista e medicalizante (Brasil, 1987).

Na Declaração de Caracas, em 1990, considerando que a Atenção Primária a Saúde havia sido adotada pela Organização Mundial de Saúde, OMS, e pela Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS, como estratégia de Saúde Para Todos até o ano 2000, foi declarado que a Atenção em Saúde Mental ligada a Atenção Primária a Saúde permite a promoção de modelos alternativos de atenção centrados nas comunidades e nas suas redes sociais (Declaração de Caracas, 1991).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, trouxe como marco conceitual a Atenção Integral e a Cidadania. Destacou a importância da rede de atenção substituir o modelo hospitalocêntrico e destacou os serviços como locais em que é possível resgatar a história e a cidadania dos indivíduos (Brasil, 1994).

Em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirmou as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, CNS, que responsabilizava a Atenção Básica por 80% das necessidades de saúde da população, incluindo a saúde mental (Brasil, 2002a).

Nessa Conferência foram aprovadas questões referentes à Atenção Básica:

1. Prioridade de cuidados em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde;
2. Capacitação em saúde mental das equipes da Rede Básica de Atenção, garantindo a integralidade da atenção;
3. Garantia de ações de saúde mental no Programa Saúde da Família, através de atividades como visita domiciliar, atendimentos em grupo e individuais, articulação com profissionais de saúde mental.

O Relatório Final da IV CNSM Intersectorial (2010) enfatizou a necessidade de garantir os cuidados em saúde mental na atenção básica e indicou a necessidade de incluir a saúde mental como área estratégica para a promoção de integralidade do cuidado (Brasil, 2012).

A Lei nº 10.216 que “dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência à saúde mental” (Brasil, 2001) define que os usuários do SUS devem ser tratados em rede, nos serviços comunitários, abertos, que operem na lógica do trabalho territorial. Este lugar é o Centro de Atenção Psicossocial.

Embora fique evidente uma tensão relacionada à questão da porta de entrada do sistema entre os campos da saúde mental e da atenção básica, também fica evidente que há *princípios convergentes* entre as diretrizes do campo da Saúde Mental e as que orientam a ação das equipes de Saúde da Família, tais como: centralidade das ações no usuário, cuidados de saúde no território, atuação a partir do contexto familiar, continuidade do cuidado, organização

em rede, trabalho em equipe interdisciplinar, construção de vínculo entre equipe e usuário, reformulação do saber e da prática tradicional em saúde (Campos et al, 2010).

O avanço das práticas concretas em saúde permite afirmar hoje que

a Saúde Mental e Atenção Básica são campos que convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de prática na área da saúde (Brasil, 2013; p.29).

Neste contexto, é o *trabalho em saúde mental do Agente Comunitário de Saúde* que interessa a esta pesquisa.

Para a aproximação com o *objeto de estudo* - o trabalho em saúde mental produzido pelo ACS - foi realizada uma busca bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde que inclui as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), Medline, Biblioteca Cochrane, Scielo, IBECs.

A princípio foi realizada uma busca para apreender o trabalho do ACS.

Em seguida realizou-se uma busca para verificar a produção sobre as concepções e o trabalho em saúde mental dos Agentes comunitários de saúde.

Inicialmente foi realizada uma busca bibliográfica integrada utilizando-se as palavras *Agente comunitário de saúde* e *trabalho*, considerando que *processo de trabalho* não se configura como descritor.

Foram encontrados 102 (cento e dois) trabalhos, sendo 78 (setenta e oito) textos completos. O ano de publicação variou entre 1989 e 2011, com maior concentração no ano de 2011. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 11 (onze) trabalhos para leitura completa. Os critérios de inclusão foram trabalhos que discutissem: o processo de trabalho do ACS; as atividades realizadas pelo ACS; os instrumentos de trabalho dos ACS.

Após leitura dos textos completos, utilizou-se 09 (nove) trabalhos para análise, os quais estavam nos critérios de inclusão.

Na segunda busca, foi utilizado o descritor *saúde mental* cruzando com os seguintes descritores *Atenção Básica*, *Atenção Primária à Saúde* e *Programa Saúde da Família*. Também foi realizada uma busca integrada cruzando as palavras *Saúde Mental* e *Programa Saúde da Família*.

Quando realizada a busca integrada encontrou-se 309 (trezentos e nove) artigos, sendo selecionados 34 (trinta e quatro) artigos para leitura de resumo.

Através da busca por descritores o seguinte resultado foi encontrado: *Saúde Mental x Atenção Básica* - 30 (trinta) artigos encontrados e 10 (dez) selecionados para leitura de resumos;

Saúde Mental x Atenção Primária à Saúde – 24 (vinte e quatro) artigos encontrados e 10 (dez) selecionados para leitura de resumo; *Saúde Mental x Programa Saúde da Família* – 14 (quatorze) artigos encontrados e 05 (cinco) selecionados para leitura de resumo.

Após a leitura dos resumos foram selecionados 14 (quatorze) artigos para análise e utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: Experiências de saúde mental na atenção básica/saúde da família; Concepções, saberes e práticas de cuidados em saúde mental do ACS; Formação em saúde mental para a equipe de ACS.

Devido a pouca produção de trabalhos realizados especificamente com ACSs, foram incluídos trabalhos com os critérios acima descritos realizados com toda a equipe de PSF entendendo o ACS como parte integrante da equipe.

1.1 Produção teórica sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde

A origem do trabalho do ACS, na década de 1980 no Brasil, foi marcada pela centralidade no acompanhamento dos grupos de risco, como crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos e acamados, com os quais trabalhavam principalmente a educação em saúde.

Embora o enfoque preventivo seja tão enfatizado nas atividades do ACS, observou-se nesse trabalho que as orientações dos ACSs acontecem de forma individualizada, centrada na assistência médica e na prevenção de riscos específicos.

Os ACSs demonstraram desmotivação e relacionaram isso a sobrecarga, baixos salários e desvalorização do trabalho (Gomes et al., 2009). Esse estudo mostrou que a atuação desses profissionais está de acordo com o preconizado para o trabalho, que pode ser verificado através das planilhas de produtividade a que esses trabalhadores devem responder. Também mostrou que através dessa pesquisa não foi possível verificar uma mudança no modelo de atenção conforme é proposto para a ESF.

Uma das pesquisas apontou que o trabalho do ACS possui duas lógicas conflitantes, uma sustentada por uma racionalidade normativa e instrumental e outra com uma lógica que permite um grau alto de liberdade. Foi observado que o trabalho desses profissionais está centrado nas áreas programáticas, atendendo as pessoas com agravos prioritários no PSF (hipertensos e diabéticos gestantes e crianças). Apontou que o trabalho do ACS não é reconhecido pela equipe que o impele a repetir o modelo centrado na lógica programática. Os autores colocam que a falta de reconhecimento desse profissional pode se dar por estarem situados em uma lógica de divisão intelectual e social do trabalho, cabendo aos ACSs o lugar do trabalhador manual, sem necessidade de um núcleo especializado de saber. Observaram que o

ACS não tem potência suficiente para contaminar o processo de trabalho da equipe e para produzir um processo de mudança em uma lógica que está fortemente implicada com as práticas hegemônicas (Ferreira et al., 2009).

Na revisão realizada foi encontrado um trabalho de Bornstein e Stotz (2008) em que foi realizada uma revisão bibliográfica sobre as concepções que integram a formação e o processo de trabalho do ACS. Essa revisão apontou vários questionamentos sobre o discurso mudancista como: prioridade de prevenção e promoção, ainda que haja necessidades imediatas da população que precisam ser satisfeitas; imposição de um modelo de alto grau de normatividade da proposta do PSF; mitificação do médico generalista em contraposição ao especialista; falta de garantia da mudança de um modelo medicocentrado; lenta resposta do aparelho formador de recursos humanos com relação a um profissional com novo perfil. Os autores referem que na revisão realizada o papel do ACS como mediador é uma unanimidade, tanto no que se refere a mediação entre serviço e comunidade, quanto à mediação entre diferentes saberes. Essa mediação implica contradições. Apesar do prestígio e poder junto à população, foi visto um enorme desgaste devido à absorção da pressão da população (Bornstein, Stotz, 2008).

Em outro trabalho, os mesmos autores estudam o papel mediador dos ACS, considerando duas categorias: *mediação convencedora*, em que se busca passar ou transmitir atitudes ou comportamentos considerados corretos e *mediação transformadora*, em que se enfatiza a transformação da sociedade numa perspectiva democrática. Segundo esse estudo, os principais segmentos mediados foram: a população residente no território em diferentes estratos e os profissionais que conformam o sistema local de saúde. As formas de mediação dos ACS resultam dessa ambigüidade de pertencerem aos dois grupos. Os autores apontam que apesar da possibilidade de ser realizada uma mediação transformadora há um risco grande de o Agente comunitário de saúde assumir uma mediação convencedora devido à grande cobrança do programa e a falta de organização da população o que não possibilita reivindicar a permeabilidade do serviço às suas necessidades e demandas (Bornstein, Stotz, 2009).

Trabalhar e morar no mesmo bairro apareceu como fonte de sofrimento psíquico. Além desse sofrimento os Agentes estão inseridos em uma lógica precária de trabalho, com vínculos instáveis e baixos salários. São colocados à frente dos serviços de saúde, sem conseguir dar respostas às demandas da população. Por estarem inseridos no mesmo território da população atendida, vivenciando as mesmas dificuldades encontradas por essas famílias, a solidariedade parece mover o trabalho desses profissionais, que vivenciam os mesmos problemas, reflexo de sua inserção social. Os autores colocam que os ACS enfrentam a precariedade de suas

condições de trabalho recorrendo a sua experiência histórica, podendo ser absorvida e recriada pela ação social concreta (Cunha, Frigoto, 2010).

Outro estudo mostrou que os ACSs sofrem pressão tanto da população quanto do serviço na exigência do cumprimento de tarefas. Os Agentes colocam que o seu trabalho não é valorizado pela equipe. O autor relaciona a desvalorização desses profissionais à falta de reconhecimento devido a uma desigual valorização social dos diferentes trabalhos, que se traduzem em relação de poder e hierarquia reproduzindo a divisão social e técnica do trabalho. Os ACSs estão na linha de frente do sistema, lidam com violência e condições precárias de vida das famílias, sem muitas vezes estar capacitado para atender as inúmeras demandas, já que suas ferramentas de trabalho são extremamente restritas e que não condiz com o panorama apresentado no cotidiano do trabalho. É importante que os ACS ampliem suas ferramentas para além do conhecimento pautado no modelo biomédico, para assim atuar no campo das necessidades de saúde de cada usuário (Galavote et al., 2011).

Os ACSs assumem a forma de um trabalhador polivalente e multifuncional, responsável por diversas funções. Esses profissionais trabalham em áreas onde tráfico e violência fazem parte da rotina, lidando com situações que colocam em risco sua integridade física e psíquica. Os autores verificaram que os ACSs se sentem responsabilizados pelo serviço de saúde não conseguir responder às demandas dos usuários. O envolvimento com as famílias aparece tanto de forma positiva como causadora de sofrimento para esses trabalhadores, e pode se dar pela proximidade com as famílias atendidas. Muitos deles referem-se às famílias como suas famílias, o que pode demonstrar uma dificuldade em se separar das situações vivenciadas. Há uma falta de ferramentas dos ACS quando estes se colocam no “papel de psicólogos”, afetando sua saúde mental. Os autores colocam que a organização do trabalho do ACS se dá de forma adoecedora, sendo comum o aparecimento de sintomas psicológicos e psicossomáticos, sendo necessário reavaliar o processo e a organização do trabalho desses profissionais (Gomes et al., 2011).

O trabalho do ACS apareceu como execução de prescrições realizadas pelos profissionais técnicos, os quais determinam como e quando devem realizar as atividades. Esses profissionais sofrem desvio de função, desenvolvendo atividades como recepção dos usuários, verificação de receitas e entrega de medicações. O autor relaciona o desvio de função à sua posição inferior no quadro hierárquico do serviço. Apenas esse trabalho fala sobre objeto de trabalho dos ACS, apontando como objeto a prevenção de doenças e promoção de saúde. Para o autor, o ACS utiliza como ferramentas do processo de trabalho as planilhas de acompanhamento dos principais programas do programa. A organização do trabalho se dá de

forma prescritiva, sem fomentar uma discussão técnica para que o Agente possa dar conta de maneira eficiente (Dias, 2008).

Foi evidenciado o excesso de função desses profissionais e o a ampliação de suas atividades. Os ACSs entendem o funcionamento do PSF com características ambulatoriais, sem articulação dos profissionais técnicos com o trabalho deles. Os Agentes colocam a pressão que sofrem da população, que não entende o seu trabalho. Esses trabalhadores referem que sofrem por trabalhar e morar no mesmo local, o que faz com que eles não consigam se separar dos problemas vivenciados pelas famílias atendidas. Esse estudo também demonstrou que o trabalho dos ACSs está centrado em práticas curativas, voltadas para os grupos de risco, sendo guiado pelas exigências das metas a serem cumpridas. Notam que há uma falta de apoio dos gestores para o trabalho deles. Os sujeitos desse estudo ressaltam a importância de qualificação para desenvolverem suas atribuições. Os autores referem ser importante a valorização do trabalho do ACS, para se sentirem motivados no trabalho. Colocam que o maior motivo para a desmotivação desses trabalhadores refere-se à falta de reconhecimento por parte da população e da equipe. Apontam a educação permanente como proposta, por permitir problematizar o serviço e os problemas encontrados na comunidade e no processo como um todo (Costa, Ferreira, 2011).

1.2 Produção teórica sobre as concepções e práticas em saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde

A revisão bibliográfica sobre as concepções e práticas em saúde mental dos ACSs evidenciou que o trabalho deste grupo está hegemonicamente centrado na lógica biomédica e em intervenções individuais e não nas práticas voltadas para ações coletivas ou intersetoriais e que os profissionais (todos e não apenas os ACSs) não são formados para atender a demanda de saúde mental, sentem-se despreparados para lidar com sofrimento psíquico e não conseguem organizar o processo de trabalho para prestar assistência em saúde mental.

Entre os 14 (quatorze) artigos analisados, 01 (um) relato de experiência se destaca exatamente pela metodologia, que por meio da estratégia de rodas de conversa com ACSs, produz protagonismo (Rios, 2007)

Outros 03 (três) artigos abordam exclusivamente as concepções e práticas desses trabalhadores (Barros, Chagas, Dias, 2009; Cardoso, Reinaldo, Campos, 2008; Pereira, et al 2007).

Apenas 01 (um) estudo evidencia uma percepção ampliada da prática em saúde mental. Nesse trabalho os ACSs valorizam a inserção social como potencialmente capaz de promover a saúde das pessoas com transtornos mentais. Entendem que é importante o estabelecimento e manutenção de vínculo. Acreditam que a fala e escuta são fundamentais para o atendimento a essas pessoas e que a visita domiciliária é a principal estratégia de promoção de proximidade (Barros, Chagas, Dias, 2009).

Ao analisar os artigos sobre pesquisas realizadas *apenas com ACS*, os trabalhos mostram que esses profissionais possuem conhecimento empírico e uma visão estereotipada sobre transtorno mental, apresentando preconceito no cuidado com a loucura. Apresentam internalização de conceitos com raízes em práticas tradicionais como: transtorno mental no campo da doença; ações centradas na supervisão de medicamentos e agendamento de consultas clínicas. Entendem a loucura como estado irracional o que causa medo no atendimento a essas pessoas (Barros, Chagas, Dias, 2009; Cardoso, Reinaldo, Campos, 2008; Pereira, et al 2007).

O restante dos trabalhos foi realizado com toda equipe (Lucchese, et al, 2009; Silveira, Vieira, 2009; Jucá, Nunes, Barreto, 2009; Vecchia, Martins, 2009; Nunes, Jucá, Valentim, 2007; Brêda, Augusto, 2001; Camuri, Dimenstein, 2010; Ribeiro, Ribeiro, Oliveira, 2008; Oliveira, Conciani, Marcon, 2008; Buchele, et al, 2006).

Os trabalhos realizados *com toda equipe* focam pouco na concepção dos profissionais sobre sofrimento psíquico. Mostram que os profissionais possuem uma visão leiga e estereotipada sobre transtornos mentais. Grande parte dos artigos aponta o medo dos profissionais em relação aos usuários de saúde mental, relacionado à falta de preparo no cuidado à loucura (Lucchese et al., 2009; Silveira, Vieira, 2009; Jucá, Nunes, Barreto, 2009; Brêda, Augusto, 2001).

Os trabalhos que incluem a equipe apontam para uma prática centrada no modelo biomédico, psiquiátrico onde a prática do ACS é centrada no agendamento de consultas e supervisão de medicação. A saúde mental não é objeto da prática em saúde, portanto não merece um planejamento e não expressa uma intencionalidade da atenção (Cardoso et al., 2008; Silveira, Vieira, 2009; Brêda, Augusto, 2001; Camuri, Dimenstein, 2010; Ribeiro, Ribeiro, Oliveira, 2008; Oliveira, Conciani, Marcon, 2008; Buchele, et al, 2006).

Apenas um demonstrou incorporação ideológica de princípios da Reforma Psiquiátrica, ainda que de forma fragmentada. Esse artigo considera uma abordagem ampliada do processo saúde-doença, incluindo dimensões psicossociais e os determinantes sociais. Valoriza a utilização de ferramentas como acolhimento, conversa, vínculo, responsabilização e

continuidade da assistência à saúde para o atendimento em saúde mental. No trabalho, os profissionais levantaram a importância de utilizar recursos não restritos à medicalização e às consultas médicas para possibilitar um cuidado integral. O artigo refere que a abordagem ampliada deve-se a organização da Estratégia Saúde da Família e acredita que essa estratégia possibilita uma ruptura com o núcleo exclusivamente biomédico da abordagem do processo saúde-doença (Vecchia, Martins, 2009).

Outro artigo descreve uma prática assistencial predominante individual, passiva, pouco criativa, centrada na internação psiquiátrica e na medicalização dos sintomas (Brêda, Augusto, 2001).

A atenção em saúde mental aparece como um acréscimo de responsabilidades e por consequência os profissionais não realizam atividades para atender essa demanda (Lucchese R. et al, 2009).

O levantamento bibliográfico evidencia a escassez de estudos sobre *processos de trabalho* dos ACSs no campo da saúde mental. Por outro lado, esses trabalhadores representam 60% de uma equipe de ESF e são responsabilizados, por meio de normativas e diretrizes do Ministério da Saúde, para recompor o elo entre o serviço de saúde e população atendida. É de supor que um agente designado para um trabalho com esta sofisticação seja tecnicamente capacitado, seja apropriado de seu saber e de seu fazer, tenha clareza dos limites de sua ação.

Este cenário justifica a elaboração de um estudo que busca apreender, pela voz do ACS, como descreve seu trabalho, como elabora seu projeto de intervenção, que finalidade tem em mente quando inicia um processo de trabalho? Que instrumentos utiliza? Tem apropriação desses conhecimentos? Suas ações cooperam ou rivalizam com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica?

2. Finalidade e objetivos do estudo

A finalidade desta Pesquisa Participante, realizada a partir da enunciação do processo de trabalho pelo próprio ACS, é interferir em três níveis:

1. na apropriação e ampliação do *poder-fazer* dos ACSs que compõem o grupo de participantes, por meio da estratégia metodológica da Oficina de Trabalho;
2. na recomposição, se necessário, das práticas interprofissionais da equipe de ESF inspirada em metodologias participantes e emancipatórias de formação e educação permanente;
3. na (re)formulação de políticas públicas que regulamentam esta prática social específica.

Os objetivos desta Pesquisa Participante são:

1. Captar e analisar o processo de trabalho em saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde, ACSs, (finalidade, objeto e instrumentos) de uma unidade básica de saúde a partir de sua própria voz;
2. Problematicar e compreender os pressupostos que fundamentam a ação de saúde mental dos ACSs;
3. Sistematizar e ampliar, por meio da Oficina de Trabalho, o conhecimento do grupo de ACS sobre o processo de trabalho em saúde mental no território, na perspectiva das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

3. Procedimentos metodológicos

3.1 Tipo de Estudo: Pesquisa Participante

Trata-se de um estudo descritivo, analítico.

Para o desenvolvimento desta *pesquisa participante* sobre uma dada realidade adotou-se a perspectiva qualitativa que permite a aproximação e análise dos fenômenos sociais, favorece a discussão crítica, a produção de conhecimentos e a transformação desta realidade.

Conforme propõe Minayo (2010), o desenho dessa pesquisa é essencialmente qualitativo à medida que se declara uma investigação social, onde a relação entre os atores envolvidos se dá de forma implicada durante todo o processo.

A realidade aqui estudada envolve dimensões individuais e coletivas e esse estudo se propôs a enfrentar o desafio de manejar instrumentos relacionais para se aproximar da realidade, ainda que de forma incompleta.

Compreende-se aqui que uma pesquisa deve alimentar as atividades de ensino, deve nascer da inserção no real e ter os objetivos do estudo definidos como consensos mínimos deste encontro. Importante destacar que a pesquisa é uma constante busca e seus resultados são sempre inacabados e provisórios.

A *pesquisa participante* é o método coerente para o desenvolvimento desse estudo, uma opção libertadora, que não toma os fatos como imutáveis, mas com uma relação dinâmica entre objetividade e subjetividade. Desta maneira, não se pode reduzir os atores participantes da pesquisa a meros objetos e sim sujeitos de formação e transformação de conhecimento:

conhecer a sua própria realidade. Participar da produção deste conhecimento e tomar posse dele. Aprender a escrever a sua história de classe. Aprender a reescrever a História através de sua história. Ter no Agente que pesquisa uma espécie de *gente* que serve. Uma gente aliada, armada dos conhecimentos científicos que foram sempre negados ao povo, àqueles para quem a pesquisa participante – onde afinal pesquisadores-e-pesquisados são sujeitos de um mesmo trabalho comum, ainda que com situações e tarefas diferentes – pretende ser um instrumento a mais de reconquista popular (Brandão, 1986; p. 11).

Entende-se, nesse trabalho, que

é totalmente impossível imaginar uma separação entre o sujeito da pesquisa (o cientista social) e o seu objeto (a sociedade) se o sujeito é ele mesmo um ser social, se são as ações humanas que modelam e transformam a sociedade da qual o pesquisador é parte integrante, podendo inclusive sofrer as consequências do projeto social que propõe ou das transformações que sua ação pode provocar (Oliveira, 1986; p. 24).

Nesse trabalho há uma intencionalidade em favorecer a aquisição, apropriação e transformação dos conhecimentos e de provocar a formação de uma consciência crítica do processo que se está vivendo nos atores envolvidos, para que de forma lúcida, sejam sujeitos em/de transformação da realidade, como atores num processo de construção.

Quanto mais, em uma tal forma de conceber e praticar a pesquisa, os grupos populares vão aprofundando, como sujeitos, o ato de conhecimento de si em suas relações com a sua realidade, tanto mais vão podendo superar ou vão superando o conhecimento anterior em seus aspectos mais ingênuos (Freire, 1986; p. 36).

a. Princípios metodológicos da Pesquisa Participante

Borda (1986) propõe seis princípios metodológicos da pesquisa participante⁶:

1. **Autenticidade e compromisso:** *“nas lutas populares há sempre um espaço para os intelectuais, técnicos e cientistas como tais, sem que seja preciso que se disfarcem como camponeses ou operários de origem”, e, no caso desta pesquisa, de Agentes Comunitários de Saúde. O que temos que demonstrar honestamente é o compromisso com “a causa popular perseguida por meio da contribuição específica de sua própria disciplina, sem negar completamente essas disciplinas”;*
2. **Antidogmatismo:** *cuidar para o respeito ao processo de construção de conhecimento processual, pois se “o intelectual engajado, ou o núcleo de liderança, se tornam dogmáticos em seu trabalho, podem estar formando antes uma ciência para o povo, como ela sempre foi concebida nos círculos de classe dominantes e transmitida às massas de maneira paternalista tradicional”;*
3. **Restituição sistemática:** *trata-se de equilibrar o “peso” dos valores dos grupos sociais com o dos novos possíveis saberes construídos, considerando e respeitando o repertório inicial destes grupos. Para tal, o autor propõe um conjunto das ações:*
 - *Comunicação diferencial: que é o cuidado de “restituir os materiais históricos (e outros) de forma adequada e adaptados de acordo com o nível de desenvolvimento político e educacional dos grupos da base” usando técnicas como histórias em quadrinhos, bem ilustradas e simples. Este material pode seguir avançando para produções mais sofisticadas, como vídeos, etc e finalmente, como textos descritivos e conceituais;*
 - *Simplicidade de comunicação: a linguagem deve ser acessível a todos;*
 - *Auto-investigação e controle: o objeto de conhecimento deve ser pactuado com o grupo, levando-se em consideração “as prioridades e necessidades*

⁶ Texto em itálico extraído na íntegra e anexado com a autorização da autora de: Aranha e Silva AL. Aranha e Silva AL. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária [tese] Livre-Docência. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012. p. 61-3.

dos movimentos ou lutas populares e não somente as necessidades dos pesquisadores” assim, soluciona-se “não apenas o problema de ‘para quem’ este estudo é feito, mas também o da incorporação do cientista ao meio em que ele deve atuar”;

- *Popularização técnica: reconhecer a “generalidade das técnicas de pesquisa mais simples e torná-las acessíveis a esses grupos”, com oferecimento de cursos de metodologia de pesquisa aos núcleos de lideranças mais avançados, de modo a capacitá-los e romper com a dependência frente aos intelectuais e realizar viabilizar a realização de suas próprias pesquisas.*

4. **Feedback para os intelectuais orgânicos:** *trata-se de uma discussão complexa porque não é possível esperar ingenuamente que as bases populares possam, de forma espontânea ou pela boa vontade de intelectuais engajados, se apropriarem dos saberes e re-escreverem a história de forma heroica. Entretanto, o processo de feedback é uma intrincada e permanente ação dos grupos envolvidos: de um lado, os pesquisadores comprometem-se com prática no campo, contatos com os grupos de base e seus problemas concretos e de outro, as lideranças buscam respostas para reivindicações, exigem e oferecem clareza e precisão na exposição teórica, fazem observações pertinentes e necessárias sobre a aplicabilidade da teoria no contexto imediato, fazem uma descrição vívida e fiel dos processos sociais locais, entre outras ações. O autor entende que este é o processo dialético que transforma as lideranças dos grupos populares nos intelectuais orgânicos⁷, ou na “minoria orgânica”;*
5. **Ritmo e equilíbrio de ação-reflexão:** *“uma das principais responsabilidades dos pesquisadores (intelectuais orgânicos) é articular o conhecimento concreto com o conhecimento geral, o regional e o nacional, a formação social com o modo de produção” [...] observar no campo as aplicações concretas dos princípios, diretrizes e tarefas e este é o ritmo que vai da ação à reflexão e da reflexão à ação, em um novo nível de prática. Este é o movimento que permite que os conhecimentos se movam “como uma espiral contínua em que o pesquisador vai das tarefas mais*

⁷ “Os intelectuais assumem o protagonismo na articulação do partido revolucionário que empreenderá a reforma intelectual e moral. Gramsci entende que todos os membros de uma agremiação devem ser considerados intelectuais, não pelo seu nível de erudição, mas pelas funções que exercem. Para ele, existem dois tipos de intelectual: o ‘intelectual orgânico’, que, em sintonia com a emergência de uma classe social determinante no modo de produção econômico, procura dar coesão e consciência a essa classe, também nos planos político e social; e o ‘intelectual tradicional’, que se conserva relativamente autônomo e independente, mesmo tendo desaparecido a classe à que pertencia no passado. Ambos cumprem funções análogas às do partido: buscam dar forma homogênea à consciência da classe a que estão ligados ou, no caso dos intelectuais tradicionais, às classes a que emprestam sua adesão, e desse modo preparam a hegemonia sobre o conjunto de seus aliados. São, em suma, instrumentos da consolidação de uma vontade coletiva, de um bloco histórico” (Gramsci, 1978; Moraes, 2009 apud Aranha e Silva, 2012; p. 62).

simples para as mais complexas e do conhecido para o desconhecido, em contato permanente com as bases sociais”;

6. **Ciência modesta e técnicas dialogais:** *o autor sintetiza as duas condições mínimas para o desenvolvimento deste ritmo e equilíbrio e para o feedback cultural das bases para a minoria orgânica:*

- *“a tarefa científica pode ser realizada mesmo nas situações mais insatisfatórias e primitivas com o uso de recursos locais” [e] isso não significa que, “devido sua modéstia, este tipo de esforço científico seja de segunda classe ou que lhe falte ambição”;*
- *O pesquisador deve: “abandonar a arrogância do erudito, aprender a ouvir [e respeitar] discursos em diferentes sintaxes culturais, adotar a humildade dos que realmente querem aprender e descobrir”; “romper com a simetria das relações sociais”; “incorporar pessoas das bases sociais como indivíduos ativos e pensantes nos esforços da pesquisa”.*

3.2 Práxis como base teórica de referência

Para compreensão do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e sua prática em saúde mental, o conceito de práxis se apresenta de forma potente para iluminar o processo de trabalho desenvolvido por eles.

Pode-se iniciar essa discussão com a afirmação de que toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis.

Por atividade geral entendemos o ato ou conjunto de atos em virtude dos quais um sujeito ativo (Agente) modifica uma matéria-prima dada. Justamente por sua generalidade, essa caracterização da atividade não especifica o tipo de Agente (físico, biológico ou humano) nem a natureza da matéria-prima sobre a qual atua (corpo físico, ser vivo, vivência psíquica, grupo, relação ou instituição social) nem determina a espécie de atos (físicos, psíquicos, sociais) que levam a determinada transformação (Vásquez, 2011; p. 222).

Por não estar plenamente em harmonia com a realidade, o homem sente necessidade de transformá-la para responder às suas necessidades que não estão satisfeitas. Assim, nega a realidade existente, construindo uma realidade ideal ainda inexistente, mas que almeja alcançar. Com isso, inicia um processo de transformação consciente, com um fim determinado e imaginado antes mesmo de chegar ao fim do processo (Vásquez, 2011).

Não é simples transformar a realidade, já que a *matéria* apresenta sempre alguma resistência em ser transformada. Porém, esse homem enfrenta a matéria com certo

conhecimento em relação a ela e provido de *meios adequados* para submetê-la ao projeto que se quer plasmar.

Nunca é possível conhecer a matéria plenamente, o que faz com que surjam ao longo desse processo “adversários imprevistos” que escapam aos planos daquele que se propõe a transformar a matéria. Como consequência disso tem-se um sujeito prático com uma consciência, que se vê obrigado a estar constantemente ativo para modificar o plano traçado. Esse processo é permeado por incertezas e indeterminações, transitando entre o plano idealizado e o plano real. Muitas vezes, ao final, há um distanciamento entre o produto idealizado e o possível através desse processo de transformação (Vásquez, 2011).

A práxis é a criação do homem, o qual toma consciência da realidade e se coloca em movimento através de uma necessidade sentida. Com isso constrói uma realidade diferente, onde possa ter respostas para algumas carências sentidas. Esse processo articulado entre prática e consciência é o que distingue o trabalho humano de outras atividades, que nem sempre se realizam de forma consciente e idealizada anteriormente à transformação, como é o caso dos outros animais. É essencialmente isso que diferencia o trabalho humano.

A atividade humana é, portanto, atividade que se orienta conforme a fins, e esses só existem através do homem, como produtos de sua consciência. Toda ação verdadeiramente humana exige certa consciência de um fim, o qual se sujeita ao curso da própria atividade (Vásquez, 2011; p. 223).

A relação entre a prática e a teoria está sempre presente na transformação da realidade. Para definir práxis é necessário pensar essa relação.

A relação entre a teoria e práxis é para Marx teórica e prática; prática, na medida em que a teoria, como guia da ação, molda a atividade do homem, particularmente a atividade revolucionária; teórica, na medida em que esta relação é consciente (Vásquez, 2011; p. 111).

A *matéria* existe independente da consciência do sujeito e de sua prática. O *produto do trabalho do homem* é fruto de sua prática e de sua consciência, porém, também existe independente de sua consciência (Vásquez, 2011).

O objeto da atividade prática é a natureza, a sociedade ou os homens reais. O fim dessa atividade é a transformação real, objetiva, do mundo natural ou social para satisfazer determinada necessidade humana. E o resultado é uma nova realidade, que subsiste independentemente do sujeito ou dos sujeitos concretos que a engendraram com sua atividade subjetiva, mas que, sem dúvida, só existe pelo homem e para o homem, como ser social (Vásquez, 2011; p. 227).

Só é possível compreender a teoria em sua relação com prática, onde se fundamenta e encontra sua *finalidade*. Porém,

por mais estreitas que sejam as relações entre uma e outra atividade, a atividade teórica por si só não mostra traços que consideramos privativos da práxis, e, por isso, não devemos colocá-la no mesmo plano que as formas de atividade prática [...] A nosso ver, a atividade teórica não é em si uma forma de práxis (Vásquez, 2011; p. 234).

A atividade prática prescinde de transformação da realidade e de uma ação efetiva sobre o mundo. Já a atividade teórica transforma apenas a consciência dos fatos e as idéias, não as coisas em si. Há uma relação de dependência entre teoria e prática. A teoria depende da prática na medida em que essa se constitui enquanto fundamento e direciona a construção do conhecimento (Vásquez, 2011).

A prática mantém sua primazia com respeito a teoria, sem que essa primazia dissolva a teoria na prática nem a prática na teoria. Por manterem relações de unidade e não de identidade, a teoria pode gozar de certa autonomia em relação às necessidades práticas, mas trata-se de autonomia relativa, uma vez que, como vimos insistindo, o papel determinante correspondente à prática como fundamento, critério de verdade e fim da teoria (Vásquez, 2011; p. 262).

Sendo a práxis a ação do homem de forma consciente, pode-se falar de diferentes níveis de práxis a depender do grau de consciência do sujeito para determinado fim. Dessa maneira é possível distinguir duas formas que representam grande importância nesse estudo, pelas quais a práxis pode se apresentar: *práxis criativa* e *práxis reiterativa*.

A *práxis criativa* resulta da atividade do homem, que através de uma necessidade sentida se coloca conscientemente em transformação. Assim, transforma a natureza e a si mesmo durante o processo. Esse nunca é um movimento acabado, já que a satisfação de necessidades é também instauradora de novas necessidades.

a práxis criadora é determinante, já que é justamente ela que lhe permite enfrentar novas necessidades, novas situações. O homem é o ser que tem de estar inventando ou criando constantemente novas soluções. Uma vez encontrada uma solução, não lhe basta repetir ou imitar o resolvido; em primeiro lugar, porque ele mesmo cria novas necessidades que invalidam as soluções alcançadas, e, em segundo, porque a própria vida, com suas novas exigências se encarrega de invalidá-las (Vásquez, 2011; p.269).

A partir de uma criação, esse processo é por vezes reiterado e repetido enquanto sua validade se mantenha, porém, novas necessidades fazem com que soluções já alcançadas apresentem-se de forma ineficaz e por isso é necessário criar novas formas para satisfazê-las.

O homem não vive em um constante estado criador. Ele só cria por necessidade, isto é, para adaptar-se a novas situações, ou satisfazer novas necessidades. Repete, portanto, enquanto não se vê obrigado a criar. Porém, criar é para ele a primeira e mais vital necessidade humana, porque só criando, transformando o mundo, o homem [...] faz um mundo humano e se faz a si próprio. Assim, a atividade prática fundamental do homem tem um caráter criador; mas, junto a ela, temos também – como atividade relativa, transitória, sempre aberta à possibilidade e necessidade de ser substituída – a repetição (Vásquez, 2011; p.269).

A práxis é essencialmente criadora, mas entre um processo e outro de criação, sempre fica espaço para a reiteração de uma práxis já estabelecida. Assim, a práxis é sempre uma forma alternada entre criação e imitação da inovação e da reiteração (Vásquez, 2011).

Vásquez (2011) coloca três elementos distintivos da práxis criadora:

1. Unidade indissolúvel, no processo prático, do subjetivo e do objetivo;
2. Imprevisibilidade do processo e do resultado;
3. Unidade e irrepetibilidade do produto.

Em nível inferior à *práxis criativa* tem-se a *práxis* simplesmente *reiterativa* ou *imitativa*. Essa se caracteriza pela inexistência ou por uma débil manifestação desses três elementos apresentados (Vásquez, 2011).

a práxis criadora exige uma elevada atividade da consciência, não só ao traçar, no início do processo prático, o fim do projeto original que o sujeito procurará plasmar com sua atividade material, como também ao longo de todo o processo. Disso resulta que uma rica e complexa criação exigiria uma maior atividade da consciência, já que a problematicidade ou improbabilidade do processo e a incerteza quanto ao resultado obrigam-na a intervir constantemente. No entanto, não devemos limitar-nos a ver o papel da consciência na práxis criadora; também nos níveis mais baixos da práxis a consciência está presente, ainda que sua intervenção seja menor (Vásquez, 2011; p. 293).

Na *práxis criativa* o produto exige uma mudança na matéria, mas durante o processo, o projeto também sofre transformações, ou seja, modifica-se também o plano ideal que deve se ajustar a realidade do processo prático. Na *práxis reiterativa* o idealizado permanece imutável, já que o processo de transformação está sendo imitado. Não há nada de aventura ou incertezas nesse processo.

Na *práxis imitativa*, o campo do imprevisível estreita-se. O ideal permanece imutável, pois já se sabe de antemão, antes do próprio fazer, o que se quer fazer, e como fazê-lo. A lei que rege o processo prático já existe, de forma acabada, anteriormente a esse processo e ao produto em que culmina. Enquanto na *práxis criadora* cria-se também o modo de criar, no modo prático imitativo ou reiterativo não se inventa o modo de fazer. Seu modo de transformar já é conhecido, porque já foi criado antes. Sobra, portanto, pouca margem para o improvável e o imprevisível, posto que o planejamento e a realização se identificam. O resultado real do processo prático corresponde plenamente ao resultado ideal (Vásquez, 2011; p.277 – Grifos meus).

Conforme foi visto, por trás de uma *práxis reiterativa* há sempre uma *práxis criativa* anterior, a qual é tomada como lei a ser seguida. Pode-se entender a *práxis reiterativa* sendo de segunda linha já que não cria uma nova realidade humana, não produz criativamente novas formas de responder necessidades, e nisso reside sua inferioridade à *práxis criativa* (Vásquez, 2011).

Com a divisão e a especialização do trabalho o homem participa em apenas parte do processo de produção, ficando dissociado quem planeja de quem executa determinada ação. Ou seja, dissolve-se a consciência que idealiza, da mão que produz. O homem já não domina o processo, mas tem uma atividade repetitiva, que exige um grau mínimo de intervenção consciente. A práxis criativa tem pouco espaço nesse contexto, onde resta ao homem imitar e repetir o já instituído, só há um caminho a ser seguido e não restam alternativas a serem construídas (Vásquez, 2011).

No capitalismo o homem fica separado do produto de seu trabalho, o qual já não lhe pertence mais. Não é mais o sujeito prático que através de uma necessidade sentida se coloca em movimento para transformar a natureza. O processo já não se dá como um todo, a concepção e realização do trabalho dissociam-se e o processo fragmenta-se. Assim, cada sujeito fica com uma parte do processo de produção.

essa divisão do trabalho acaba por transformá-lo num verdadeiro aleijão, privado que ele fica de exercitar e desenvolver suas outras capacidades humanas [...] Essa separação já implicava dividir o trabalhador, pois o alienava de seu próprio trabalho objetivado – e o trabalho é o que identifica como verdadeiramente humano, distinguível do mundo meramente natural (Paro, 2012; p. 68).

A *práxis repetitiva* se impõe no trabalho parcelado, o que produz aspectos extremamente negativos, como perda do caráter universal do trabalho, a fragmentação deste em uma série de operações parciais, a ruptura da unidade do processo de concepção e prática no trabalho (Vásquez, 2011).

Com a divisão técnica, com o parcelamento do trabalho o próprio homem fica mutilado, dividido, já que ele, que se faz por meio da necessidade de criar e se recriar pelo trabalho humano, fica privado de existir enquanto sujeito que transforma.

a divisão do trabalho nas condições peculiares da produção maquinizada conduz a um trabalho extremamente simples, desqualificado, mecânico e o mais impessoal e inconsciente possível, pois a intervenção da consciência, tão necessária quando se trata de escolher entre várias alternativas, isto é, em uma situação problemática, converte-se em um obstáculo quando não há propriamente alternativas, quando se trata de recorrer a um único caminho, e não resta margem alguma para o imprevisível (Vásquez, 2011; p. 284).

3.3 Cenário do Estudo

O Distrito da Brasilândia pertence à Subprefeitura da Freguesia do Ó / Brasilândia, na Zona Norte de São Paulo.

No início do Século XX o bairro da Brasilândia era ocupado por sítios de cana de açúcar. A partir da década de 1930 esses sítios foram transformados em núcleos residenciais e

o crescimento populacional formou o que conhecemos como bairro da Brasilândia (São Paulo, 2013).

Nessa mesma época um comerciante chamado Brasília Simões liderou a comunidade para a construção da Igreja Santo Antônio para substituir a capela existente. Por esse motivo o comerciante foi reconhecido e teve o seu nome empregado no bairro (São Paulo, 2013).

Em 1946 a Brasilândia foi loteada pela família Bonilha, que era proprietária de uma grande olaria da região. A essa época o bairro não possuía nenhuma infra-estrutura, mas a facilidade de pagamento dos terrenos e doações de tijolos para construção incentivaram a ocupação do bairro (São Paulo, 2013).

Durante a década de 1950 e 1960 o bairro recebeu um grande número de migrantes do nordeste que fugiam da seca e vinham em procura de oportunidades de trabalho. Outro incentivador foi a instalação da empresa Vega-Sopave que ao ocupar sua sede no bairro, oferecendo moradia aos empregados, levou um considerável número de famílias para a região (São Paulo, 2013).

A seguir tem-se o mapa de São Paulo e o mapa da exclusão⁸ construído por Aldaíza Sposati para melhor caracterização da Brasilândia, em sua inserção da cidade de São Paulo.

⁸ O Mapa da Inclusão/Exclusão social é uma metodologia que utiliza linguagem quantitativa, qualitativa e de geoprocessamento para produzir dois índices que hierarquizam as regiões da cidade em quanto ao grau de inclusão/exclusão. Os índices referem-se ao IEX (índice de exclusão/inclusão) e IDI (índice de discrepância). Esses índices expressam o grau de inclusão/exclusão das condições de vida das pessoas a depender do território onde estão inseridas. Os índices variam de + 1,00 a - 1,00, sendo o último o índice de maior exclusão, comparada as possibilidades de inclusão (Sposati, 2000). Para a construção do mapa da exclusão, a autora encontrou alguns desafios por não existir referenciais universais na sociedade brasileira de padrão de inclusão social. Outro problema encontrado foi estabelecer o que e quais são os critérios mínimos sociais a serem colocados como responsabilidade pública. Antes de estabelecer quem eram os excluídos a autora buscou constatar através de 49 indicadores analisados dentro os 96 Distritos da cidade de São Paulo, o máximo de inclusão e de exclusão expressos como melhor e pior situação detectada na população de um distrito da cidade de São Paulo. Caracterizar a exclusão exigiu construir uma referência de inclusão, configurando quatro utopias relacionadas à autonomia, qualidade de vida desenvolvimento humano e equidade (Sposati, 1998).

Figura 1. Mapa da Exclusão / Inclusão Social

Fonte: Centro de Estudos de Desigualdade Sócio-Territoriais. 2002.

Dentro do Mapa da Exclusão, o Distrito da Brasilândia se insere entre aqueles com maior índice de exclusão. Conforme visto há uma característica do bairro em abrigar historicamente aqueles que migraram fugindo da seca em busca de uma melhor condição de vida, se inserindo em uma localidade sem infra-estrutura, mas a um custo possível para essa população.

Para compreensão desse Distrito onde a pesquisa foi realizada, fez-se uma busca de dados para caracterizá-lo melhor.

O Distrito da Brasilândia possui uma área geográfica de 21,20 km² e população estimada de 265.783 pessoas (IBGE, 2011).

Outros dados relevantes⁹:

Quadro 1. Óbitos de crianças menores de um ano em cada mil nascidas vivas (1/100000hab). 2011

	São Paulo	Brasilândia	Ranking	Fator de desigualdade entre a Brasilândia e os demais Distritos de São Paulo
Mortalidade Infantil	11,31	15,30	9º pior índice entre os Distritos	6,92

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. 2011.

O índice de mortalidade infantil no Distrito da Brasilândia é de 15,30. É maior do que o índice da cidade de São Paulo e fica à frente de apenas 08 (oito) distritos, entre os piores. A

⁹ Esses dados foram extraídos do Observatório Cidadão Nossa São Paulo. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/>

chance de morrer antes de completar um ano de vida nesse distrito é 6,92 vezes maior do que no Distrito de menor mortalidade infantil.

Quadro 2. Porcentagem de nascidos vivos cujas mães tinham 19 anos ou menos, sobre o total de nascidos vivos. 2011

	Brasilândia	São Paulo	Ranking	Fator de desigualdade entre a Brasilândia e os demais Distritos de São Paulo
Gravidez na Adolescência	18,34	13,41	5º pior índice entre os Distritos	15,15

Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC / Secretaria Municipal de Saúde / SMS. 2011 atualizado em 2 de agosto de 2012.

O índice de gravidez na adolescência no Distrito Brasilândia é 18,34, maior que o índice do município de São Paulo e o quinto Distrito com maior número de gestantes adolescentes. A chance de ser mãe na adolescência aqui é 15,15 vezes maior do que no distrito de menor incidência.

Quadro 3. Índice de óbitos por causas externas (acidentes e violências) por local de residência (1/100000). 2011

	São Paulo	Brasilândia	Ranking	Fator de desigualdade entre a Brasilândia e os demais distritos de São Paulo
Mortalidade por causas externas	43,73	59,45	7º pior índice entre os distritos	4,30

Fonte: Pro-Aim (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo- 2011)/ SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

O índice de óbitos por causa externa é o sétimo pior do município de São Paulo, de 59,45 por 100000 habitantes. É maior que o índice do município. O fator de desigualdade está em 4,30, ou seja, é 4,30 vezes mais provável morrer nesse Distrito, do que no Distrito de menor índice sente quesito.

Quadro 4. Número de óbitos por homicídio de jovens do sexo masculino de 15 a 29 anos, por cem mil habitantes dessa faixa etária e sexo; por cem mil habitantes. 2011

	São Paulo	Brasilândia	Ranking	Fator de desigualdade entre a Brasilândia e os demais distritos de São Paulo
Homicídio Juvenil	26,52	35,17	18º pior índice entre os distritos	6,05
Homicídio	7,52	11,29	12º pior índice entre os distritos	14,85

Fonte: Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo / Pro-Aim - Secretaria Municipal de Saúde / SMS. 2011 atualizado em 30 de agosto de 2012.

O índice de homicídio de jovens na Brasilândia é o 18º pior entre os Distritos do município de São Paulo. A chance de um jovem morrer por homicídio nesse distrito é 6,05 vezes maior do que o distrito com menor índice.

Em relação ao homicídio em geral, a Brasilândia ocupa o 12º pior lugar entre os Distritos do município de São Paulo. O índice de desigualdade desse distrito é de 14,85, ou seja a chance de morrer por homicídio na Brasilândia é 14,85 vezes maior do que no distrito de menor índice.

Quadro 5. Porcentagem de domicílios em favelas sobre o total de domicílios da subprefeitura/distrito. 2011

	Brasilândia	São Paulo	Ranking	Fator de desigualdade entre a Brasilândia e os demais distritos de São Paulo
Habitação em favelas	24,39	10,80	8º pior índice entre os distritos	304,80

Fonte: Secretaria de Habitação / SEHAB / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE – Censo. 2010.

Segundo os dados da SEHAB, praticamente um quarto da população (24,39%) do Distrito da Brasilândia mora em favelas. O fator de desigualdade chega a 304,80, ou seja, a possibilidade de morar em favela na Brasilândia é 304,80 vezes maior do que no Distrito de menor índice no município. Esse Distrito é considerado melhor neste quesito do que, apenas sete Distritos do município de São Paulo. Através desse dado, pode-se afirmar que o distrito da Brasilândia é marcado por habitações precárias, único acesso possível para essa parcela da população.

Quadro 6. Porcentagem de alunos que abandonaram o ensino fundamental e médio na rede pública e privada. 2011

	São Paulo	Brasilândia	Ranking	Fator de desigualdade entre a Brasilândia e os demais distritos de São Paulo
Abandono do ensino fundamental na rede pública	1,41	1,96	13º pior entre os distritos	24,5
Abandono do ensino fundamental na rede privada	0,05	0,27	4º pior entre os distritos	27,00
Abandono do ensino médio na rede pública	6,37	8,33	14º pior entre os distritos	26,87

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais / Censo Escolar / INEP. 2011.

A chance de abandono do ensino fundamental na rede pública da Brasilândia é 24,5 vezes maior do que no Distrito de menor índice. Esse Distrito é o 13º pior entre os Distritos do município de São Paulo e o índice é de 1,96%. Na rede privada o abandono é de 0,27% e a chance de abandono é vinte e sete vezes maior do que nos outros Distritos. Nesse item é o quarto pior do município. A chance de abandono do ensino médio na rede pública da Brasilândia é 26,87 vezes maior do que no Distrito de menor índice. Esse é o 14º pior entre os Distritos do município de São Paulo e o índice é de 8,33%.

Unidade Básica de Saúde Vila Terezinha

A Unidade Básica de Saúde Vila Terezinha, cenário deste estudo, pertence à Supervisão Técnica de Saúde Freguesia/Brasilândia, da Coordenadoria Regional de Saúde Norte. É composta por 05 (cinco) Equipes de Saúde da Família.

A unidade conta com 62 (sessenta e dois) funcionários, sendo 30 (trinta) Agentes Comunitários de Saúde, 01 (uma) gerente, 05 (cinco) enfermeiras, 04 (quatro) médicos, 10 (dez) auxiliares de enfermagem, 07 (sete) assistentes técnicos administrativos, 02 (dois) técnicos de farmácia, 01 (uma) farmacêutica que atua uma vez por semana na unidade e 01 (uma) Agente de proteção ambiental.

A UBS atende uma população de 16.983 (dezesesseis mil, novecentos e oitenta e três) pessoas, distribuídas em 5023 (cinco mil e vinte e três) famílias.

Entre a população encontram-se 183 (cento e oitenta e três) crianças menores de um ano, 140 (cento e quarenta) gestantes, 2081 (dois mil e oitenta e um) portadores de hipertensão arterial sistêmica, 587 (quinhentos e oitenta e sete) portadores de diabetes mellitus e apenas 220

(duzentos e vinte) pessoas acima de sessenta. Entre a população do território 88, 33% dependem exclusivamente do SUS.

A unidade foi inaugurada em 2001 com o modelo de atenção do Projeto Qualis da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo¹⁰ e foi uma conquista da organização da população do bairro. A UBS até hoje conta com profissionais que iniciaram aquele trabalho. A UBS contava com uma equipe pouco rotativa.

A Unidade se organiza com 05 (cinco) Equipes de Saúde da Família, e no momento há uma Equipe sem médico. Nos últimos dois anos (2011-2012) a UBS passou por um período de maior rotatividade deste profissional¹¹. Outra mudança importante ocorrida em fevereiro de 2013 foi a mudança de gerência da unidade. Sendo assim, a Unidade encontra-se em processo de reestruturação.

Historicamente a unidade se organizou de maneira a responder além do que era preconizado pelas metas instituídas pelos órgãos centrais. A unidade se organiza durante bastante tempo em projetos transversais:

1. *Educação Permanente*: nesse Projeto são realizadas discussões com os profissionais sobre o cotidiano do trabalho nas diversas temáticas. Acontece semanalmente: uma semana para Agentes comunitários de saúde, uma semana para auxiliares de enfermagem, uma semana de discussão em saúde mental com os demais serviços da rede (CAPS adulto, CAPS AD, CAPS i e NASF) e uma semana direcionada a discussão clínica para profissionais de nível superior. Esse espaço permite pensar a prática dos profissionais e compartilhar, entre os pares, os saberes e experiências através da discussão do cotidiano do trabalho, direcionado através de temáticas construídas em conjunto com os trabalhadores.
2. *Saúde Mental*: o atendimento em saúde mental ocorre desde a abertura da Unidade. Há um esforço da equipe em realizar algumas atividades como: grupo de artesanato semanal, grupo de caminhada, grupo de ginástica chinesa, passeios e sessões de filmes chamadas Cine-debate. É realizada uma reunião mensal no espaço da Educação Permanente, com o CAPS adulto, CAPS infantil, CAPS ad e NASF para discussão de casos. Também acontece, desde 2002, um Grupo de Escuta aberto, com demanda espontânea em que

¹⁰ QUALIS – Incentivo financeiro da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, no ano de 2000, para os municípios que aderissem ao Programa Saúde da Família. A princípio esse incentivo seria para municípios com menores IDHs, áreas quilombolas ou assentamentos rurais. Porém devido à situação das políticas de saúde no município de São Paulo, durante a gestão Maluf, o Qualis foi implantado nesse município.

¹¹ Após a saída de 03 (três) profissionais médicos em 2010, que trabalharam lá desde a abertura da Unidade, houve uma maior dificuldade em fixar médicos, com exceção de 02 (duas) equipes, onde o profissional médico está há cinco e oito anos respectivamente.

participam pessoas convidadas pelas equipes ou trazidas pelos próprios usuários. Acredita-se que esse é um espaço de escuta, de trocas afetivas e de reflexão sobre o modo de viver. Muitas vezes o grupo oferece suporte em momentos de crise. Outra atividade realizada pela Unidade é a Medicação Assistida para pessoas sem suporte familiar e com dificuldade em seus cuidados. Essa estratégia possibilita aproximação e vínculo com os usuários, sendo utilizada apenas quando o usuário não tem autonomia para esse cuidado consigo e estiverem sido esgotadas outras possibilidades.

3. *Saúde da Criança*: em 2011 iniciou-se um projeto de forma estruturada para atender a demanda dessa população. Por meio desse Projeto é realizado um acompanhamento mensal das famílias e das crianças selecionadas pelas equipes. O acompanhamento é realizado em Grupos Lúdicos e intervenção com as famílias. A brincadeira é entendida no projeto como terapêutica e potente para re-pensar a organização familiar e o desenvolvimento infantil.
4. *Saúde da Terceira Idade*: esse é um projeto bastante antigo na Unidade, composto por algumas atividades com o objetivo de proporcionar a essa população uma maior interação social. As atividades realizadas incluem: caminhada e alongamento às segundas, quartas e sextas-feiras; ginástica chinesa às terças e quintas-feiras; passeios mensais; festas em datas comemorativas como dia das mães, festa junina, festa de fim de ano, entre outras; ida à baile da terceira idade.

Conforme preconizado pela portaria GM 154 de 2008, a unidade conta com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é composta por 02 (dois) profissionais fisioterapeutas e 02 (dois) terapeutas ocupacionais com carga horária de 20 (vinte) horas semanais cada um, 01 (uma) fonoaudióloga, 01 (uma) nutricionista e 01 (uma) psicóloga com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais. Esses profissionais dão apoio à UBS Vila Terezinha e à UBS Jardim Guarani que possui 07 (sete) equipes de Saúde da Família.

Os profissionais do NASF se organizam em duplas de referência para dar apoio às equipes. As reuniões de equipe ocorrem por uma hora diária e a dupla de referência participa em uma das reuniões semanalmente. Há uma reunião mensal estendida de meio período, a qual conta com a participação dos profissionais do NASF.

A princípio seriam selecionadas 02 (duas) equipes de Agentes Comunitários de Saúde para participação dessa *pesquisa participante* (descrita adiante). Porém foi necessário delimitar o universo de sujeitos para 01 (uma) equipe, justificado pela complexidade do procedimento de

coleta dos dados empíricos (descritos adiante) e o limite de tempo disponível para um trabalho acadêmico no nível do Mestrado.

O critério de escolha referiu-se a inserção da pesquisadora na equipe, onde trabalhou por mais de 03 (três) anos com essas Agentes Comunitárias de Saúde e por ser uma das equipes que apresenta maior cadastro e atendimentos de casos de saúde mental, violência ou casos emblemáticos para a articulação da Atenção Básica com a Saúde Mental.

A Equipe Verde atende uma população de 3456 (três mil, quatrocentas e cinquenta e seis) pessoas, em 1046 (hum mil e quarenta e seis) famílias.

Possui 46 (quarenta e seis) crianças menores de 01 (um) ano, 32 (trinta e duas) gestantes, 387 (trezentos e oitenta e sete) portadores de hipertensão arterial sistêmica e 122 (cento e vinte e duas) pessoas portadoras de diabetes mellitus. Segundo informações da Equipe Verde, em 2012 realizaram atendimento a 80 (oitenta) pessoas em uso de medicação psiquiátrica controlada.

No momento (primeiro semestre de 2013) a Equipe Verde está completa, com 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira, 06 (seis) Agentes comunitárias de saúde e 02 (duas) auxiliares de enfermagem.

Durante o ano de 2012 a equipe passou por um período difícil por ter ficado o ano inteiro sem profissional médico, contando apenas com o apoio de médicos de outras equipes para atendimento da população.

3.4 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa 05 (cinco) entre as 06 (seis) ACSs da Equipe Verde porque uma delas estava de férias.

3.5 Procedimentos éticos

O Projeto de Pesquisa foi inserido na Plataforma Brasil para apreciação e respeitou as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 1996).

A apresentação do Projeto para análise dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e o da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo deu-se após o aceite da Supervisão de Saúde FÓ/Brasilândia (Apêndice 1) e do gerente da UBS (Apêndice 2) à época.

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizada uma visita à UBS, momento em que o projeto, a metodologia e os objetivos foram apresentados à Equipe Verde. Nesse momento ainda não havia a aprovação do Comitê de Ética. Combinou-se uma próxima visita assim que o Parecer estivesse em mãos da pesquisadora.

Ficou combinado com a gerente do serviço que as Oficinas de Trabalho aconteceriam com as Agentes da Equipe Verde por 03 (três) dias na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e que seria necessário que fossem liberadas para a participação.

A coleta de dados só ocorreu após a aprovação do Projeto de Pesquisa nos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Apêndice 3) do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Apêndice 4) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos trabalhadores que se dispuseram a participar do estudo (Apêndice 5).

Pactuou-se que os resultados da pesquisa serão compartilhados com a Equipe Verde e com os demais trabalhadores da UBS numa reunião a se realizar na UBS Vila Terezinha, em data propícia após a defesa da Dissertação de Mestrado.

3.6 Processo de construção de conhecimento por meio da Oficina de Trabalho

Esta *pesquisa participante* utilizou a Oficina de Trabalho como opção metodológica para captação e análise dos dados empíricos.

Tal procedimento metodológico é filiado à pedagogia de Paulo Freire por defender a formação de sujeitos, propondo a transformação da realidade através da leitura e análise crítica das experiências de vida dos participantes (Amaral, Fonseca, 2005).

Esta estratégia metodológica abre possibilidade à reflexão individual e coletiva permitindo intercâmbio de ideias, crenças e práticas sobre saúde. Os conceitos tornam-se ricos à medida que perdem seu caráter abstrato e dialogam com conteúdos reais (Amaral, Fonseca, 2005).

Esse procedimento na estratégia processual da descrição / desconstrução e recomposição de saberes e práticas

supera a função pedagógica e terapêutica, cunhando o seu caráter emancipatório, uma vez que o conhecimento decodificado fornece ao pesquisador e ao pesquisado os elementos essenciais para maior compreensão da realidade (Aranha e Silva, 2003, p. 95).

A Oficina Total foi desenvolvida segundo o rendimento do Grupo de Trabalho em 03 (três) dias: 18 e 26 de abril e 03 de maio de 2013.

1. **18 de abril de 2013:** Oficina Preparatória composta por 02 (duas) fases: Fase de Aquecimento (Apêndice 6) e Fase de construção do material empírico (Apêndice 7) e Oficina Parte 1 (Apêndice 8)
2. **26 de abril de 2013:** Oficina Parte 2 (Apêndice 9) e Oficina Síntese (Apêndice 10)
3. **03 de maio de 2013:** Oficina Parte 2 e Oficina Síntese

O processo todo totalizou aproximadamente 17 (dezesete) horas de trabalho.

▪ **Oficina Preparatória – 18 de Abril de 2013 – EEUSP**

No período da manhã do dia 18 de abril foi realizada uma recepção com café da manhã para possibilitar um ambiente favorável, uma roda de apresentação informal onde cada participante se apresentou da forma como desejasse.

A pesquisa foi apresentada novamente e foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 5) junto a elas e solicitada autorização para gravação das Oficinas. Foram esclarecidas as dúvidas a respeito da pesquisa e do procedimento de coleta de dados.

A seguir iniciou-se a Oficina Preparatória composta pelas Fases de Aquecimento e Construção do material empírico.

A Fase de Aquecimento utiliza um Instrumento (Apêndice 6) que mobiliza a recuperação afetiva e uma retrospectiva do caminho profissional das ACSs do início de suas atividades até o momento atual.

A Fase de construção do material empírico utilizou o Instrumento (Apêndice 7) para provocar a emergência de uma situação de cuidado vivenciada por elas de interface da Atenção Básica e Saúde Mental. Seria uma situação que causou forte impacto ou teria chamado muito a atenção das ACSs e ser compartilhada com outros trabalhadores da Equipe.

Após preenchimento dos Instrumentos as ACSs fizeram a apresentação verbal do material e essa fase foi gravada. Este material correspondente à Oficina Preparatória e permitiu refletir sobre o trabalho das ACSs.

Esta fase e este material específico foi gravado e transcrito na íntegra e está contido no Apêndice 11 como forma de dar e reconhecer a voz das ACSs participantes desta Pesquisa Participante.

As transcrições, em particular, foram analisadas, sendo realizada uma Análise Temática seguindo os seguintes passos (Minayo 2010):

- Leitura flutuante, onde foi possível entrar em contato intenso com o material da pesquisa, retomando-se os objetivos iniciais;
- Constituição do corpus, em que foi possível apreender a totalidade do universo estudado, através de leitura exaustiva do material, verificando-se a pertinência do material;
- Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Nesse momento retomou-se as indagações iniciais e foram reformuladas as hipóteses do estudo;
- Exploração do material: Foi realizado recorte do texto segundo as categorias apreendidas através das etapas anteriores;
- Tratamento dos dados obtidos e interpretação: Propôs-se nessa fase a análise das categorias, trabalhando os significados, inter-relacionando-os ao quadro de referência adotado na pesquisa e conceitos que emergiram através da coleta de dados.

Esta análise deu origem às categorias empíricas que estão descritas no Capítulo 4.

Dos Resultados:

1. Quem são as agentes comunitárias de saúde
2. Formação e reconhecimento
3. O que consideram potencial de fortalecimento e desgaste no trabalho
4. Gênero

▪ **Oficina Parte 1 – 18 de Abril de 2013 – EEUSP**

Esta Oficina foi realizada no período da tarde do dia 18 de abril de 2013.

Após a etapa anterior iniciou-se a Oficina Parte 1 – *O fazer* – por meio do preenchimento do Anexo 8.

O objetivo desta fase foi descrever de forma minuciosa e objetiva *o fazer* de cada sujeito envolvido na situação relatada pela manhã (profissionais, usuários, familiares, acompanhantes, agregados). O preenchimento por escrito do Instrumento foi realizado de forma coletiva e compartilhada, com contribuições das demais para corrigir erros ou lapsos de memória. Cada participante realizou uma apresentação da descrição do *Fazer* nas situações vivenciadas por elas.

▪ **Oficina Parte 2 e Oficina Síntese – 26 de Abril de 2013 – UBS Vila Terezinha**

Inicialmente a proposta era que todas as Oficinas acontecessem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, porém, após a primeira Oficina, as ACSs entraram em contato com a pesquisadora, para verificar a possibilidade continuar os trabalhos na UBS Vila Terezinha onde trabalham.

As ACSs referiram que o deslocamento foi cansativo e que elas preferiam o ambiente da Unidade para continuidade da pesquisa. A mudança foi realizada sem problemas para as pesquisadoras.

Dada a característica pedagógica da Oficina de Trabalho e para superar esta dimensão, na perspectiva da apropriação de saberes e emancipação de pessoas, o método prevê a oferta de um tema articulador, neste caso, o tema eleito e coerente com o objetivo da pesquisa foi os *elementos constitutivos do processo de trabalho*:

Figura 2 – Elementos constitutivos do processo de trabalho

Também houve uma reflexão sobre as características dos elementos constitutivos do processo de trabalho e como isso se aplica no trabalho em saúde. Esse momento não foi gravado.

Figura 3 – Representação esquemática do processo de trabalho

Aranha e Silva, 2012

O tema articulador foi apresentado pela pesquisadora com recursos audiovisuais que ficaram disponíveis durante toda a discussão e análise do material produzido na Oficina Parte 1.

O objetivo desta fase foi reconhecer e analisar o *fazer* descrito na fase anterior e a ele atribuir um *significado*. Este procedimento metodológico resultou na qualificação do *fazer* e na categoria *saber-fazer* (a *situação*) em saúde mental do Agente Comunitário de Saúde (Anexo 9).

Da mesma forma, a análise do material sobre o *significado* do *fazer* que resultou na categoria *saber-fazer* foi realizada de forma coletiva e compartilhada.

Ao final da discussão percebeu-se que as ACSs apropriaram-se dos conceitos relativos ao referencial teórico adotado nessa pesquisa.

Essa discussão iniciou-se no período da manhã e o ritmo e envolvimento das participantes superou o planejamento inicial das atividades e possibilitou uma recomposição do procedimento metodológico previsto, ou seja, a ideia inicial era que todas os *fazer*es fossem analisados e a eles atribuídos os *significados* (*saber-fazer*) para somente então iniciar a discussão do processo de trabalho, o *poder-fazer*, que é objetivo final da Oficina Síntese.

Isto porque, além dos *significados* envolvidos nas situações, as ACSs foram articulando o processo de trabalho desenvolvido por elas, elegendo a *finalidade* e os *instrumentos* que elas utilizam na transformação do *objeto eleito por elas*.

Desta forma, optou-se por tomar cada situação em particular e finalizar a análise do *fazer* (Oficina Parte1), da atribuição dos *significados* (*saber-fazer*) (Oficina Parte2) e elaborar a

recomposição dos processos de trabalho, o poder-fazer, evidenciados pela análise à luz do tema articulador (Oficina Síntese).

Ao final desse dia foi possível concluir a análise de 03 (três) das 05 (cinco) situações.

▪ **Continuação da Oficina Parte 2 Oficina Síntese – 03 de Maio de 2013 – UBS Vila Terezinha**

Nesse dia deu-se continuidade ao processo iniciado na semana anterior, e seguiu-se às análises dos processos que ficaram faltando. Foi possível concluir a identificação do *poder-fazer* e do *processo de trabalho* (Oficina Síntese) em todas as situações vivenciadas por essas Agentes.

Ao final do processo as ACSs relataram a importância das Oficinas. Disseram que no cotidiano do serviço há pouco espaço para a discussão do trabalho e que pensar o *significado das ações* permitiu repensar a prática delas, nas outras situações vivenciadas no período entre as Oficinas.

A análise coletiva deu origem à categoria empírica que está descrita no Capítulo 4. Dos Resultados: 4.5. Processos de trabalho em Saúde Mental eleitos pelas Agentes Comunitárias de Saúde para a produção compartilhada de conhecimento.

4. Apresentação dos Resultados

4.1 Quem são as Agentes Comunitárias de Saúde

O universo de sujeitos participantes da pesquisa refere-se a 05 (cinco) mulheres, que trabalham como ACS na Equipe Verde da UBS Vila Terezinha. As ACSs mulheres são grande maioria nessa unidade, sendo que a equipe é composta por 29 (vinte e nove) ACSs mulheres e apenas 01 (um) ACS homem, totalizando 30 (trinta) Agentes comunitários de saúde.

Apesar do pré-requisito para o trabalho do ACS ser a conclusão do Ensino Fundamental, todas as ACSs completaram o Ensino Médio.

As idades das ACSs são: 35 anos (ACS 1), 40 anos (ACS 2), 26 anos (ACS 3), 34 anos (ACS 4) e 38 anos (ACS 5). Todas são adultas jovens.

Quanto ao tempo no serviço, duas Agentes referem estar na unidade há 07 (sete) anos (ACS 1 e ACS 2), duas referem estar há 04 (quatro) anos (ACS 3 e ACS 4) e 01 (uma) refere trabalhar na unidade há doze anos (ACS 5).

Com isso têm-se uma média de tempo de serviço de 6,8 anos. Esse dado demonstra que nessa equipe não há grande rotatividade entre as profissionais ACSs. A Agente que está há mais tempo na unidade iniciou o trabalho junto ao início das atividades da UBS, estando lá desde o início do PSF na unidade. O tempo de serviço dessas Agentes pode demonstrar grande potencialidade em conhecer a região e os moradores atendidos, o que permite que atendam as famílias de forma longitudinal, acompanhando os processos saúde-doença e as intervenções da equipe de forma continuada.

Todas as ACSs são migrantes, sendo que 03 (três) são procedentes do Maranhão (ACS 1, ACS 3 e ACS 4), 01 (uma) do Ceará (ACS 5) e 01 (uma) de Minas Gerais (ACS 2).

O trabalho de Agente comunitária de saúde constituiu-se como a primeira experiência na área da saúde dessas trabalhadoras. Entre as funções exercidas antes de ingressarem na UBS, uma delas refere ter participado da frente de trabalho (ACS 5), uma trabalhou como operadora de telemarketing (ACS 3), uma delas era auxiliar de limpeza (ACS 4), uma não trabalhava fora de casa considerando-se dona de casa (ACS 2) e uma delas não informou o trabalho que desenvolvia antes de ser ACS (ACS 1). O tipo de trabalho dessas Agentes antes de ingressar na área da saúde eram trabalhos que requerem pouca qualificação e em geral são mal remunerados.

4.2 Formação e reconhecimento

Duas Agentes Comunitárias de Saúde referem não ter informação sobre o tipo de trabalho que assumem, que sentem falta de formação técnica estruturada para realizar o trabalho e que aprendem o trabalho no cotidiano do serviço. A falta de formação faz com que realizem atividades para as quais não têm capacitação, correndo o risco de realizarem atividades que não são de sua responsabilidade.

A minha chegada no serviço foi de expectativa, por não ter né, noção do que seria o trabalho (ACS1)

Continuei sem noção por um bom tempo, eu fui ter noção do que era o trabalho do Agente comunitário a partir do trabalho em campo (ACS1)

Ele faz entrega de exames, ainda acontece isso, o Agente comunitário leva receita [...] o remédio não é o Agente comunitário que tem que levar. É a equipe junto com um acordo de equipe, depende de cada caso (ACS1)

Cheguei ao absurdo de anotar coisas no prontuário, que eu também não sabia. Então, algo me dizia que não era certo, mas eu não tinha um respaldo legal, onde tivesse escrito realmente isso é seu, faça isso, ou não, faça aquilo (ACS 1)

Quando eu comecei, eu entrei perdida, não sabia o que era, como era pra fazer. Todo mundo que entrou junto comigo, naquela época que nós entramos, nós éramos em 16, entrou sem saber (ACS5)

Daí fiz tudo, no começo o trabalho era muito difícil porque ninguém sabia, as enfermeiras também, a equipe não estava formada, não tinha equipe completa ainda, aí a gente teve que fazer o cadastramento de todas as pessoas, das famílias, foi meio complicado, uma construção conjunta que a gente teve que fazer, ir pra campo (ACS 5)

a gente fazia mesmo trabalho que não era da alçada da gente entregar exames, entregar remédio em casa, até mesmo explicar para um paciente, o que tinha dado no exame dele (ACS 5)

Depois que a gente fez o curso de técnico, que foi durante seis meses, aí nós sabemos qual era o papel do Agente, nós ficamos sabendo a partir daí, qual era o nosso papel na verdade e qual era o papel do outro (ACS 5)

Três Agentes referem terem sido treinadas no próprio trabalho pelas colegas que já estavam trabalhando há mais tempo.

Foi uma expectativa também muito grande. Eu aprendi do jeito que elas ensinaram, que não era o jeito correto. Aí a gente só veio mesmo conseguir trabalhar, exercer a nossa função depois do (curso) técnico (ACS 2)

Quando eu cheguei já era bem mais fácil, as meninas já tinham uma noção do que era o trabalho, o que a gente tinha que fazer e o que a gente não tinha, então eu já tive um treinamento com elas (ACS 3)

Eu entrei numa equipe boa, essa que eu estou até hoje, que as meninas me ensinaram o que elas sabiam do trabalho e eu consegui aprender um pouco mais (ACS 4)

Uma Agente considera a formação profissional uma necessidade. Afirma que após a conclusão do primeiro módulo do Curso Técnico em ACS pode direcionar e definir com maior clareza o que eram suas responsabilidades e as de outros profissionais, o que era atribuição do ACS e o que era dos demais.

A gente veio ter noção dessa diretriz a partir do primeiro módulo do técnico de Agente comunitário e saúde, que a gente fez em 2008, a gente teve seis meses de curso, e lá era tudo o que eu achei que realmente era pra eu fazer e o serviço vetava e direcionava para outro canto né? (ACS 1)

Não é que um direcionamento vai fazer eu agir mais ou menos desse jeito, mas talvez eu sinta menos culpa e talvez eu tenha certeza melhor de que eu não estou errando e aí isso já não vai gerar tanto conflito em mim (ACS 1)

eu não entro em sofrimento querendo fazer mais e mais, porque sempre vão achar que é pouco sabe, acho que é mais ou menos isso que a gente ta fazendo aqui, que é tentar identificar realmente e direcionar algumas questões com relação ao nosso trabalho (ACS 1)

Ainda hoje, segundo a informante, muitas não possuem formação técnica em ACS. Refere que a falta de formação e de diretriz sobre o trabalho realizado por elas faz com que o trabalho do ACS fique sem identidade e sem direcionamento, o que gera sofrimento nessas trabalhadoras.

pela falta da nossa qualificação profissional, quanto ao nível de instrumentalização pra que traga informações: olha você faz isso, isso e aquilo [...] como a gente só teve o primeiro módulo de técnico e no caso seriam três, faltou o restante, acaba que a gente fica um pouco sem identidade (ACS 1)

sem identidade a gente vai fazendo muita coisa ao mesmo tempo, não consegue abraçar tudo, não consegue direcionar porque não foi qualificada pra isso e entra em sofrimento justamente porque não tem a técnica de avaliar o que é meu, o que não é, até onde eu vou, o que eu faço, o que eu não faço, não é verdade? (ACS 1)

Que até hoje, lá no serviço, quantas de nós fez o curso, que está no serviço? Umas seis? (ACS 1)

Esta ACS acredita que os outros trabalhadores qualificados têm autonomia, poder de decisão sobre seu fazer, suas escolhas, procedimentos e que as Agentes precisam se amparar em leis, parâmetros legais com relação à atribuição do Agente comunitário, levando documentação para mostrar que este não é o seu ofício. Crê que somente mediante capacitação técnica elas podem ser reconhecidas.

quando eu, Agente comunitária, decido fazer alguma coisa com relação às coisas que eu aprendi, do que é e do que não é pra eu fazer é uma coisa. Quando o profissional que compõe a equipe e os outros profissionais não conseguem identificar isso é outra. Porque até hoje tem enfermeira que entra e não sabe qual é o trabalho do Agente comunitário, entendeu? Não sabe (ACS 1)

Tivemos que entrar numa discussão, amparado por lei, com parâmetro legal, com relação à atribuição do Agente comunitário, levantamos toda a documentação e mostramos, isso não é o nosso ofício, sabe? (ACS 1)

A falta de investimento governamental nas três esferas de poder, Nível Local, Estadual e Federal, para a formação do ACS é associada pela Agente a interesses políticos de não formar profissionais críticos que lutem por seus direitos.

em termos de regulamentação, eu até hoje me pergunto porque o governo mandou seis meses de módulo de técnico, sendo que a gente teria que fazer três (ACS 1)

temos essa capacidade de lutar, de desenvolver nosso trabalho melhor [...] de acordo com as nossas atribuições porque a gente teve uma base, que foi seis meses de curso, o primeiro módulo, os outros dois não veio até hoje que era pra gente fazer três (ACS 1)

Noventa por cento dos Agentes não tem curso de Agente comunitário de saúde (ACS 1)

É muito melhor um profissional estar leigo, onde eu posso direcionar onde ele vai fazer, o que ele vai fazer ou não, do que ele estar esclarecido e dizer eu, ele não vai fazer porque não é obrigação dele, não, ele tem que fazer isso eu sei que ele tem que fazer isso (ACS 1)

Ainda para esta ACS, o sofrimento no trabalho aparece relacionado à falta de reconhecimento do trabalho do ACS. Os outros profissionais não compreendem a complexidade do trabalho desse profissional e faz com que ele se sinta desamparado.

a falta da compreensão de quanto é complexo o trabalho do Agente comunitário, faz com que muitas vezes a gente não se sinta tão respaldado (ACS 1)

insegurança de não saber se o outro sabe qual é o seu papel e se o outro valoriza o que você faz ou não (ACS 1)

É isso que traz o sofrimento, porque se você vai num caso e você vê que o caso é difícil e você faz todo esse processo que é trazer pra discutir, trazer pra defender o seu caso, pra mostrar como que é a realidade daquele caso e você for ouvido e valorizado em tudo que você fez, é uma coisa, você dorme tranquilo e você fala eu dividi a carga, né, porque cuidar de um outro, de um ser humano é muito difícil, é muita responsabilidade com a vida das pessoas, que é o que a gente faz, diariamente, mas a gente sabendo que o colega de trabalho, que a equipe, que o programa entende que eu fui lá e fiz tudo o que eu era capaz de fazer e fiz até um pouco mais, talvez eu durma mais tranquila (ACS 1)

As cobranças vêm mais do que o reconhecimento (ACS 1)

É difícil alguém dizer pra você, nossa você fez, você conseguiu fazer isso, bacana, não...mas você fez o que? (ACS 1)

A desvalorização do trabalho do ACS por parte da equipe faz com esse profissional seja transferido ou deslocado para exercer funções que não lhes são próprias e as que burocráticas como atender balcão, ficar em coleta e que não fazem parte de sua atribuição. Essa ACS é porta voz de um grupo de Agentes comunitárias de saúde que luta para ter seu trabalho reconhecido e não exercer funções que não sejam sua atribuição.

Que a gente não quer ficar em balcão, que a gente não quer ficar em coleta, que a gente não quer ficar fazendo o trabalho do outro, não porque se o outro precisar da gente a gente não vai estar lá pra apoiar (ACS 1)

como apoiadores sim, mas eu preciso ter o tempo de fazer o meu trabalho, pra que eu possa dormir melhor (ACS 1)

se eu for tirada da minha atribuição eu vou deixar de cumprir com o meu ofício, eu vou estar responsável por aquilo que eu deixei de fazer. Aí é que cabe aquela questão do meu direito de exercer o meu papel... pra que eu estou aqui? (ACS 1)

Pra ser Agente comunitário, me deixe fazer o meu trabalho (ACS 1)

Três ACSs identificam uma valorização maior do saber dos profissionais com formação técnica em saúde em detrimento do saber do ACS. Isso ocorre entre a população atendida e entre os profissionais da equipe. As ACSs sentem-se desrespeitadas pelo tratamento desigual que sofrem perante aos outros profissionais. Questionam a valorização meritocrática do trabalho, onde o trabalhador reconhecido é aquele que teve acesso a um processo de educação formal consagrado socialmente.

Cada profissional tem o seu valor, a gente valoriza o enfermeiro, valoriza o auxiliar e a gente quer ter o nosso valor, só que o que a gente percebeu é que as pessoas valorizam um certificado quando a base do trabalho do Programa Saúde da Família é o Agente comunitário (ACS 1)

a profissional de avental branco chegou e disse, eu tenho curso disso e daquilo outro e formação disso e daquilo outro, estudei tantos anos, eu sei o que eu estou falando. Eu falei, pois eu não tenho curso, eu estudei seis meses de Agente comunitário, estou com o documento aqui na sua frente e sei o que eu estou falando (ACS 1)

você pode estar falando a coisa certa, mas se um avental branco, tanto faz se é um auxiliar, um enfermeiro ou um médico chegar e disser que não está certo, não está certo, você faz o seu trabalho certo, mas se ele disser que não está certo, vai vigorar o que ele disse, que não está certo, pela credibilidade que o avental branco passa (ACS 3)

Sabe por que eu falo? Porque ainda existe diferença, quando tem uma pessoa de avental branco e uma de azul. A de azul pode estar falando o que for, aí o de avental branco chega, a de azul deixa de ser atenção e a de avental branco passa a ter aquela atenção (ACS 5)

As pessoas não têm respeito muitas vezes, pelo nosso trabalho, pela nossa profissão. Porque a gente não tem estudo, entendeu? E quem tem um avental

branco geralmente tem um estudo melhor, capacitação profissional, fez lá uma faculdade, essas pessoas têm um pouco de, um respeito maior (ACS 5)

Aí a gente não deve nunca se sentir por baixo do outro porque ele [...] teve oportunidade de estudar[...] e nós tivemos oportunidade de estudar, de chegar até aqui onde nós estamos. A gente não deve nunca se sentir por baixo do outro por ele ter uma capacitação melhor do que a nossa, tem que ter respeito, tem que ter o seu valor (ACS 5).

A gente não pode deixar as pessoas humilharem a gente porque a gente não fez um curso, não tem uma graduação (ACS 5)

as pessoas tem que aprender a ter respeito com a gente também, da mesma maneira que a gente respeita eles (ACS 5)

Eu não admito se eu estiver lá na sala da diretora, conversando com ela, um médico ou uma enfermeira venha falar na minha frente e ela dar atenção, eu falo na cara dela... eu estou falando com você (ACS 5)

O reconhecimento do trabalho aparece associado à formação profissional. Uma ACS acredita que o trabalho será valorizado à medida que houver formação profissional. Acredita que se as ACSs conhecerem seus direitos isso faria com que lutassem para a sua concretização.

A gente se respaldou através do documento norteador com relação à atribuição do Agente comunitário, onde tinha lei, artigo, um monte de documentação que provava o que a gente estava falando, porque se a gente não provasse o que a gente estava falando a gente ia rodar (ACS 1)

O que fez a gente lutar pelos direitos da gente? Foi saber e conhecer quais eram eles (ACS 1)

Então a gente era tipo analfabeto [...] tipo aqui está escrito tal coisa, segue isso, mandava a gente seguir e a gente seguia porque a gente não sabia o que estava fazendo (ACS 1)

4.3 O que consideram potenciais de fortalecimento e desgaste no trabalho

Durante as Oficinas, a ambivalência relacionada ao que consideram bom e ruim no trabalho esteve presente a todo o momento. As falas demonstram que o trabalho possui diversos desgastes para a vida dessas trabalhadoras, sendo ao mesmo tempo gratificante.

Este estudo convencionou os aspectos positivos relacionados ao trabalho, que foram identificados e indicados pelas ACSs, como potenciais de fortalecimento e, os aspectos negativos, relacionados ou indicados ao trabalho das ACSs, como potenciais de desgaste.

Há uma indicação de potencial de fortalecimento quando duas ACSs referem ser gratificante trabalhar como ACS, principalmente quando conseguem ver mudanças através das intervenções realizadas por elas.

Eu acho gratificante [...] porque é bacana você lidar com o ser humano, é bacana você fazer a diferença na vida do outro (ACS 1)

E quando você pode ajudar e que você tem um retorno disso é muito bom (ACS 2)

Tem um grupo na unidade, que é o grupo do artesanato, que é o grupo que eu amo de paixão, que eu vejo que tinha pessoas ali que não tinha a menor perspectiva de vida, aquela vidinha de ficar em casa, de depressão e de repente começou a ir nesse grupo, e viu que consegue fazer alguma coisa de diferente. Tem uma senhorinha lá que ela tinha uma depressão muito profunda e agora não, ela faz, ela vai vender, quando tem feira ela vai e isso pra mim é muito bom. É por isso que eu gosto de estar lá (ACS 2)

Outra questão que apareceu como positiva no trabalho de uma ACS é que através do contato com o outro é possível valorizar mais o ser humano e ser menos egoísta:

Eu pude pensar mais como ser humano [...] eu aprendo a dar valor ao próximo. Esse trabalho me ensinou a ser mais amiga das pessoas. Tirei um pouco mais do egoísmo, que eu me achava uma pessoa egoísta e esse trabalho me ensinou a mudar e pensar diferente [...] valorizei mais a minha família, onde eu pude ser mais amiga das pessoas, chegar mais próximo e conhecer casos, famílias, casas e lá a gente aprende muita coisa legal, muita (ACS 4)

Para uma delas, ser ACS possibilita um maior contato com as pessoas que vivem no mesmo território e um olhar diferenciado a elas.

Mas eu gosto muito de trabalhar lá, é uma troca de experiência, uma lição que a gente aprende a cada dia. A gente vê que certas coisas, eu morava há quatro anos nessa rua, eu não tinha contato com ninguém, a não ser com quem morasse no meu quintal, que é tudo família, e quando eu comecei a ir na casa das pessoas eu começava a pensar: eu nunca imaginava que tal pessoa fosse assim, que tal pessoa agisse dessa maneira. Então você acaba olhando com um olhar diferente pro outro (ACS 2).

A possibilidade de conhecer melhor o território e as pessoas aparece como um aspecto positivo de ser ACS. Outra facilidade apontada é o fato de conhecer as pessoas antes de trabalhar como ACS e ser um trabalho de fácil aprendizagem.

mas eu acho ele fácil porque ele, o Agente comunitário, trabalha praticamente na rua em que ele mora, antes era assim, e então você tem um pouco mais de contato com as pessoas que você conhece (ACS 3)

é fácil porque você está lidando com pessoas que você praticamente conhece desde pequena, pessoas que te viram crescer ou pessoas que você viu crescer e eu acho fácil por esse motivo também, você tem mais acessibilidade a essas pessoas (ACS 3)

o trabalho é fácil, também é fácil de aprendizagem (ACS 3)

O fato de morar próximo ao trabalho aparece como um potencial de fortalecimento para uma das ACS.

hoje, nesse momento eu estou passando, assim, de mãe, filho em casa, e eu gosto porque é próximo de casa, eu não tenho que pegar condução, não chego em casa estressada, eu tenho mais pique pro meu filho, mais pique pra casa do que se eu pegasse ônibus, e fosse mais longe da minha casa, eu estaria mais estressada, talvez eu não tivesse voltado ao trabalho (ACS 3)

Ter uma relação de companheirismo entre as ACSs aparece como fortalecimento no cotidiano de trabalho de três Agentes.

A gente faz terapia de grupo na nossa sala. A gente faz oração quando está todo mundo ruim (ACS 1)

Às vezes até um cafezinho, uma garrafa de café que você coloca em cima de uma mesa, daí vem todo mundo, “posso pegar um cafezinho?” Aí vem uma e fala, hoje eu vou pegar a garrafa de café pra trazer café amanhã. Isso é companheirismo (ACS 2)

dentro mesmo da unidade, a gente troca experiência dentro da sala, a gente sofre com o sofrimento do outro, a gente tenta ajudar, se um está passando por uma dificuldade a gente, não vamos todo mundo ajudar. Isso se torna coletivo até na comunidade (ACS 2)

A gente é muito companheiras sim. Às vezes até na hora de chorar, a gente desabafa entre nós mesmo (ACS 5)

Ter o trabalho reconhecido aparece de forma positiva para uma ACS.

sempre que vou em reunião, a gente é parabenizado. Inclusive até ontem nós fomos sobre um negócio de dengue e a gente foi parabenizado na Supervisão de Saúde. Então isso me faz bem (ACS 5)

Lidar com as dificuldades financeiras da população do território faz uma Agente pensar sobre a sua própria condição e valorizar o que conseguiram alcançar, ainda que não mudem sua condição de classe.

quando eu entrei pra ser Agente comunitária eu estava com 22 [...] nós somos de classe baixa, mas você vê que tem pessoas que são muito mais pobres, que vivem com muito menos do que você vive, então você acaba dando valor ao pouco que você tem e sendo (ACS 3)

Você acaba vendo coisas, por exemplo, crianças andando descalças, sem ter um chinelo, não tem roupa pra vestir, às vezes não tem o que comer, mora numa situação precária e é feliz, então você acaba dando valor a poucas coisas, o pouco que você tem, você valoriza muito mais (ACS 3)

Você acaba vendo algumas situações assim, desumanas mesmo. Daí eu acho que isso serve pra crescer, pra você crescer, pra você ficar mais humano, acho que também é bom por esse lado (ACS 3)

A ACS percebe ter um salário acima da média da população atendida por elas.

Mas na verdade é mais a oportunidade de emprego mesmo [...] a gente ganha, eu mesmo acho que a gente ganha bem, não é nossa que salário, mas a gente também não está ganhando tão ruim (ACS 3)

Então a gente, perto de algumas pessoas que sustentam a família com trezentos reais, a gente está ganhando bem. Então é mais uma oportunidade de você estar ganhando um pouco a mais (ACS 3)

Com relação aos potenciais de desgaste relacionados ao trabalho, um refere-se à quantidade de papéis que precisam preencher.

só é ruim que é muito papel, eu acho ruim você trabalhar com muito papel, muita coisa pra você preencher (ACS 3)

Ao mesmo tempo em que trabalhar com uma população conhecida facilita o trabalho, esse fato também é apontado como potencial de desgaste à medida que dificulta separar o trabalho da vida pessoal. Um dos desgastes do trabalho apontados por três ACSs refere-se à população demandar atendimento do ACS fora de seu horário de trabalho.

que paciente confunde muito, já chegou vezes que eu estava na igreja de joelhos dobrados fazendo minhas orações e a pessoa vir da rua, ajoelhar como se tivesse fazendo uma oração mas na hora ela falar, escuta e minha consulta, você marcou? (ACS 2)

é ruim porque o fato da pessoa te conhecer não barreira ela de te perguntar no fim de semana, de te pararem quando você está no mercado, quando você está na feira (ACS 3)

Isso é ruim, às vezes dá vontade de você sair do serviço, de deixar o emprego por esse motivo, porque a pessoa não tem um senso de saber que em um sábado, domingo e feriado você não trabalha (ACS 3)

Tem hora que estressa, os pacientes não respeitam mesmo, o horário de saída, chegada, final de semana, férias, não respeitam mesmo [...] eles desabafam mesmo é com a gente, eles xingam, é horrível, mas mesmo assim a gente consegue contornar a situação, às vezes a gente vira as costas e deixa ele xingar sozinho e depois eles voltam mancinhos pra falar com a gente, mas é bom (ACS 4)

Uma das dificuldades apontadas por três ACSs é se deparar com as questões econômicas, determinantes do processo saúde-doença da população, que não são passíveis de transformação através do processo de trabalho desenvolvido por elas.

O difícil é quando alguém fala pro diabético e o hipertenso fazer dieta quando ele não tem nada pra comer. É uma das coisas que a gente fica aflita (ACS 1)

A gente cuida da saúde da família. Então lidar com aquela família, pegando ela do jeito que ela se apresenta, muitas vezes uma tem estrutura anda bem, a que não tem estrutura não vai andar bem, e você lidar com aquilo que já tem um processo todo, já teve uma base, já teve uma construção, mexer naquela pilastra é muito difícil (ACS 1)

Sabe você dizer assim pra mãe, olha: Ah, o meu filho não está bem na escola, mandaram passar com o psiquiatra, está aqui. Aí você que está no dia-dia naquela família, você está vendo que ela só grita com o filho, que ela não dá um carinho, que ela dá salgadinho na hora do almoço, que ela não faz comida, que levanta meio dia, duas da tarde, daí você vai dizer o que pra essa mulher, vai passar no psiquiatra e vai dar remédio pro menino, não, vamos sentar e vamos conversar (ACS 1)

Então é difícil a gente mexer com isso, Aí que a gente adocece, aí que é a nossa frustração, porque tem coisas que a gente consegue, tem coisas que não dá, tem que seguir o curso que der, como é o caso dessa mulher, que é a nossa colega (ACS 1)

Ou você dizer pra uma mãe, que precisa trabalhar, só que ela não pode deixar o filho sozinho se ela não tem condições de pagar alguém pra cuidar do filho dela. Ou ela quer trabalhar e o filho simplesmente pula a janela e vai pra rua fazer coisas que não deve. A gente tem até uma amiga da gente que passa por isso, ela vai trabalhar e fazer curso e o filho acaba se envolvendo com o que não devia, não é falta de atenção dela, é uma situação que ela precisa (ACS 3)

A gente vê muita falta de amor, falta de diálogo. Os pais não conversam. A gente às vezes recebe [...] encaminhamentos que vem da escola, pra criança passar no psicólogo. Você sabe que naquela família, o pai é alcoólatra, a mãe é desempregada, não tem paciência com a criança [...] de olhar o caderno, de sentar com aquela criança, de pegar um material e dizer vamos fazer juntos sua lição, se você não sabe, eu te ensino. Eles não fazem isso, a maioria, não faz (ACS 5)

Um dos desgastes encontrados no trabalho de quatro ACSs é a dificuldade em se distanciar dos problemas encontrados nas famílias atendidas por elas. Nota-se nas falas que fica

certa confusão de quais são os limites do que é possível transformar através do trabalho. À medida que as ACSs conseguem construir esse limite, o trabalho fica menos penoso.

agora a gente também tem dias que não tem jeito de não ir pra casa e não dormir com aquilo na mente (ACS 1)

A parte mais árdua é realmente é lidar com o sofrimento do outro, né, e a gente entrar em sofrimento junto e não conseguir ajudar nem o outro e ainda a gente ficar junto ali junto também (ACS 1)

Levava muitos problemas pra casa. Eu cheguei a tomar remédio controlado por não conseguir fazer com que o outro melhorasse a situação (ACS 2)

No início eu achei difícil que eu sonhava todos os dias com os casos que eu via, que eu voltava, discutia na equipe, que às vezes demorava, tinha casos que eu não conseguia ter um bom resultado e eu ficava sonhando dias e dias com aquele paciente e isso pra mim era difícil, agora eu consegui já separar um pouco, mas não toda vez (ACS 4)

Às vezes eu fico estressada e fico mal humorada, porque tem coisas que a gente quer resolver, só que não depende só da gente, não depende, temos uma equipe e precisa passar pra todos, e também tem que ir mais pra frente alguns casos (ACS 4)

Porque tem hora que você não aguenta, a sua cabeça fica cheia, você absorve aquilo pra si, você não consegue se desvencilhar do trabalho pra casa. Sempre você leva alguma coisa. Às vezes de noite você acorda e você lembra daquilo, que fica na sua mente, entendeu? (ACS 5)

É um trabalho que adoce a gente às vezes, sabia? A gente se apega tanto ao problema do outro que você não consegue se libertar daquilo. Você vai pra casa, você leva aquilo, você pensa naquilo, você dorme de noite, você acorda ou você nem consegue dormir, pensando em resolver aquilo do outro (ACS 5).

Nas falas a seguir três ACSs dizem que a frustração do trabalho refere-se à dificuldade dos usuários aceitarem os cuidados e as orientações oferecidas.

A gente nem sempre está satisfeito porque o resultado não é de uma pessoa, o resultado é de uma equipe, e o resultado é de 50% do trabalho, porque 50% é do paciente, e às vezes lidar com isso é que é difícil, porque você dá todas as ferramentas pro cara se movimentar e quando você corre, corre, corre e a população não dá aquela resposta (ACS 1)

Essa é a frustração do trabalho, é realmente você correr e sempre vai depender do outro, pra que as coisas andem (ACS 1)

Mas chega uma hora que a gente fica frustrada, de que a pessoa não fez o que ela deveria fazer. Então por isso que é um trabalho ingrato, porque você tem que correr atrás do outro, pra fazer uma coisa que é ele que tem que fazer (ACS 3)

Muitas vezes a gente recebe xingo, a pessoa te esnoba, a pessoa diz que você enche o saco. Você vê a pessoa dentro de casa, você grita, grita, grita e a pessoa não sai pra te atender. Então você correr atrás da saúde de outra pessoa que não está nem aí pra ela mesma (ACS 3)

Você entendeu a parte ingrata do nosso trabalho, é essa, você oferece, oferece, oferece e às vezes você se sente frustrado, você fala, eu corri tanto e precisava de

um passo, eu corri uma maratona e precisava de um passo e eles não deram, poxa, aí você, nossa, você vai desanimando (ACS 1)

Aí é onde entra a frustração da gente, porque às vezes a gente corre tanto pelo outro e aí a gente se decepçiona porque vê que o outro não está correndo consigo mesmo (ACS 5)

Para três Agentes, o sofrimento do trabalho também está relacionado à perda, quando há uma situação de morte de alguém assistido por elas. Uma delas coloca que o ACS está mais próximo à população e por isso se envolve mais com as famílias atendidas.

É porque a gente está vivenciando o dia-dia deles, é diferente do atendimento no consultório, uma visita ou outra porque a gente está lá diariamente e você passa naquela casa que é um nó pra você, você não consegue passar na frente da casa e ir embora, se você não encosta alguém te chama (ACS 1)

O meu caso é o da É., a gente tem os nossos casos certos, todas nós temos. Então é uma coisa que está presente ali em todo dia de trabalho da gente. Eu contei as visitas que eu fiz pra É. esse mês, treze, treze visitas no mês de trabalho, então quer dizer seria uma por mês (ACS 1)

Igual ela falou da perda, a gente sofre muito quando a gente perde, porque a gente insiste tanto, a gente investe tanto, às vezes a pessoa faz por onde melhorar, às vezes a pessoa não está nem aí. Aí você fala, poxa vida e se eu tivesse feito mais, aí você fica com aquilo, será que eu fiz menos (ACS 2)

Difícil fica mesmo quando esse sofrimento se tona uma perda, né, quando a gente cria um vínculo com essa paciente que você vai dias e dias fazer a visita lá, vê a melhora daquela paciente e quando você volta lá na visita seguinte tem a notícia: se foi. É triste ouvir isso da família, quando você tanto quis ajudar e ficou tanto correndo junto e achava que ia ter melhora daquele caso e acaba, a gente se apega muito e muito (ACS 4)

4.4 Gênero

A violência doméstica é relatada tanto na vida pessoal de três Agentes quanto no cuidado com as mulheres do território.

Porque o meu pai, ele era extremamente agressivo, batia na minha mãe, ele era alcoólatra, ele vendeu tudo o que tinha dentro de casa, a gente passou fome pra caramba, eu trabalho desde os oito anos de idade (ACS 1)

Trabalham sustentam o marido e ainda apanham. Era a mulher do meu parente, ela era assim, até o dia que ela escolheu ir embora e largar ele. Ele não trabalhava, ela chegava e ele dava uma surra nela todo dia, fazia ela obrigada ainda até o dia que ela resolveu ir embora [...] casou de novo, o outro marido dela assumiu a filha [...] criou, teve o segundo filho, fez faculdade, segunda faculdade que ela tem e ela tem quarenta e dois anos (ACS 1)

Pra mim foi um grande desafio, na minha vida pessoal, porque meu marido era extremamente ciumento e ele não queria me deixar trabalhar e eu trabalhava antes de casar [...] Ele só ficou sabendo que eu ia trabalhar no dia que eu comecei a trabalhar. Ele me viu arrumando meus filhos e ele disse: você vai pra sua mãe? Eu falei não, eu começo a trabalhar hoje. Ele disse, como assim? Aí eu falei, fiz prova, passei, começo a trabalhar hoje, e as crianças já estão matriculadas na escolinha. Então, o tempo que eu passei de experiência no posto eu passei de experiência na minha casa (ACS 2)

Eu podia ser uma mulher que vivesse apanhando do marido, porque meu primeiro noivo, quando eu tinha dezoito anos [...] ele me quebrava a cara. Eu poderia ser igual a essas mulheres, que ficam sofrendo violência em casa, eu poderia ser uma delas, mas eu escolhi não ter isso na minha vida (ACS 5)

Para três Agentes comunitárias de saúde a responsabilidade no cuidado dos filhos é da mulher. Em alguns momentos há uma culpabilização das mulheres do território pela falta de cuidado com a saúde dos filhos e com sua própria saúde.

E as mulheres que tem um filho de cada pai, pra pegar uma pensão de cada um e não criar nenhum dos filhos, tem casos em todas as áreas. Tem filho como se fosse um investimento (ACS 1)

como a gente abre mutirão de papanicolau pras mulheres que não conseguem ir durante a semana. Agora se faz dois por ano, três, depende da demanda, o que a gente traz da rua, das mulheres com dificuldade por causa do horário de trabalho, vai e abre um sábado só pra aquilo. A gente chama, vai cem mulheres, pra uma área onde tem, nossa não dá nem pra contar quantas mulheres tem, que estão sem fazer muitas vezes porque não tem oportunidade por causa do serviço. A gente tem uma cobertura excelente de papanicolaou, comparada aos outros postos, mas ainda assim, um serviço que é aberto no sábado pra facilitar a vida da mulher, a mulher vai e não vai: "Ah, não fui porque tive que ir na feira", entendeu? Então você facilita a vida deles, é isso que gera conflito na gente (ACS 1)

Muitas vezes a mulher está em casa sem fazer nada, aí você vai toda vez e cobra a mesma coisa (ACS 3)

São casos também que você tem que avaliar de maneira diferente, porque de repente aquela mãe que está em casa todos os dias, só “coçando” e não cuidam dos filhos (ACS 3)

Na unidade mesmo tem uns cursos, por exemplo, começando na gestação, tem shantala, cursos pra gestantes, as mães não se interessam, e não precisa levar nada. Não é interessante acordar cedo pra eles, é um sacrifício acordar cedo e de tarde é porque está muito sol (ACS 3)

Uma mãe que precisa trabalhar e o filho também pode ser que não entenda, ou é mesmo coisa de adolescente, vai fazer coisa errada. Então são coisas, tem casos que você tem que trabalhar de maneiras diferentes (ACS 3)

Tem filho todo ano, entendeu, e um é de cada pai. Faz questão de dizer que um é de cada pai. “Eu recebo pensão aqui”. E aí essa criança toda desajustada, dá trabalho na escola, chega com queixa, chega doente, chega sempre com problema, tem coisa da escola, daí vai virar um caso NASF. A gente vai ver tem que cuidar da família, a família toda está comprometida (ACS 5)

4.5 Processos de trabalho em Saúde Mental eleitos pelas Agentes Comunitárias de Saúde para a produção compartilhada de conhecimentos

No primeiro dia das Oficinas as ACSs relataram casos que acompanham no cotidiano do trabalho do PSF e que identificavam como situações de interface com o campo da Saúde Mental. Para iniciar a análise dos processos de trabalho em saúde mental realizados pelas ACSs, foi realizada uma discussão sobre a *intencionalidade* deste trabalho.

A proposta foi que elas apresentassem casos emblemáticos. Após a apresentação dos casos foi proposto que desmembrassem os *fazeres* de cada ator envolvido na situação.

No segundo e terceiro dias de Oficina foi realizado um exercício de reflexão sobre o *fazer* de cada um dos sujeitos envolvidos em cada situação e foram atribuídos diferentes *significados* para a ação de cada ator.

Esse exercício possibilitou a construção do quadro referente ao *fazer* e ao *saber-fazer*.

Além desse exercício foi realizada a recomposição dos processos de trabalho identificando *finalidade*, *objeto*, *instrumentos* e *objeto transformado*.

Situação 1 - A mãe vive a vida da filha e ela fica sem espaço para vivê-la

Acompanho uma família desde que entrei no serviço, já mais de sete anos, composta por seis pessoas, mãe, duas filhas, um filho e dois netos. Uma das filhas tem diagnóstico de esquizofrenia. No período que a acompanho não teve nenhum relato de crise. A paciente toma seus medicamentos com regularidade, acompanha em alguns grupos terapêuticos (artesanato e atividade corporal) só que sempre com a presença da mãe. Percebi que sempre que eu fazia VD a mãe demorava um pouco a abrir a porta. Do segundo semestre do ano passado pra cá, ela me atendia mais rápido. Foi quando eu percebi melhor a dinâmica da família. Todas as vezes que a senhora precisava se afastar da filha, para ir ao banheiro ou abrir a porta, ou fazer qualquer outra coisa, pedia pra filha ir para o quarto e a trancava. Perguntei o porquê e a mãe referia que tinha medo de deixá-la só. A filha tem trinta e três anos e a mãe sessenta e sete. Ambas se vestem igual, a filha como Xerox da mãe. Esse caso me intriga porque eu percebo muito potencial na filha apesar de sua condição, só que a mãe vive a vida da filha e ela fica sem espaço para vivê-la. Esse caso está sendo monitorado pelo NASF e a equipe.

A Situação 01 envolve o acompanhamento de uma família, tendo como foco de atenção a relação entre mãe e filha.

Os sujeitos envolvidos são: usuária, mãe da usuária, ACS, equipe verde e NASF.

Quadro 7 – Descrição (o fazer) e atribuição de significados (o saber-fazer) à Situação 1

Os atores (quem)	A situação (o fazer)	O significado (o saber-fazer)
Usuário do PSF Mãe	<ol style="list-style-type: none"> 1. demora para abrir a porta 2. responde pela filha 3. está sempre presente, cuida 24h da filha 4. não deixa ser acompanhada por terceiros, mesmo que seja da família 5. não deixa a filha frequentar outra doutrina religiosa 6. controla tudo, desde o horário da refeição até o programa que assiste na TV 7. tem medo de deixar a filha sozinha 	<ol style="list-style-type: none"> 1. insegurança; proteção; não quer que a ACS veja que a filha está trancada; desconfiança; medo; não quer atender; dificuldade de se abrir para os outros, pra se integrar por algum motivo; não quer vínculo; omissão de tratamento 2. medo de que a filha reaja de uma forma que ela não espera; medo de perder o controle da situação; dificuldade em sentir que a filha é capaz; segurança em achar que sabe o que a filha está pensando 3. desconfiança, proteção, controle, insegurança; dependência da mãe; exagero 4. falta de confiança com todos 5. medo de perder a autoridade; preconceito; medo do pastor 6. não vê que a filha cresceu e é uma mulher; proteção; domínio 7. medo da filha ter outra crise; insegurança; desconfiança; proteção; controle
Filha	<ol style="list-style-type: none"> 1. obedece a mãe em tudo 2. faz artesanato 3. repete o comportamento da mãe 	<ol style="list-style-type: none"> 1. submissão, costume, dependência, falta de visão, medo, falta de estímulo dos irmãos 2. escape, a única opção, divertimento, sair de casa, capacidade, vontade, possibilidade atenção de outras pessoas que não a mãe, inclusão 3. rotina, costume, obrigação, falta de escolhas, religião, obediência, resignação
ACS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percebe o potencial da filha 2. acredita no potencial da filha 3. passa o caso para a equipe e NASF e planeja ações para a família em conjunto com a equipe e o NASF 	<ol style="list-style-type: none"> 1. conhecimento do trabalho 2. confiança no trabalho; acredita que a situação pode ser mudada; tem fé na mudança 3. dividir os problemas e tarefas, dividir a angústia e buscar a solução, várias pessoas pensam melhor que uma; buscar novas ferramentas de trabalho, busca por um conhecimento técnico.
Profissional (ais)	<ol style="list-style-type: none"> 1. NASF: discute o caso / agenda ações / agenda VD. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. apoio; depende do trabalho do ACS.
O trabalho da ACS 1 é	<p>Detectar risco com relação a família, através da vivência do ACS com o usuário / discutir o caso em reunião de equipe / planejar ações / promover a saúde / prevenir o adoecimento da família / melhorar a qualidade de vida da família.</p>	<p>Cuidar, acreditar no trabalho e não querer que as pessoas sofram, morram a míngua. Evitar o sofrimento. Ser alicerce do PSF, organizar e direcionar o trabalho do PSF, integrar e integralizar. Através da vivência do ACS no território com o usuário, ele reconhece uma situação a ser transformada e traz essa vivência dos usuários para a equipe</p>

O trabalho coletivo de análise durante a Oficina possibilitou pensar a realidade e os significados dos *fazeres* de forma menos estereotipada ou maniqueísta.

Além da reflexão sobre os fazeres do ACS foi possível pensar os elementos constitutivos do processo de trabalho. Ao final foi feita a recomposição do processo de trabalho da ACS nessa situação.

Figura 4 – Síntese da recomposição do processo de trabalho da Situação 1

Situação 2 - Como se o filho ainda estivesse lá

Uma história que me emocionou muito foi a de uma paciente que morava sozinha, por ter perdido seu filho, que era quem fazia tudo por ela, pois a mesma tem artrite reumática e é toda atrofiada e sempre deprimida. Me sentia muito mal quando ia visitá-la, saía sempre com uma sensação de não ter feito muito. A mesma continuava pagando a internet para o filho, deixou o quarto do mesmo jeito, como se o filho ainda estivesse lá. Sempre chorava. Foram feitas várias tentativas, com a equipe toda, auxiliar de enfermagem e NASF. Hoje essa paciente já não mora mais na região, mas sempre me pergunto: será que ela está bem?

A situação descreve o atendimento a uma senhora restrita ao lar devido às suas condições clínicas e à tristeza pela perda de um filho.

Os sujeitos envolvidos na situação foram: usuária, ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeira, médico e NASF.

Quadro 8 - Descrição (o fazer) e atribuição de significados (o saber-fazer) à Situação 2

Os atores (quem)	A situação (o fazer)	O significado
Usuário do PSF Usuária:	<ol style="list-style-type: none"> anda com dificuldade e usa um cabo de vassoura pra andar, queixa-se de dor chora o tempo todo assiste TV o dia todo não aceita a perda do filho e está sempre sozinha paga internet para o filho que morreu faz atividades de casa com muita dificuldade, lava e passa a roupa do filho que morreu vai ao cemitério uma vez ao ano 	<ol style="list-style-type: none"> consequência de uma doença física. depressão; solidão; luto; sentimento de perda, resistência em aceitação; saudades depressão; única forma de distração; falta de companhia; forma de integração com o mundo revolta; falta de apoio da família. solidão; falta de apoio familiar sentimento de presença; manter viva a presença do filho luto; estar presente; estar mais próxima do filho
ACS	<ol style="list-style-type: none"> Fica triste / se emociona Escuta respeita a tristeza / discute o caso com a equipe leva a equipe em VD faz adaptações na casa em conjunto com a equipe cuida da higiene – lava o cabelo, corta as unhas / ajuda no autocuidado / junto com o NASF leva a paciente para ver a rua ajuda e ensina a usuária a fazer alongamento e ginástica 	<ol style="list-style-type: none"> se colocar no lugar do outro; não conseguir tirar o sofrimento do outro; sentir a dor do outro aceitar e respeitar; aliviar a dor saber direcionar melhor o caso; ter uma visão mais ampla melhorar a qualidade de vida da usuária; melhorar a locomoção dentro de casa melhorar a auto-estima; ajudar a recuperar a dignidade; deixar a paciente mais feliz procedimento doloroso devido às condições físicas. Exigiu mais do que a possibilidade da paciente melhorar a qualidade de vida da usuária; melhorar a locomoção dentro de casa
Profissional (ais) Equipe	prescreve a medicação / trabalha articulada com a ACS para realizar adaptações na casa que respondam a necessidades da usuária (higiene, locomoção e alimentação)	Trabalhar em uma equipe integrada
O trabalho da ACS 2 é	Ajudar / orientar / escutar / falar quando necessário	mais humanizado e menos técnico. Humanizado pela relação entre as seres humanos que se faz mais pela relação interpessoal, mais pelo vínculo do que pela técnica

A seguir tem-se a representação esquemática da recomposição do *processo de trabalho* da ACS construída na Oficina de Trabalho.

Figura 5 – Síntese da recomposição do processo de trabalho da Situação 2

Situação 3 - Vai se matar porque não faz sentido continuar dando trabalho

Paciente em surto, dizendo que vai se matar por falta de ajuda da unidade e suporte da família. Fiquei horas conversando com o mesmo e tentando lhe fazer enxergar o lado bom da vida e como ele podia melhorar aquela situação. Dentre muitas palavras a mais citada pelo paciente é que vai se matar, que não faz sentido continuar dando trabalho. Informei o mesmo sobre grupos e ajuda especializada que ele podia conseguir para ajudá-lo através da unidade. Paciente após horas se acalmou e pediu ajuda.

A situação acima descreve o atendimento realizado por uma ACS, de um usuário em surto. Os sujeitos envolvidos nessa situação foram: usuário, mãe do usuário e ACS. A trabalhadora ofereceu um cuidado centrado no usuário para fazer com que ele valorizasse sua vida.

Quadro 9 - Descrição (o fazer) e atribuição de significados (o saber-fazer) à Situação 3

Os atores (quem)	A situação (o fazer)	A situação (o fazer)
Usuário Paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenta chamar a atenção 2. Diz que vai se matar por falta de ajuda da unidade e suporte da família 3. liga para o Datena para demitir os funcionários. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. solidão por falta de credibilidade 2. chantagem emocional para ter mais assistência 3. se sentir uma pessoa mais importante; sensação de poder
A mãe	<ol style="list-style-type: none"> 1. xinga/ conversa/ 2. pede para ele ficar calmo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. falta de conhecimento sobre a doença; forma de barganha para conseguir o que quer; falta de paciência 2. falta de confiança em relação ao trabalho da equipe
Você	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fica conversando com ele várias horas 2. tenta fazê-lo entender o sentido dele continuar vivo 3. fala dos grupos da unidade, do médico, do grupo de ajuda especializada 4. consegue fazê-lo ficar calmo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. responsabilização 2. solidariedade; caridade; humanidade 3. prescrição do ACS para o caso – Limites da prescrição: atribuições, saber quais recursos tem na unidade, ter convicção no que está falando; saber a realidade do paciente 4. satisfação pessoal e profissional; persistência; acreditar no trabalho; competência
Profissional (ais)		
O trabalho da ACS 3 é	Ajudar	ser competente, tentar melhorar a qualidade de vida e mostrar outros caminhos, é ser pertinente nas suas atribuições sabendo que cada paciente é um paciente, sendo enfático.

A seguir tem-se a representação esquemática da recomposição do *processo de trabalho* da ACS construída na Oficina de Trabalho.

Figura 6 – Recomposição do processo de trabalho da Situação 3

Situação 4 – Paciente de 56 anos, preso em casa, despido, comendo fezes e agressivo

O caso do usuário que chamou minha atenção é de um paciente de 56 anos, que era restrito ao lar, que foi várias vezes discutido em fórum, na discussão de pessoas que estavam lá e nem mesmo sabiam do caso. Logo, foi criticado o cuidado, foi criticado a equipe e que pra mim foi um caso que teve uma atenção diferenciada e que fiquei noites sem dormir, logo foi resolvido.

Nesta situação os sujeitos envolvidos são: usuário, cuidadora, ACS, auxiliar de enfermagem, equipe do NASF, enfermeira e médico. A situação envolve um paciente de 56 anos com diagnóstico de esquizofrenia que recebe cuidados da equipe de PSF. A forma como o usuário se comporta causa estranhamento e medo a ACS.

Quadro 10 - Descrição (o fazer) e atribuição de significados (o saber-fazer) à Situação 4

Os atores (quem)	A situação (o fazer)	O significado
Usuário Cuidadora	1. cuida bem 2. pede ajuda / abre o portão	1. gesto de carinho; respeito pelo paciente e pelos trabalhadores 2. acreditar que é possível que o paciente melhore com a ajuda da equipe
Usuário:	1. Fica o tempo todo gritando / incomoda os vizinhos 2. não vai ao CAPS / não quer saber de mais nada 3. fica sem roupas / faz xixi na cama / come fezes / não toma banho	1. maneira de chamar a atenção 2. falta de controle 3. consequência da doença porque antes ele não fazia isso
Você	1. Fica com medo 2. orienta o uso de medicações / discute o caso em fórum de saúde mental / acompanha auxiliar de enfermagem nos cuidados de higiene 3. não põe a mão no paciente.	1. natural, normal diante da situação 2. diagnóstico situacional e conduta 3. não exercer a função que não é própria
Profissional (ais)	1. Aux de enfermagem: realiza cuidados de higiene. 2. NASF: realiza VD/ faz atendimento compartilhado. 3. Médico e enfermeira: realizam VD/ discutem o caso.	1. o paciente tinha confiança nessa profissional. 2. apoio da equipe em relação ao trabalho do ACS. 3. apoio da equipe em relação ao trabalho do ACS.
O trabalho da ACS 4 é	Conhecer mais o caso/ orientar/ prevenir/ realizar vd 1 vez ao mês	a ACS sozinha não dá conta, precisa se integrar no trabalho em equipe, necessidade de envolver diversos profissionais

A seguir tem-se a representação esquemática da recomposição do processo de trabalho da ACS construída na Oficina de Trabalho.

Figura 7 – Recomposição do processo de trabalho da Situação 4

Situação 5 – Desprezo, descaso e abandono do idoso

Uma senhora com quadro demencial, morava sozinha nos fundos da casa da filha. Esta senhora, além do quadro demencial, sofria de epilepsia. Às vezes convulsionava sozinha e não recebia ajuda da família. Ficava dias e dias com aquele corte na cabeça devido se debater muito. A casa era de condições precárias e subumanas. Um dia fui visitá-la junto com a auxiliar de enfermagem, e chegando lá nos deparamos com a senhora debilitada, com muitos bichos pelo corpo (miíase). O sangue que ficou na sua cabeça, devido ter convulsionado, já estava seco, até demos banho na senhora, cortamos o cabelo que já não tinha condições de pentear, e a auxiliar de enfermagem retirou com pinça os bichos que estavam dentro da carne. Conversamos com a filha a importância de cuidar da mãe e dar melhores condições para que ela pudesse continuar vivendo. Isso me chamou muita atenção, pelo desprezo, o descaso e o abandono do idoso.

A situação relata a história de uma senhora com demência e epilepsia que vivia nos fundos da casa da filha, a qual negligenciava os cuidados da mãe. Nessa cena, os seguintes sujeitos estavam presentes: senhora, filha, ACS, auxiliar de enfermagem, médico e enfermeira.

O que chama a atenção da ACS nesse caso é o abandono dessa idosa.

Quadro 11 - Descrição (o fazer) e atribuição de significados (o saber-fazer) à Situação 5

Os atores (quem)	A situação (o fazer)	O significado
Usuário	<ol style="list-style-type: none"> 1. fica sozinha / fica fechada / não tem ajuda dos familiares / come quando a filha leva comida 2. convulsiona 3. não consegue realizar as atividades de vida diária/ / fica o tempo todo sozinha/ não consegue fazer a higiene corporal 4. assiste televisão 5. grita/ xinga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. abandono, desamor, desprezo 2. sintoma de doença 3. limitação devido às condições da saúde 4. distração 5. modo de chamar a atenção
Filha:	<ol style="list-style-type: none"> 1. leva comida às vezes 2. não ajuda nos cuidados de higiene/ despreza a mãe/ demora a atender a campainha/ não presta socorro à mãe quando a mesma convulsiona 3. fica o tempo todo de cara feia/ não aceita orientação/ submete a mãe a condições sub-humanas e precárias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Omissa 2. arrogante, negligente, magoada, vingança, rancor, desumana 3. não ter amor, não ter amor próprio, revolta.
Você	<ol style="list-style-type: none"> 1. ajuda dar banho/ ajuda cortar o cabelo/ ajuda a auxiliar de enfermagem no processo de retirada de miíase 2. orienta quanto à higiene da casa/ orienta quanto a higiene corporal/ orienta sobre alimentação e medicação 3. discute o caso em reunião de equipe/ conversa várias vezes com a filha. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. carinho, afeto, não ter preconceito, atenção. 2. esperança na possibilidade de mudança para que aquela senhora pudesse ter uma vida melhor. 3. compartilhar e buscar meios para solucionar os problemas.
Profissional (ais)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aux de enfermagem: dá banho/ corta o cabelo/ retira miíase. 2. Equipe: se mobiliza para chamar a família/ realizam VD (aux. de enfermagem, enfermeira, médico)/ orientam sobre o direito do idoso. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. gostar da profissão, trabalho humanizado. 2. compromisso da equipe com o caso.
O trabalho da ACS 5 é	Orientação, promoção e prevenção. Gratificante, porém às vezes cansativo.	Identificar o caso, se identificar com ele, trazer a identidade para a equipe e mobilizar a equipe para intervir nesse caso.

A seguir tem-se a representação esquemática da recomposição do *processo de trabalho* da ACS construída na Oficina de Trabalho.

Figura 8 – Recomposição do processo de trabalho da Situação 5

5. Análise

5.1 Quem é o Agente Comunitário de Saúde: formação e reconhecimento

A criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, PNACS, em 1991, no governo Collor, fez-se numa conjuntura de ascensão de políticas neoliberais. Apareceu como uma política focalizada, com o objetivo de diminuir a mortalidade materno-infantil nas regiões mais pobres do Brasil. Desta forma, os Agentes Comunitários de Saúde ganharam relevância no SUS num contexto político de desmonte dos direitos trabalhistas garantidos pela Constituição de 1988 (Durão, Morosine, Carvalho, 2011).

De acordo com as políticas públicas, a existência desse profissional se justifica pela necessidade de existir um elo entre a comunidade e o SUS, e que esta função pode ser melhor realizada por uma pessoa que esteja a serviço do SUS, mas que seja oriundo dessa comunidade.

A partir da Lei 10.507 de 2002, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde passou a ser reconhecido como uma categoria profissional. Com isso iniciou-se um processo de discussão sobre a necessidade de um projeto de qualificação desses profissionais (Morosini, Corbo, Guimarães, 2007).

O primeiro projeto referia-se a um curso de formação com carga horária de 80 horas que se restringia a uma formação básica apenas com as exigências da nova lei. Porém, o processo de discussão sobre a qualificação do ACS foi ampliado no âmbito do Ministério da Saúde com a participação de diversos atores, incluindo as Escolas Técnicas do SUS.

A partir dessa discussão foi pactuado que um processo de formação rápido, como proposto anteriormente, não supriria a necessidade de formação na complexidade que o trabalho do ACS exige. Em 2004 foi publicado pelo Ministério da Saúde um Referencial Curricular para Curso de Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Essa proposta entendia a necessidade de uma formação técnica para esses trabalhadores que acontecesse de maneira articulada ao aumento da escolaridade desses trabalhadores (Morosine, Corbo, Guimarães, 2007).

O projeto de formação dos ACS foi construído de maneira a se organizar em perfil de competências e foram agrupados três conjuntos de habilidades necessárias para o trabalho do ACS: desenvolver ações de integração entre as equipes de saúde e as populações adscritas; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde; desenvolver ações de promoção da saúde/ desenvolver ações de prevenção e

monitoramento dirigidas à situações de risco sanitário para a população e desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes.

Através disso foi definido três âmbitos de atuação desse trabalhador, sendo formulados três módulos de formação, cujo eixo integrador entre eles é a promoção de saúde e a prevenção de agravos. A execução dos cursos de Técnico em Agente Comunitário de Saúde fica a cargo principalmente das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e dos Centros de Formadores de Recursos Humanos em Saúde (CEFOR) (Morosine, Corbo, Guimarães, 2007).

Até o momento foi realizado apenas o primeiro módulo de formação, sendo que o último foi realizado em 2009. Ou seja, os Agentes comunitários de saúde que ingressaram após esse período não tiveram acesso à formação conforme proposto pelo Ministério da Saúde. Isso denota que apesar de ter sido uma conquista instituir o curso Técnico de Agente Comunitário de saúde, ainda estamos longe de ter profissionais formados como preconizado.

Segundo Morosini (2010), o curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde concebe o trabalho do Agente comunitário de saúde como um trabalho simples, imprevisível, de um trabalhador adaptável a qualquer situação de trabalho.

A concepção do trabalho do ACS como um trabalho simples estaria presente na compreensão de que esse trabalho não requer formação específica e complexa para a sua realização. Ao contrário, a função do ACS poderia ser desenvolvida a partir de atributos que este trabalhador possui a priori pelo fato de ser originário da comunidade onde atuará e em função de certos atributos subjetivos, especialmente o pendor da solidariedade. Como já vimos, esses elementos conformariam o perfil social desse trabalhador (Morosini, 2010; p. 144).

Apesar do discurso da importância do trabalho do ACS, há mais investimentos na formação dos outros profissionais da equipe (profissionais de saúde graduados) do que dos profissionais de nível técnico incluindo o ACS.

Assim caracterizada, a situação de qualificação profissional dos ACS contrasta com os investimentos públicos direcionados à qualificação de médicos e enfermeiros que contaram com iniciativas como a capacitação inicial, as residências e especializações em saúde da família e os processos de mudança nos currículos de graduação. Os Pólos de Capacitação em Saúde da Família foram importantes formuladores e executores desses processos, em parceria com universidades e institutos de pós-graduação. Mesmo o Treinamento Introdutório oferecido aos trabalhadores que ingressavam nas equipes de saúde da família deu-se também de forma variada, tanto no que diz respeito à carga horária, quanto aos conteúdos desenvolvidos, e, em geral, discriminou os trabalhadores em relação ao nível de escolaridade (Morosini, 2010; p.42).

Outra questão relacionada à falta de formação desses profissionais refere-se ao desvio de função a que são submetidos.

Esses trabalhadores passam a suprir necessidades burocráticas dos serviços de saúde em detrimento do seu trabalho no território. Esse desvio pode ser entendido como uma

desvalorização do trabalho desses profissionais. Na medida em que não ocorre um processo de formação para os ACS, sua função não fica claramente especificada o que faz com que seja ténue o que separa o trabalho do ACS de outras funções de necessidade dos serviços.

Essa questão apareceu como pauta desse grupo de Agentes, que colocaram que a partir do momento em que tiveram acesso à formação através do primeiro módulo do curso técnico de Agente comunitário de saúde lutam dentro da unidade em que atuam para realizarem as suas atribuições e fazem um movimento coletivo por valorização profissional para que as outras categorias tenham clareza da função delas e as deixem desenvolver o seu papel, sem realizar atribuições que não cabem a sua categoria profissional.

As Agentes que participaram dessa pesquisa colocaram que o reconhecimento profissional tem grande relação com o processo de formação. Colocaram que quando comparam o reconhecimento dos demais profissionais, percebem uma desvalorização social do trabalho desenvolvido por elas e atribuem à essa falta de reconhecimento o fato de não terem participado a um processo de formação técnica profissional. Essa compreensão corrobora com a visão de Machado que coloca que

A qualificação pode ser compreendida como arena política na qual são disputadas credenciais que conferem reconhecimento e asseguram o acesso a classificações vigentes no mundo do trabalho. A dinâmica da qualificação representa uma mediação para a compreensão das relações sociais e técnicas capazes de explicar as circunstâncias pelas quais um grupo profissional alcança reconhecimento social (Machado, 1996 apud Vieira, Lopes, Durão, Chinelli, 2011; p. 26).

Durante as Oficinas, as ACSs colocam que grande parte do sofrimento relacionado ao trabalho refere-se à falta de reconhecimento profissional. Esse grupo parece exercer uma militância na unidade em que atua, na defesa dos direitos relacionados às suas atribuições. Referiram que fazem um movimento interno, na UBS, onde lutam para que não haja desvio de função e para que os outros profissionais compreendam e reconheçam a complexidade envolvida no trabalho delas. Para compreender a base que move essas Agentes nessa luta pelo reconhecimento travada por elas, apresenta-se a seguir um breve levantamento da questão do reconhecimento presente em alguns autores que estudaram essa temática.

A falta de reconhecimento desses profissionais também foi verificada em outros estudos (Gomes et al., 2009; Ferreira et al., 2009; Galavote, et al., 2011; Costa, Ferreira, 2011; Reis, 2005).

Reis (2005) colocou que os ACSs estão longe de possuírem legitimidade e reconhecimento conforme preconizado pelo programa. Os ACSs sentem-se desvalorizados e percebem a contradição entre o discurso oficial da importância do trabalho deles e o que ocorre

no cotidiano do trabalho. A autora colocou isso como reflexo da organização do trabalho no modo de produção capitalista e que esses profissionais estão inseridos numa lógica de divisão social do trabalho, onde ocupam um lugar inferior na hierarquização das profissões de saúde.

O conceito de *reconhecimento* ganhou status a partir da obra de GWF Hegel em seus escritos “Dialética do Senhor e do Escravo em Fenomenologia do Espírito” e em especial em sua elaboração anterior, período de 1801 a 1806, em que Hegel residia e lecionava em Jena (Valente, De Caux s.d.).

Dois autores contemporâneos, em especial, formularam sobre o conceito de reconhecimento: o alemão Axel Honneth (sociólogo e filósofo de Frankfurt), e a norte-americana Nancy Fraser (intelectual feminista, professora da New School University). Esses dois autores possuem algumas divergências no que tange a forma de entender o conceito de reconhecimento e suas implicações sociais.

Importante contextualizar as disputas por reconhecimento colocadas aqui. O modo de produção vigente constrói um contexto de desigualdade econômica. No capitalismo a força de trabalho torna-se mercadoria. O trabalhador, dono apenas de sua força de trabalho, vende-a para o dono dos meios de produção, já que essa é a única forma de produzir sua existência material. O modo de produção capitalista só se sustenta a partir da exploração do trabalho alheio. A luta por reconhecimento não pode perder a dimensão do modo de produção em que está inserida.

Honneth, seguindo a tradição hegeliana defende o reconhecimento intersubjetivo como condição para o desenvolvimento de uma identidade positiva necessária a participação na esfera pública. Para o autor o que estrutura a subjetividade e a identidade é o reconhecimento. O autor abre uma discussão com a psicologia social de George Herbert Mead, na concepção de que a identidade do sujeito constrói-se através da experiência do reconhecimento, e é através dessa luta incessante por reconhecimento que se estruturam os conflitos sociais. Apoiando-se em Hegel, Honneth defende que os sujeitos estão o tempo todo em luta por reconhecimento mútuo, sendo que, através do reconhecimento intersubjetivo os sujeitos garantem sua capacidade de auto-realização (Mendonça, 2006).

Para esse autor existem três princípios integradores do reconhecimento: as ligações emotivas; a adjudicação de direitos e a orientação por valores (Mendonça, RF). Também nomeados como: amor, direito e solidariedade (Salvadori, 2003; Neto, 2011).

Para explicar o primeiro princípio Honneth apóia-se na psicanálise de Donald Winnicott ao analisar a relação entre mãe e filho, em que ambos passam por um processo de diferenciação que vai da fusão completa a dependência relativa. Nessa relação, mãe e filho

aprendem que apesar da dependência, podem sobreviver sem o outro e desse aprendizado é que advém a auto-confiança (Mendonça, 2006; Neto, 2011).

As relações de direito pautam-se nos princípios universalistas construídos na modernidade. Ou seja, todos os membros da sociedade devem possuir um status de igualdade perante o sistema jurídico, e é através dos direitos que os indivíduos notam-se como seres que devem ser dotados de igualdade. Honneth assinala que a modernidade é marcada pela extensão dos atributos universais (Mendonça, 2006; Neto, 2011). O direito universalista que o autor se refere, insere-se dentro de um Estado burguês, onde todos os seres são dotados de igualdade, mesmo que a sua inserção no modo de produção aconteça de forma desigual.

A terceira dimensão do reconhecimento refere-se às relações de solidariedade que propiciam algo além de um respeito universal. O autor defende que além de reconhecimento jurídico o sujeito necessita de um estima social que o coloque positivamente em suas capacidades concretas associadas a sua forma de vida (Mendonça, 2006; Neto, 2011).

A essas três dimensões, Honneth associa três formas de desrespeito, respectivamente: às que afetam a integridade corporal e assim a autoconfiança básica; à degeneração dos direitos que fere o auto-respeito à medida que evidencia desigualdades; o menor valor atribuído a indivíduos e grupos que afeta a auto-estima dos sujeitos (Mendonça 2006; Neto, 2011).

O autor acredita que o rebaixamento e a humilhação, apesar de ameaçarem a identidade, constituem a base da luta por reconhecimento. O desrespeito a essas dimensões motivam as lutas sociais à medida que torna evidente que outros atores impedem a realização daquilo que se entende por bem-viver (Mendonça, 2011). Nessa discussão é importante levar em consideração o modo de produção e a estrutura de Estado que impede que todos possam ter um “bem-viver”. O capitalismo não se pauta pela igualdade.

Por outro lado, Nancy Fraser defende que a categoria do reconhecimento é melhor explicada de acordo com um padrão universal de justiça. Em uma sociedade capitalista é impróprio não considerar o interesse em redistribuição material como elemento motivador de reivindicação de direitos. A autora propõe um paradigma de reconhecimento assentado na acepção weberiana de status e afirma a importância da redistribuição econômica. Defende que as desigualdades sociais estão diretamente relacionadas ao não reconhecimento. Sua tese é de que a justiça requer tanto a redistribuição dos bens e riquezas sociais, quanto o reconhecimento valorativo-cultural das diferenças (Mendonça, 2011).

As demandas dos movimentos sociais por reconhecimento podem ser consideradas certa minimização das desigualdades sociais, em uma sociedade marcada por injustiças econômicas (Ferreira, s.d.).

Fraser recoloca o campo econômico entre os conflitos sociais emancipatórios, defendendo a centralidade da produção na construção de uma sociedade mais justa. A redistribuição econômica levaria ao fim da diferenciação entre grupos e o reconhecimento estaria na particularidade de cada um deles. Dessa maneira, há duas “lutas” a serem travadas: as reivindicações de ordem redistributivas e as reivindicações por políticas de reconhecimento que acolham as diferenças (Ferreira, s.d.).

Ao longo de sua trajetória, a autora afastou-se da justificativa mais marxista da economia e construiu um modelo pautado na paridade de participação, o qual seria o padrão normativo que deveria reger as lutas sociais e a análises dos conflitos sociais e, não, a noção de auto-realização propagada por Honneth.

Ao debater com esse autor, Fraser coloca que o reconhecimento em uma perspectiva identitária é um equívoco teórico e político. Para ela a falta de reconhecimento encontra explicação na subordinação social. O desrespeito adquire, dessa maneira, uma forma concreta na medida em que se institucionalizam formas de valorização de indivíduos ou grupos, fazendo com que alguns sejam considerados com menor valor do que outros (Ferreira, s.d.).

Nessa perspectiva, não há necessidade de investigação do sentimento de não-reconhecimento, nem é necessário se ater aos grupos que se percebem desvalorizados, a luta é por superação da subordinação. Em sua discussão, a autora argumenta que nos conflitos do que chama de “era pós-socialista”, os interesses de classe são substituídos por interesses de grupos. (Mendonça, 2011).

O desafio em sua teoria é compreender as relações entre distribuição e reconhecimento na sociedade contemporânea.

Fraser distingue duas compreensões de injustiça, sendo a primeira a *injustiça socioeconômica*, enraizada em uma sociedade pautada na exploração da força de trabalho, onde o trabalhador não consegue se inserir na sociedade de forma a usufruir dos bens materiais aos quais necessita. A segunda é a *injustiça cultural* ou *simbólica*, onde existem padrões de representação social, interpretação e comunicação desvalorizadas e desrespeitadas.

Essas formas de injustiça estão interligadas e a autora propõe que para superá-las é necessária uma redistribuição de renda através de uma reestruturação político-econômica; e uma mudança cultural simbólica, para que as diferentes identidades tenham status de igualdade

de reconhecimento. A separação dessas compreensões dá-se apenas de forma analítica, já que as duas encontram-se de maneira relacionada (Ferreira, s.d.).

Fraser aponta para a ilegitimidade da hierarquia de status, que se legitima em uma conjuntura de igualdade liberal e de ideais democráticos. A igualdade liberal é pautada nos ideais de mercado. Por sua vez, os ideais democráticos se expressam tanto na cidadania equitativa quanto na igualdade de status. É dessa maneira que a hierarquia de status viola todos esses ideais (Ferreira s.d.). Em uma sociedade capitalista, em que a desigualdade é estruturante para a reprodução do meio de produção, o mercado é legítimo e central na diferenciação dos grupos.

A organização da sociedade atual, pós-socialista, abre espaço para a discussão da luta por reconhecimento e fica em segundo plano a discussão por redistribuição de renda. O conceito de classe perde a centralidade nas lutas de diversos movimentos sociais, que se mobilizam por reconhecimento das diferenças. O resultado é um campo político complexo com pouca coerência pragmática (Ferreira, s.d.).

Dentro de uma perspectiva crítica, deve-se pensar a luta por reconhecimento inserida em uma problemática do modo de produção capitalista e sua correspondência com um determinado tipo de Estado: o Estado burguês.

Um conceito geral de Estado, nas sociedades divididas em classes, é a organização/ conjunto de instituições especializadas, com a função de moderar a luta de classes antagônicas, mantendo a dominação de uma classe por outra (Saes, 1998).

O Estado burguês realiza de forma peculiar a dominação de classe e corresponde ao modo de produção capitalista.

Um tipo particular de Estado - o burguês - corresponde a um tipo particular de relações de produção - capitalistas -, na medida em que só uma estrutura jurídico-política específica, torna possível a reprodução das relações de produção capitalistas: Só o Estado burguês torna possível a reprodução das relações de produção capitalistas (Saes, 1998; p.22).

O capitalismo estrutura-se a partir da extorsão do sobretrabalho do produtor direto pelo dono dos meios de produção. Como dito anteriormente, a única forma daquele que não possui meios de produção se inserir na sociedade, é através da venda de sua força de trabalho. Ou seja, através de um salário o trabalhador é comprado pelo dono dos meios de produção, adquirindo dessa maneira, a forma de mercadoria.

Essa relação faz-se através de uma suposta troca de equivalentes, porém o salário pago é sempre inferior ao valor produzido através de sua força de trabalho. A produção da mais-valia resulta de uma troca desigual e para que isso aconteça, a força de trabalho deve circular no

mercado em forma de mercadoria. É a ilusão da troca de equivalentes que determina a repetição constante desse encontro (Saes, 1998).

Só o Estado burguês torna possível a reprodução das relações capitalistas na medida em que desempenha uma dupla função: a primeira é a individualização dos Agentes de produção, através da atribuição de direitos e de uma vontade subjetiva aos indivíduos. Dessa maneira, é possível realizar por meio de um contrato, uma troca desigual entre trabalhador e dono dos meios de produção através de um “ato de vontade” de indivíduos “iguais”.

A segunda função refere-se à neutralização de ações coletivas pelos trabalhadores, na medida em que organiza um outro coletivo, diferente de donos dos meios de produção e oposto a classe social. Explicitando melhor essa segunda função:

Se a classe social se constitui a partir da definição de um interesse comum de todos os produtores diretos na liquidação da troca desigual entre uso da força de trabalho e salário (ou de um interesse comum de todos os proprietários dos meios de produção na preservação dessa troca), já tal coletividade nega tais interesses e se define como um interesse comum, de todos os Agentes da produção (produtores diretos, e proprietários dos meios de produção), em se estabelecerem como habitantes de um espaço geográfico delimitado, o território. Tal coletividade é o Povo-Nação. Esta é a forma de coletividade que o Estado burguês impõe aos Agentes da produção antagonicamente relacionados no processo de extorsão da mais-valia (Saes, 1998; p. 31)

Quando o Estado burguês implanta uma coletividade nacional, ele define todos, trabalhadores e donos dos meios de produção, como iguais, diluindo a noção de classe social através da idéia de povo-nação. Dessa forma, neutraliza uma possível ação coletiva, predominando o isolamento, impede a sua constituição em classe e assim, torna possível a renovação contínua da exploração da força de trabalho dos produtores diretos.

O entendimento dessa igualdade no Estado burguês é de grande importância para a discussão do direito inserido nessa lógica. Entende-se por direito o conjunto de regras que regularizam as relações entre os diferentes Agentes da sociedade, garantindo que determinado modo de produção seja reiterado, ou seja, a cada modo de produção corresponde um tipo e direito. No caso do capitalismo é o que rege as relações entre proprietários dos meios de produção e trabalhadores; trabalhadores e trabalhadores; e dos proprietários dos meios de produção entre si (Saes, 1998).

O que diferencia o direito no Estado burguês dos demais é justamente a noção de igualdade conferida a todos os membros que constituem a sociedade, ou seja, ainda que tenhamos uma sociedade de desiguais, os direitos são colocados de maneira igual a todos.

Assim, tanto o dono dos meios de produção, quanto os trabalhadores são dotados de uma vontade subjetiva e por isso são capazes de praticar os mesmos atos.

o direito burguês, ao definir os Agentes de produção como sujeitos, faz com que a troca desigual entre o uso da força de trabalho e o salário assuma a forma de uma troca de equivalentes, resultante do livre encontro de duas vontades individuais: o contrato de compra e venda da força de trabalho. Nessa medida, é uma estrutura jurídica particular – a do direito burguês, caracterizada pelo tratamento igual dos desiguais – que cria as condições ideológicas necessárias à reprodução das relações de produção capitalistas (Saes, 1998; p. 38).

Dentro desse quadro de referência, em uma sociedade dividida em classes antagônicas seria possível que os sujeitos tivessem o mesmo reconhecimento, ainda que inseridos de maneira desigual, como é o caso das ACSs?

A questão da falta de reconhecimento se insere em uma noção de Estado que confere igualdade a todos os sujeitos e os insere dentro de um mesmo coletivo, o povo nação, ainda que essa sociedade só exista a partir da existência de classes sociais desiguais.

O Estado burguês dilui a noção classista e abre espaço para a formação de grupos que lutam por um interesse comum, sem colocar em pauta a luta de classes. Assim, as desigualdades produzidas pelo modo de produção capitalista podem ser entendidas apenas como uma falta de reconhecimento.

A luta de coletivos que se percebem desiguais aparece na forma de luta por reconhecimento, mas sem colocar em xeque a organização do modo de produção vigente, o qual se reproduz amparado por um Estado que garante a continuidade de uma sociedade dividida em classes sociais.

Foi surpreendente verificar através das Oficinas que essas profissionais estão imersas em um processo de luta presente no seu cotidiano de trabalho.

A luta delas por formação e reconhecimento pode ser considerada expressão de sujeitos em construção, na luta do direito de exercer suas atribuições, questionando essa sociedade meritocrática, que atribui valores diferentes a depender da inserção social dos indivíduos.

Apesar da luta por reconhecimento representar uma minimização das desigualdades sociais sofridas por essas Agentes, e não ter aparecido a discussão sobre a redistribuição da renda, a luta por reconhecimento também pode ser compreendida num campo político complexo, em um momento histórico onde há uma perda da centralidade da luta de classes.

Foi visto através da coleta de dados, que estas ACSs estão vivenciando um momento de resistência, em que estão questionando a ordem vigente, com potência de transformar o cotidiano dessa unidade e resistir para que possam realizar suas atividades e terem a compreensão dos outros profissionais da complexidade envolvida no trabalho delas.

5.2 Solidariedade: desgaste e fortalecimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Durante as Oficinas, a ambivalência apareceu em todo momento nas discussões sobre o trabalho. Alguns itens apareceram tanto como potencial de fortalecimento, quanto como potencial de desgaste.

Apresenta-se a seguir esses potenciais separados didaticamente para melhor visualização.

Quadro 12 – Potencial de fortalecimento e desgaste do trabalho do ACS

Potencial de Fortalecimento	Potencial de Desgaste
Mudança na vida das pessoas pela intervenção do ACS	Resistência da população em aceitar as propostas de intervenção
Valorização do ser humano	Condições econômicas determinantes do adoecimento da população, impossibilidade de intervir nessas situações
Conseguir se discriminar do contexto de miséria onde vivem	Não conseguir se distanciar do sofrimento vivenciado no cotidiano do trabalho
Maior contato com a população local	Não conseguir separar vida pessoal e vida profissional
Conhecer o território	Perdas e mortes no cotidiano do trabalho
Trabalho de fácil aprendizagem	Quantidade de papéis a preencher
Morar próximo ao trabalho	
Relação de companheirismo entre os ACSs	
Salário acima da média da população que vive no mesmo território	
Ter o trabalho reconhecido pela população e pelos trabalhadores de saúde	

As Agentes colocam que o fato de trabalharem e morarem no mesmo território constitui-se ao mesmo tempo enquanto potencial de fortalecimento e desgaste. O fato de conhecerem a população e o território as ajuda a se aproximar das situações vivenciadas pelas pessoas atendidas.

Porém, essa situação também as coloca em situações de difícil diferenciação pela população, que demandam atendimento das Agentes ainda que não estejam em horário de trabalho. Esse desgaste encontrado nesse estudo corrobora com o estudo realizado por Costa, Ferreira (2012), que colocam que essa questão resulta numa grande frequência de sofrimento psíquico associado ao trabalho desses profissionais.

Ao analisar o que as ACSs falam sobre o trabalho, algumas questões merecem destaque.

A primeira refere-se ao conceito de solidariedade. Uma das dimensões do trabalho que apareceu nas falas das ACSs é pautada pelo conceito de *solidariedade* desses profissionais com o território, no sentido vulgar, de empatizar com o outro, uma vez que referem ser gratificante poder ajudar as pessoas através de seu trabalho. Essa temática também foi evidenciada em outros trabalhos (Ferreira et al., 2009; Gomes et al., 2009; Cunha, Frigoto, 2010).

Entretanto, a questão da *solidariedade nas políticas de saúde* pode ser vista desde o modelo comunitário, o qual ganhou peso na década de 1970 colocado como forma de combater a crise que afetava o setor saúde. A partir de então esse modelo passou a ser a principal instância de implementação das políticas de saúde. *A participação da comunidade foi colocada como uma forma de os setores mais pobres aproveitarem os seus próprios recursos para superar a pobreza.* Assim, estimulava-se a participação da comunidade, priorizando ações na Atenção Básica, considerando que ações simples poderiam contribuir para reduzir os custos relacionados à prestação de serviços em saúde (Dannangelo e Pereira, 1976 apud Durão, Morosini, Carvalho, 2011).

Na década de 1990, o Programa Comunidade Solidária, instituído no primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso, trouxe uma proposta semelhante, justificado pela necessidade de promover maior eficiência nas políticas sociais. Esse programa deu-se através de parcerias com a sociedade civil, orientando-se pelo princípio da solidariedade como forma de combater a pobreza e a exclusão social. O princípio dessa idéia corrobora com a visão de que o Estado não deveria ser assistencialista, mas deveria levar ensinamentos à população através da disseminação da solidariedade (Durão, Morosini, Carvalho, 2011).

Nesse mesmo contexto, o Programa Saúde da Família passou a ser concebido como um programa com vistas à universalização do SUS. Com isso, o PSF passou a ser orientado pelos mesmos princípios do Programa Comunidade Solidária, tendo a *solidariedade* e a parceria com a população como base desse modelo de atenção (Durão, Morosini, Carvalho, 2011).

O ACS foi inserido nesse programa e o seu papel foi ressaltado enquanto mediador, valorizado por sua relação com a comunidade, *solidário*, o qual teria grande potência em engendrar laços de *solidariedade*, sendo peça chave na consolidação do sistema de saúde (Durão, Morosini, Carvalho, 2011).

Os dados das Oficinas não captaram se as ACSs alcançam ou não a distância entre sua concepção de senso comum de *solidariedade* e a instrumentalização deste conceito, engendrada pelas políticas neoliberais, para utilizar seu lugar e sua função social como anteparo

e mediador das injustiças e abismos sociais produzidas por esta forma de organização econômica.

Instrumentalização num contexto marcado por uma mudança de concepção de sociedade civil, que deixou de significar a possibilidade de organização coletiva para organizar novas formas de Estado e passou a significar a consciência benemérita dos cidadãos, dos grupos organizados, das empresas e associações (Durão, Morosini, Carvalho, 2011).

É nesse contexto que ganham notoriedade as noções de voluntariado, solidariedade e responsabilidade social corporativa que despolitizam as ações e as organizações de participação e representação social. Acrescente-se que o apelo à parceria valoriza novas formas de atuação e espaços nos quais o Estado não teria condições de operar sozinho (Durão, Morosini, Carvalho, 2011; p. 150).

O ACS foi inserido no setor saúde nesse contexto, com o papel central de constituir o elo entre a população e o serviço de saúde local.

Essa identidade dupla e antagônica traduz a contradição das concepções de *solidariedade*: é população (e faz identificação de classe social com o território) e é profissional de saúde (instrumento de anteparo de conflitos sociais), ou seja, ao mesmo tempo que vivencia junto à população atendida os condicionantes da situação de saúde, deve intermediar o atendimento oferecido pelos demais profissionais da Atenção Básica.

É enlouquecedor!

A análise dos dados permite afirmar que esse perfil do ACS provoca um enorme sofrimento porque está associado à dificuldade de colocar limites entre os problemas enfrentados pela população que atende, que também são vividos por eles.

Apesar de serem solidários (senso comum) aos problemas de saúde vivenciados pela população atendida, não contam com recursos capazes de transformar os determinantes do processo saúde-doença da população (instrumentalização neoliberal para a função de anteparo de conflitos sociais), que em última análise dependeria de uma reestruturação social.

Exemplo disso é quando as Agentes falam do sofrimento de seu trabalho ao tentar colocar em prática orientações para uma vida saudável em um contexto onde as pessoas passam por dificuldades financeiras e por isso não podem seguir as orientações realizadas por elas.

Através da análise das falas das ACSs, elas parecem compreender que o processo saúde-doença está condicionado à inserção social dessas famílias. Falam da falta de instrumentos para transformar uma realidade complexa que envolve desemprego, alcoolismo, falta de amor, falta de diálogo e sentem-se angustiadas por não conseguir intervir nessa realidade.

Situações complexas como essa não são passíveis de transformação apenas através de intervenções pontuais e voltadas para indivíduos ou famílias, mas deveriam mobilizar o papel do ACS enquanto líder comunitário, ator político, intelectual orgânico, para colocar em pauta a situação vivenciada pela população atendida.

As intervenções devem envolver a população numa discussão mais ampla acerca dos determinantes que causam adoecimento a elas. Porém, as ASCs, capturadas no projeto de elo ou mediadoras entre políticas neoliberais e conflitos sociais, ficam angustiadas e não conseguem disseminar essa vivência através de uma intervenção coletiva, centrando o seu trabalho no atendimento a indivíduos e famílias no âmbito privado.

Outra frustração das ACSs é a questão de não conseguirem o resultado que esperam, por dependerem das escolhas dos usuários atendidos. Compreendem que em algumas situações as questões econômicas estão relacionadas à situação vivenciada pelas famílias, mas falam que o trabalho delas é considerado ingrato por não conseguirem que a população siga as orientações realizadas por elas. A questão guarda relação com o trabalho educativo desenvolvido por essas profissionais, através da mediação feita entre o saber da população e o saber mais relacionado ao campo da saúde.

O trabalho educativo do ACS pode ser o contraponto do seu trabalho de anteparo de conflitos sociais.

Ou, de outra forma, a posição dos profissionais de saúde constituiu-se historicamente de maneira prescritiva, onde o usuário é responsabilizado pela mudança dos padrões de comportamento que incidem em sua saúde, cabendo aos profissionais de saúde orientá-los sobre os riscos prejudiciais aos diversos hábitos de vida. No PSF, os ACSs passam a compor uma equipe de saúde que dissemina valores como esse, refletindo nas práticas desenvolvidas por esses profissionais.

Paulo Freire diz que educar não é transferir conhecimento. Compreende os sujeitos, como inacabados e em permanente construção. Denomina educação bancária o tipo de educação que concebe os sujeitos como seres vazios, onde devem ser depositados conhecimentos (Freire, 1996).

Nesse tipo de educação há uma relação vertical entre educador e educando. O educador é aquele detentor do conhecimento, que pensa e prescreve, enquanto o educando é um ser desprovido de conhecimento, que vai acumulando saber à medida em que é oferecido pelo educador (Freire, 1996).

Para se contrapor a essa concepção Paulo Freire defende uma educação libertadora, em que entende os sujeitos envolvidos em constante transformação, onde não existe uma

separação rígida entre educando e educador, sendo que os dois se transformam através do processo educativo (Freire, 1996).

Há uma prática na saúde de imposição de regras e normas de comportamento justificadas pelo risco de sofrimento e morte que pode ocorrer caso as pessoas não sigam as orientações desses profissionais (Bornstein, Stotz, 2009).

A educação libertadora parte do princípio que é preciso articular o saber técnico a um saber prévio, adquirido na história de vida de cada sujeito, a partir de sua prática cultural e social, sendo o ponto de partida para a construção de outros conhecimentos.

A educação libertadora é aqui reconhecida como educação popular e é entendida como um processo de busca e de invenção/ reinvenção que parte da ação e reflexão do mundo para transformá-lo. Através da problematização das situações vividas é possível iniciar um processo de transformação da realidade.

A riqueza da ação do Agente comunitário de saúde na mediação de saberes se dá justamente por sua origem e sua inserção na comunidade onde atua e, ao mesmo tempo, por sua participação profissional no serviço de saúde; isto lhe possibilita o acesso ao saber popular e também tecnocientífico. A educação popular como metodologia e como movimento social aponta para uma mediação transformadora que, de acordo com a revisão bibliográfica realizada, não parece ser o enfoque principal encontrado nas experiências desenvolvidas na atualidade (Bornstein, Stotz, 2009; p.463).

Bornstein, Stotz (2009) defendem que o trabalho educativo dos Agentes Comunitários de Saúde acontece através da mediação realizada por eles, onde se inserem essas duas formas de conceber o processo educativo. Os autores nomeiam as intervenções enquanto *Mediação Convencedora* e *Mediação Transformadora*.

Os autores definem *Mediação Convencedora* como

meio pelo qual se busca transmitir ou repassar informação sobre atitudes e comportamentos considerados corretos, retificando os desvios existentes. Sua atuação se dá como algo “externo” e o seu papel é o de integrar os indivíduos no contexto já existente, viabilizando sua continuidade. A necessidade de uma continuidade harmônica da sociedade pode justificar uma educação vertical e autoritária. No caso da saúde o medo da morte ou as consequências de não cumprimento da prescrição costumam ser as argumentações deste tipo de mediação (Bornstein, Stotz, 2009; p. 464).

Enquanto *Mediação Transformadora* refere-se a uma intervenção que,

ênfatisa a transformação da sociedade numa perspectiva democrática. A educação é uma instância dialética que medeia esta transformação. Uma mediação deste tipo contribui para novas práticas em saúde, abertas ao reconhecimento da existência de diferentes saberes sobre a saúde, sejam eles médicos ou não médicos; considera os limites do conhecimento científico sobre saúde no que se refere às causas das doenças e à sua cura e reconhece a importância da experiência da enfermidade e do conhecimento comum das pessoas (Bornstein, Stotz, 2009; p.464).

O cotidiano de trabalho das Agentes interpõe alguns limites que podem dificultar a prática da *mediação transformadora*: diretrizes dos serviços, metas exigidas, organização dos serviços e permeabilidade às demandas da população, formação dos Agentes comunitários de saúde e dos demais profissionais de saúde. Nesse contexto, uma questão a ser estudada é a potencialidade de esses Agentes desenvolverem processos de *mediação transformadora* nas condições concretas da Estratégia Saúde da Família (Bornstein, Stotz, 2009).

As ACSs indicam como uma parte ingrata do trabalho a dificuldade de transformar hábitos de vida da população. Dizem que o sucesso do seu trabalho depende da mudança do comportamento das pessoas. Trata-se de uma mediação convencidora, mas elas não sabem. Será necessário ou desejável que elas se apropriem dessa função social?

Em alguns momentos compreendem as dificuldades enfrentadas pelas famílias atendidas, mas supõem que através do acúmulo de informações seria possível interferir na forma de adoecimento das pessoas. Esta concepção aproxima-se da concepção de educação bancária freireana. Essa questão também foi evidenciada na pesquisa de Ferreira et al. (2009), onde os ACSs acreditam que a educação como transmissão de conhecimentos transforma comportamentos e melhora as condições de vida das pessoas.

5.3 Questão de gênero: mulheres que são agentes comunitárias de saúde

Essa Pesquisa Participante foi realizada com 05 (cinco) mulheres que são Agentes Comunitárias de Saúde e as questões de gênero apareceram fortemente durante as Oficinas.

Nesta pesquisa os dados relativos ao histórico do Bairro, cenário do estudo, demonstram que um grande número de migrantes do nordeste fugia da seca e vinha em procura de oportunidades de trabalho durante a década de 1950 e 1960 para a Brasilândia.

O fato de todas as ACSs serem migrantes pode demonstrar que a migração não se encerrou naquele período e que as famílias que vieram para cá nas décadas de 1950 e 1960 podem ter incentivado a migração posterior para esse Bairro.

Durante todo o trabalho de pesquisa a condição de ser mulher e viver experiências de violência de gênero esteve presente em via de mão dupla: no que tange à sua própria vida e ofício de cuidar das mulheres do território.

Segundo Girardi, Carvalho (2002), no perfil do mercado de trabalho assalariado das profissões de saúde as mulheres representam cerca de 73% dos empregos nas ocupações de saúde. Das quinze categorias profissionais selecionadas no seu estudo, apenas quatro possuem

maioria masculina: médico, médico veterinário, ortoptista/óptico e operador de equipamentos médicos e odontológicos.

Esse dado ajuda a pensar a inserção da mulher no mundo do trabalho, sem deixar de entendê-la como um processo que resultou de luta feminista, em que a mulher cada vez mais busca sua emancipação. Porém, esse é um processo complexo e deve-se levar em consideração o momento histórico em que isso se deu.

Nos países centrais, com o avanço do capitalismo e no período Pós Segunda Guerra, houve ampliação da oferta da mão-de-obra e as mulheres entraram no mundo do trabalho, contudo, continuaram representando no espaço público o papel e as atividades que exerciam no espaço privado, ou seja, as mulheres se inseriram em profissões principalmente ligadas ao cuidado, como a área de saúde.

No caso brasileiro, no mesmo período, foram a seca e as condições miseráveis de vida no Norte e Nordeste do país que trouxeram essas mulheres para a cidade e para o trabalho precarizado e periférico das grandes cidades, identificados com o fazer feminino, isto é, trabalhando como empregadas domésticas, serviços de limpeza, e posteriormente, como no caso dessas trabalhadoras, como Agentes Comunitárias de Saúde.

Os sujeitos constituem-se a depender da forma como a sociedade se organiza. Nesse processo algumas categorias estão presentes como gênero, raça/etnia e classe social (Safiotti, 2004). Essa relação se dá de forma bastante complexa e não deve ser considerada dissociada umas das outras.

Gênero pode ser concebido como uma construção social, a qual define o ser homem e o ser mulher em uma dada sociedade. Assim, existem padrões construídos socialmente dos comportamentos aceitos a depender do sexo feminino ou masculino (Safiotti, 2004).

Para compreender o que significa ser mulher e as especificidades da vida das mulheres, há que se compreender como mulheres e homens se constituem como sujeitos sociais, no contexto da sociedade contemporânea. Extensamente exploradas nos estudos feministas, as relações sociais estabelecidas entre mulheres e homens, relações de poder, parecem ter sua gênese na constituição das sociedades, tanto quanto a divisão sexual do trabalho. Isso explicaria, entre outras coisas, a naturalização do trabalho doméstico e do cuidado com as crianças (além de gerá-las) como pertencentes ao mundo feminino, bem como, de outro lado a inserção social dos homens no espaço público (Fonseca, 1998; p. 4).

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde possui uma forte relação com o trabalho considerado feminino. O papel de cuidado com a família foi constituído historicamente como responsabilidade das mulheres, que além de terem a função de gerar os filhos, foi-lhes atribuída a responsabilidade de criá-los. A responsabilidade de cuidar dos idosos e dos enfermos foi

igualmente atribuída às mulheres. O trabalho do ACS está diretamente implicado com essas práticas, não sendo ao acaso que a maioria dessas profissionais seja do sexo feminino.

Conforme discutido anteriormente, as ACSs sentem-se desvalorizadas em seu trabalho, o que também pode guardar certa relação com um trabalho considerado feminino. Sendo assim, esse seria quase um trabalho instintivo, não necessitando de formação para realizá-lo. Essa característica não é exclusiva do trabalho das ACSs e tem sofrido uma mudança muito lenta nas últimas décadas:

as mulheres encontram-se em situação de subalternidade em relação aos homens. Assim, ocupam funções de menor prestígio social, recebem cerca de 54% do salário dos homens pela mesma função, inserem-se em ocupações que referem-se ao fazer histórico das mulheres de cuidado dos demais, em tempos de crise aceitam trabalhos tidos como pouco valorizados, diferentemente dos homens que selecionam as áreas em que se inserem no setor produtivo, etc. Todas essas questões remetem para uma diferenciação de gênero no que se refere ao trabalho de homens e mulheres (Fonseca, 1998; p. 9).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, as mulheres permanecem com salários menores do que o dos homens. Em 2012 o salário das mulheres era 28% inferior ao dos homens (IBGE, 2012).

Nesse estudo, as ACSs colocaram de forma bastante concreta a relação desigual ainda vivenciada pelas mulheres, a despeito das variações ocorridas na última década.

Com relação ao tema da violência, das 05 (cinco) Agentes, 03 (três) relatam ter vivenciado algum tipo de violência de gênero durante a vida. Esse tipo de violência também apareceu no cuidado às mulheres do território.

A sociedade que vivemos é patriarcal e confere maior valor aos homens. A violência pode ser considerada a forma extrema do patriarcado, onde o *homem* pode determinar o que a *mulher* deve fazer, possuindo legitimidade social para que isso ocorra sem questionamentos.

No exercício da função patriarcal, os homens detém o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que lhes apresenta como desvio. Ainda que não haja nenhuma tentativa por parte das vítimas potenciais, de trilhar caminhos diversos do prescrito pelas normas sociais, a execução do projeto de dominação-exploração da categoria social *homens* exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência. Com efeito, a ideologia de gênero é insuficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, tendo este necessidade de fazer uso da violência (Safiotti, 2002; p. 2).

Também ocorre de mulheres praticarem violência física contra seu marido/companheiro/namorado, porém essa não é a situação corrente. Ainda que isso aconteça, não se pode igualá-la à violência realizada na situação inversa, pois “as mulheres como

categoria social não têm, contudo, um projeto de dominação-exploração dos homens. E isto faz uma gigantesca diferença” (Safiotti, 2002; p. 2).

Uma forma de entender as mulheres que sofrem violência de gênero bastante presente é aquela em que a mulher é vista como cúmplice e culpada pela violência sofrida. Safiotti (2002) coloca que não se pode entender a mulher como cúmplice em nenhuma hipótese já que

Trata-se de fenômeno situado aquém da consciência, o que exclui a possibilidade de se pensar em cumplicidade feminina com homens no que tange ao recurso à violência para a realização do projeto masculino de dominação-exploração das mulheres. Como o poder masculino atravessa todas as relações sociais, transforma-se em algo objetivo, traduzindo-se em estruturas hierarquizadas, em objeto, em senso comum (Safiotti, 2002; p. 5).

Ainda segundo Safiotti (2002), a grande maioria das mulheres que sofrem violência de gênero sempre reage contra o agressor, apesar de nem sempre conseguirem colocar fim à violência.

Se as mulheres sempre se opuseram à ordem patriarcal de gênero; se o caráter primordial do gênero molda subjetividades; se o gênero se situa aquém da consciência; se as mulheres desfrutam de parcelas irrisórias de poder face às detidas pelos homens; se as mulheres são portadoras de uma consciência de dominadas; torna-se difícil, se não impossível, pensar essas criaturas como cúmplices de seus agressores (Safiotti, 2002; p. 10).

A vivência das Agentes Comunitárias de Saúde, participantes dessa pesquisa, mostrou a importância da oposição a essa estrutura. Essas Agentes conseguiram superar a violência de gênero sofrida e isso não é um processo simples, já que vai na contramão do processo histórico, sempre complexo e contraditório.

Ainda que essas ACSs tenham vivenciado histórias de superação da violência de gênero, não significa que consigam compreender a estrutura social que legitima essas relações de poder e coloca a mulher num lugar subalterno e inferior ao homem. Parecem acreditar que para conseguir superar uma relação violenta é necessário apenas que a mulher escolha sair dessa situação, sem problematizar as dificuldades em romper com a estrutura social e cultural que sustenta, legitima e perpetua a violência de gênero.

Na fala das ACSs a mulher aparece como a única responsável pelos cuidados com os filhos e com a casa. Quando não conseguem realizar essas tarefas de forma socialmente aceitas, são culpabilizadas por isso. A responsabilidade da figura do homem não é referida em nenhum momento para esses cuidados. Essa questão confirma uma pesquisa que evidenciou a exclusividade das mulheres nesses cuidados:

Uma pesquisa sobre a assistência à saúde da criança em idade escolar constata que a família e, dentro dela, única e exclusivamente a mãe é responsabilizada tanto pelos agravos ao processo saúde-doença das crianças como pela busca de solução para

os mesmos. Isso, por parte dos três segmentos implicados na assistência a esse grupo populacional, quais sejam: os componentes da equipe de saúde, as professoras e a própria mãe que, na sua trajetória de vida em contato com os anteriores, introjeta o discurso ideologizado e o reproduz, considerando-se ao mesmo tempo culpada pelos erros em relação ao filho e a única responsável pela sua solução (Olivi, 1996 apud Fonseca 1998; p. 7).

Outro motivo de culpabilização relaciona-se ao fato das ACSs avaliarem que as mulheres não cuidam de sua saúde e as colocarem numa posição de acomodadas que não valorizam o cuidado com sua saúde. Essa questão também foi identificada por Fonseca (1998), mas justificada pelo fato do cuidado com a família e com a casa serem prioritários ao cuidado de sua própria saúde.

A mulher-mãe, dona de casa, em geral, é a última pessoa com quem ela mesma se preocupa, não sendo incomum referirem, por exemplo, falta de tempo para controle da situação de saúde, em função do acúmulo das tarefas do lar, quando não se trata e do trabalho realizado fora dele (Fonseca, 1998; p. 8).

Essas ACSs são mulheres que viveram situações de violência de gênero semelhantes às vivenciadas pelas mulheres atendidas por elas. Mas as superaram, conforme análises anteriores. Entretanto, elas não conseguem compreender a vivência das mulheres do território e ajudá-las a passar pelo mesmo processo de superação. Ao contrário, nas falas presentes nessa pesquisa, evidenciou-se que essas ACSs reproduzem o senso comum, a lógica patriarcal, onde se legitima a violência e culpa-se a mulher pela violência sofrida.

Nesse sentido as ACSs recusam uma identificação entre elas e as “outras” mulheres do mesmo território de pertencimento. Isso dificulta que sejam o “elo” entre “aquelas” e o serviço de saúde, como definem as Portarias e Normativas do Ministério da Saúde.

O lugar que ocupam, a despeito de serem ACSs, remete a lembranças dolorosas e frente a isso essas trabalhadoras parecem se colocar num lugar diferenciado “daquelas” mulheres do território. Neste lugar ambíguo não conseguem responder a pergunta: em que as mulheres que são ACSs são diferentes daquelas do território?

As ACSs também são resultado de uma estrutura social e se constituíram enquanto sujeitos em uma sociedade que desvaloriza as mulheres e as colocam de forma subalterna ao homem. Não há uma lógica linear entre ser mulher e superar relações de violência de gênero e conseguir compreender a estrutura social que constrói essas relações e combatê-las.

Esse é um processo que necessita de investimento, formação e discussão com os trabalhadores de saúde de forma ampla e com a sociedade como um todo.

Uma equipe de ESF engajada na superação da violência de gênero teria um grande potencial de transformar a vida das mulheres.

5.4 Processos de trabalho em saúde mental das Agentes Comunitárias de Saúde

Adotou-se a categoria *processo de trabalho* para análise do trabalho dessas Agentes. Nessa pesquisa adota-se o conceito de *trabalho humano* como aquele que se diferencia do trabalho animal por sua intencionalidade. Pelo trabalho é possível transformar a natureza através de um processo com certo gasto de energia. Esse processo não acontece casualmente, mas é iniciado a partir de uma *necessidade* sentida.

São dois os elementos constitutivos no processo de produção: os *meios de produção* e a *força de trabalho*.

1. *Meios de Produção* – são todos os elementos materiais que participam do processo, direta ou indiretamente, compostos por pela *matéria-prima* (matéria sobre a qual se aplica o trabalho no processo de produção) e pelos *instrumentos de produção* (elementos como ferramentas ou máquinas para transformar a matéria prima, mas que não transferem nenhum valor material ao produto). Ao lado desses elementos materiais, o ser humano também faz uso de “recursos conceituais”, que consistem nos conhecimentos e técnicas que ele acumula historicamente (Paro, 2012).
2. *Força de Trabalho* –também chamada de capacidade de trabalho, é toda energia humana gasta no processo de trabalho, é o ser humano (Paro, 2012).

Por meio desse processo o ser humano utiliza sua energia para produzir coisas que tenham utilidade para responder às suas necessidades, ou seja, com um “valor de uso”. Sendo assim, valor de uso é a própria utilidade da mercadoria (Paro, 2012).

O processo é sempre determinado por uma *necessidade* sentida. Quem realiza o trabalho em saúde é o Agente, a *força de trabalho* em saúde, que tem como característica desgastar-se e transformar-se durante o processo (Aranha e Silva, 2012).

O trabalhador de saúde quando elege um objeto de trabalho vê nele uma potência em se transformar. Desse modo, o trabalhador elege ou cria *instrumentos* que transformem esse objeto. Esse processo não é independente do contexto social, econômico e de desenvolvimento tecnológico ao qual está inserido. O produto do trabalho humano resolve uma *necessidade*, porém, novos problemas, novas situações se apresentam a serem resolvidas. Apenas o ser humano é capaz de identificar o melhor intermediário entre ele (*força de trabalho*) e o *objeto* a ser transformado (Aranha e Silva, 2012).

A seguir serão apresentadas as análises das situações vivenciadas pelas ACSs, de interface da Saúde Mental na Atenção Básica. Essas situações serão pensadas à luz do *processo de trabalho*.

- **Situação 1 - A mãe vive a vida da filha e ela fica sem espaço para vivê-la**

A Situação 01 (um) envolve o acompanhamento de uma família com foco na relação entre mãe e filha. Os sujeitos envolvidos são: usuária, mãe da usuária, ACS, equipe verde e NASF.

A partir do material construído na Oficina, foi possível verificar que o trabalho dessa profissional está pautado em um conjunto de atribuições preconizadas pela Portaria GM/MS 648/06, na medida em que: desenvolve ações integrando equipe e população; está em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações visando à promoção à saúde de acordo com o planejamento da equipe; orienta a família quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.

As práticas que articulam o campo da atenção básica com o da saúde mental nessa cena são:

1. Atuação a partir do contexto familiar - Nessa situação a ACS deixa bastante claro o entendimento de que não é possível modificar apenas um elemento de uma família, mas para uma transformação efetiva é necessário intervir em todo o contexto familiar.
2. cuidados de saúde no território: o cuidado era realizado pela equipe na unidade e na casa da usuária.
3. Continuidade do cuidado: A ACS tem a percepção de que a transformação se dá como processo, o qual deve ser realizado de forma longitudinal. Para tanto, é necessário planejar as ações que se darão durante o acompanhamento familiar e não apenas em uma intervenção única e pontual.
4. Trabalho em equipe interdisciplinar – A ACS durante o atendimento a essa família aciona outros membros da equipe para ajudá-la na intervenção. Isso se dá por sua percepção da complexidade do caso e pelo reconhecimento de que em algumas situações é necessário articular ferramentas relacionadas um conhecimento técnico que foge de seu arsenal.
5. Construção de vínculo entre equipe e usuário – Nesse sentido a ACS apresenta bastante clareza desta sua atribuição na medida em que coloca que o trabalho da ACS é se identificar com as situações vivenciadas no território, trazer a vivência da casa dos usuários para a equipe/ serviço de saúde, organizar e direcionar o trabalho.

Esta é uma *práxis* reiterativa porque mediada por normativas, protocolos e diretrizes.

Entretanto, essa profissional se coloca numa condição central no trabalho da equipe.

O seu trabalho não aparece apenas como um elo entre a população e o serviço de saúde, mas como aquele que dá direção ao trabalho dos demais integrantes.

O trabalho da ACS aparece de forma a construir uma intervenção em conjunto com a equipe e com a família, de forma não prescritiva e não centrado na medicalização da loucura. Existe uma preocupação da ACS em construir um projeto terapêutico que vise uma maior inserção social da usuária. Houve uma percepção da ACS 1 de que o trabalho deve ser realizado em conjunto com a família.

Uma preocupação da ACS 1 frente a esse cuidado, prestado com ênfase na família, refere-se ao conceito de *autonomia* na perspectiva da reabilitação psicossocial (Saraceno, 2001), que pode ser evidenciada na seguinte fala:

Mas eu estou vendo, é o seguinte, uma senhora com quase setenta anos, que já não tem tanta saúde e uma filha com trinta e três que quando a mãe for, vai definhando também, porque a mãe não deixou, não deixa ela avançar, não deixa ela desenvolver (ACS 1)

A Reabilitação Psicossocial é entendida aqui não como uma técnica, mas como uma abordagem, uma estratégia, sendo uma alternativa às práticas institucionalizadoras. Não é possível pensá-la independente de um marco organizacional, estrutural e político.

O processo de reabilitação psicossocial deve abranger todos os profissionais e todos os atores envolvidos no processo saúde-doença. Saraceno entende o processo de reabilitação como um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania. Deve ser reconhecida como uma estratégia global, o que implica em uma mudança de toda política dos serviços de saúde (Saraceno, 2001).

Saraceno (2001) destaca a importância de pensar a reabilitação inserida em um contexto, levando em consideração variáveis relacionadas aos serviços e aos usuários. O autor conceitua reabilitação como um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos.

o modelo das redes múltiplas de negociação põe no centro das questões não a autonomia, mas a participação, de modo que o objetivo não seja aquele de fazer com que os fracos deixem de ser fracos para poder estar em jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que se participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e de interesses (Saraceno, 2001; p. 113).

As relações de trocas são realizadas a partir de um valor presumido de cada indivíduo no campo social. A possibilidade de produzir valor é o que dá às pessoas um dado poder

contratual. Ou seja, a depender do valor suposto, a pessoa é mais ou menos habilitada a relações de troca. Três dimensões são apontadas como fundamentais: trocas de bens, de mensagens e de afetos. A reabilitação como cidadania busca a reconstrução desses valores e o aumento do poder contratual, para uma maior possibilidade de trocas sociais (Kinoshita, 2010).

Também fica evidente a preocupação com a autonomia da usuária, quando durante a Oficina a ACS atribui como significado o *fazer* “a mãe viver pela filha” como “a mãe acreditar que ela é incapaz de ter autonomia”, sendo esse um ponto central eleito para a sua intervenção.

A autonomia é parte importante da reabilitação psicossocial e é entendida como a capacidade do sujeito criar normas e regras para sua vida, conforme as situações vividas. Importante destacar a importância de sermos mais independentes quando conseguimos depender de um maior número de coisas/relações, o que possibilita diversos arranjos nas diversas situações da vida (Kinoshita, 2010).

Durante toda a fala da ACS 1, nota-se a grande atenção que ela atribui às potencialidades da usuária, a qual se contrapõe ao historicamente construído de que as pessoas com transtornos psíquicos são consideradas com valor inferior aos demais membros da sociedade.

Em nenhum momento ela se refere à usuária de forma estereotipada ou preconceituosa como referido em trabalhos já realizados sobre concepções dos ACS acerca da loucura (Barros, Chagas, Dias, 2009; Cardoso, Reinaldo, Campos, 2008; Pereira et al 2009).

A ACS acredita que a usuária poderia se colocar de outra forma na sociedade, sendo preciso intervir em suas potencialidades.

porque é uma menina que tem potencial, que tem condições de estar de outra forma nessa vida a não ser vivendo a margem do que a mãe vive (ACS 1)

Chama a atenção o fato da ACS 1 relacionar o diagnóstico de esquizofrenia da filha à forma como a mãe se relaciona com ela, ou seja, a doença da filha seria consequência desta relação e não anterior a ela, como seria a lógica do diagnóstico médico.

E até acho que esse diagnóstico dessa menina chegou a isso por causa da criação que foi dada pra ela, hoje em dia já to começando a achar isso (ACS 1)

Ou seja, ela pode ser uma pessoa que pegou um diagnóstico de esquizofrenia, que talvez adoeceu por causa da pressão da mãe em cima dela. Não teve oportunidade de viver. A mãe vai embora e ela não teve vida, entendeu? Aí é isso aí, isso aí que me tira o sono, porque eu acho que ainda dá tempo de ajudar um pouco (ACS 1)

A ACS 1 atribui aspectos negativos ao cuidado dessa mãe, como medo de perder a autoridade, controle, omissão de tratamento, não saber viver a própria vida.

Porém, durante a construção da Oficina a ACS reviu sua posição e atribuiu novos significados para as mesmas atitudes como: amor incondicional, proteção, insegurança, medo de a filha ter outra crise.

Durante as Oficinas ocorreu um processo interessante, onde pensar os diferentes significados para as atitudes de cada um dos envolvidos na situação impulsionou um processo reflexivo sobre a complexidade nas situações vivenciadas no cotidiano do trabalho e na vida das pessoas. A realidade concreta pôde ser decomposta de diversas maneiras de forma a tentar compreendê-la de forma dialética.

Com o trabalho coletivo da Oficina, foi possível repensar a realidade e os significados dos *fazeres* de forma menos estereotipada ou maniqueísta.

Esta é uma *práxis* criativa.

- **Situação 2 - Como se o filho ainda estivesse lá**

A Situação 02 (dois) descreve o atendimento de uma senhora restrita ao lar devido às suas condições clínicas e à tristeza pela perda de um filho. Os sujeitos envolvidos na situação são: usuária, ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeira, médico e NASF.

A análise do material construído na Oficina possibilita verificar que o trabalho dessa profissional está pautado em um conjunto de atribuições preconizadas pela Portaria GM/MS 648/06, na medida em que: desenvolve ações integrando equipe e população; está em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações visando à promoção à saúde de acordo com o planejamento da equipe; desenvolve atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco.

Os campos que aproximam o cuidado no campo da atenção básica e da saúde mental presente nessa cena referem-se à:

1. centralidade das ações no usuário – A todo o momento o foco da ACS está no atendimento à usuária para atender as diversas necessidades por ela apresentadas. A ACS realiza o trabalho de forma integral, realizando intervenções de cuidado físico e emocional. Realiza adaptações na casa para melhorar a qualidade de vida da usuária.
2. cuidados de saúde no território: Devido à condição clínica da usuária e das relações familiares, todo o cuidado era realizado pela equipe na casa da usuária.

3. continuidade do cuidado – Através do apresentado, pode-se verificar que a intervenção ocorreu como um processo. A partir da resposta de algumas necessidades, outras se tornam mais evidentes e passíveis de transformação.
4. trabalho em equipe interdisciplinar – A todo o momento, essa trabalhadora demonstra uma preocupação em articular o trabalho da equipe para melhor responder às demandas da usuária.
5. construção de vínculo entre equipe e usuário – Através do vínculo construído pela ACS, ela leva informações importantes à equipe e permite que a usuária se vincule a equipe também.
6. reformulação do saber e da prática tradicional em saúde – Através dessa intervenção verifica-se que o trabalho do ACS tem possibilidades de ampliar o cuidado para além da doença. A ACS está presente na casa da população o tempo todo, o que permite que ela vivencie diferentes sofrimentos da vida dos usuários construa intervenções voltadas para diversos aspectos, ampliando sua ação em saúde.

Esta é uma práxis reiterativa porque mediada por normativas, protocolos e diretrizes.

Por outro lado, foi o sofrimento, a depressão, a tristeza, o abandono e a carência da usuária que ativaram as intervenções da ACS 2.

A partir disso, foram pensadas as intervenções clínicas e as ações de promoção e recuperação da saúde relacionadas aos agravos provocados pela artrite. Não apareceram concepções sobre a loucura durante a discussão desse caso. Porém, apareceram significados importantes do trabalho do ACS 2 frente ao sofrimento da usuária como respeito à dor do outro e recuperação de sua dignidade.

Foi possível verificar a preocupação da ACS 2 em relação ao empobrecimento das relações sociais da usuária, bastante comum às pessoas com sofrimentos psíquicos. Isso se verifica, quando a ACS 2 atribui ao fato da usuária “estar sempre sozinha assistindo televisão” o significado de “solidão”.

A ACS 2 mostra-se solidária, uma atitude reabilitatória e terapêutica, segundo Saraceno (2001) e coloca-se no lugar do outro. Isto porque neste caso, as condições físicas da usuária é um obstáculo importante para que sua rede social possa se constituir ou expandir. Estar presente, fazer visitas domiciliares mais frequentes que o preconizado, é a forma que a ACS inventa para garantir uma rede de apoio mínima para ela.

A ACS 2 entende que o trabalho do Agente está vinculado a um trabalho mais humanizado e menos técnico. Isso pode ser verificado na análise da situação, porém, em alguns

momentos a falta dessa técnica parece dificultar a ACS 2 separar o seu sofrimento da situação vivenciada junto à família atendida.

Esta é uma *práxis* criativa.

- **Situação 3 - Vai se matar porque não faz sentido continuar dando trabalho**

A Situação 03 (três) descreve o atendimento realizado por uma ACS, de um usuário em surto. Os sujeitos envolvidos nessa situação são: usuário, mãe do usuário e ACS. A trabalhadora oferece um cuidado centrado no usuário para fazer com que ele valorize sua vida.

A partir da análise do material construído na oficina, é possível verificar que o trabalho dessa profissional é pautado em um conjunto de atribuições preconizadas pela Portaria GM/MS 648/06, na medida em que: desenvolve ações integrando equipe e população; está em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações visando à promoção à saúde de acordo com o planejamento da equipe; orienta as famílias quanto à utilização de serviços de saúde disponíveis; desenvolve atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco.

Na situação de trabalho vivenciada pela ACS, ela mostra estar em constante contato com o usuário por meio das visitas realizadas, sentindo-se responsável pelo cuidado do usuário em suas necessidades.

Os campos que articulam a atenção básica e a saúde mental presente nessa situação referem-se à:

1. centralidade das ações no usuário – A centralidade do cuidado nessa situação está voltada para o usuário.
2. cuidados de saúde no território – O cuidado oferecido pelo usuário ocorreu não apenas em seu domicílio. A ACS refere ter realizado abordagens com o usuário em diferentes espaços do território.
3. continuidade do cuidado e a construção de vínculo entre equipe e usuário – Esse foi um aspecto importante apontado pela ACS. A continuidade do cuidado permite que o usuário se vincule ao profissional de saúde e tenha confiança em seu trabalho.
4. reformulação do saber e da prática tradicional em saúde .

Esta é uma *práxis* reiterativa porque mediada por normativas, protocolos e diretrizes.

Na discussão sobre os significados das ações de todos envolvidos foi possível compreender o usuário como alguém que tem um sofrimento intenso, que quer chamar a atenção. A ACS 3 atribui à solidão e falta de credibilidade a causa do sofrimento. O fato de a mãe xingar o usuário foi explicado como uma falta de conhecimento da mãe sobre a doença do filho.

Ao analisar a situação a ACS 3 entende que o trabalho dela é tentar melhorar a qualidade de vida dos usuários, sendo pertinente em suas atribuições.

O papel da ACS 3 aparece de forma central na intervenção realizada. Apresenta e ativa instrumentos contundentes para a resolução das necessidades do usuário.

Durante o relato da situação pela ACS 3, a questão da esquizofrenia não aparece como algo a ser temido, como aparece em alguns trabalhos realizados com ACS (Lucchese et al., 2009; Silveira, Vieira, 2009; Jucá, Nunes, Barreto, 2009; Brêda, Augusto, 2001).

Em nenhum momento a medicação ou o cuidado médico aparecem de forma central no cuidado ao usuário. A relação estabelecida entre a ACS 3 e o usuário é o que determina o sucesso da intervenção.

O trabalho em saúde mental aparece como um trabalho que demanda paciência e atenção intensa ao usuário. Interessante que a ACS 3 diz que o que chamou a atenção dela diante de toda essa situação foi a potência terapêutica da relação de confiança estabelecida entre ela e o usuário.

Então, o que me chamou atenção de saúde mental, é que quando ele pega a confiança em você, mesmo com o surto dele ele para pra te escutar. Então tinha algumas vezes que eu precisava ficar um tempão com ele (ACS 3)

ele nunca me agrediu, nunca me xingou, pelo contrário, sempre me respeitou, mas são pessoas que exigem muito sua atenção, a hora que ele quer falar com você, você tem que parar pra ouvir, e o tempo que ele quiser, porque ele não te deixa em paz enquanto você não escutar o que ele tem pra falar. Então quando ele pega uma confiança com você é como se você virasse amigo íntimo, e aí você tem que dar muita atenção pra esse tipo de pessoa (ACS 3)

Pode-se associar a demanda de atenção do usuário ao seu empobrecimento de relações sociais. Ou seja, o usuário vivenciou uma perda de capacidades operativas para manter suas relações. Pode-se dizer que o usuário passou por um processo de desabilidade (Saraceno, 2001), onde foi perdendo as relações que haviam sido construídas por ele. Essa desabilidade é entendida como uma resposta de uma organização social segregadora, pouco inclusiva, discriminatória daqueles que fogem do considerado normal pela sociedade (Saraceno, 2001).

A ACS 3 entendeu que o anúncio do suicídio foi uma forma do usuário chamar a atenção para o seu sofrimento e associa a solidão dele a uma consequência da doença. Refere que seu sofrimento estava relacionado às perdas materiais e afetivas que o usuário teve após o diagnóstico e não a doença em si.

Uma família que xingava, que sempre expulsava ele. As sobrinhas não respeitavam muito ele (ACS3)

antes dele ter esquizofrenia ele era um homem, eu vi algumas fotos, que ele era um homem até que bonito o A. Ele tinha um pouco de condições e ele ainda lembrava disso, ele tinha condições. O que aconteceu com ele, que agora ele tinha essa vida, que ele catava reciclagem, que ele tinha que vender aquelas roupas, então acho que tinha um pouco de ressentimento dentro dele mesmo por o que ele era agora (ACS 3)

Durante a discussão desse caso na Oficina aconteceu um processo bastante rico relacionado à apropriação dos instrumentos de trabalho pela Agente.

Aconteceu o re-conhecimento da possibilidade das ACSs realizarem prescrições em conformidade com suas atribuições. À medida que a Agente tem clareza dos recursos que pode disponibilizar e sabe que eles têm potência no cuidado do usuário, passa a ter convicção nelas e reconhece a competência do seu próprio trabalho.

Esta é uma *práxis* criativa.

- **Situação 4 – Paciente de 56 anos, preso em casa, despido, comendo fezes e agressivo**

A situação envolve um paciente de 56 anos com diagnóstico de esquizofrenia que recebe cuidados da equipe de PSF, sua cuidadora, uma ACS, uma auxiliar de enfermagem, equipe do NASF, enfermeira e médico. A forma como o usuário se comporta causa estranhamento e medo na ACS.

Conforme discutido nas outras situações, as atribuições relacionadas ao fazer da ACS em acordo com a portaria GM 648/ 06 foram: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos; estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações

educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;

Os princípios convergentes do campo da Saúde Mental que orientaram a ação dessa equipe de Saúde da Família foram:

1. centralidade das ações no usuário: Durante todo o trabalho da ACS, sua preocupação está voltada para melhorar as condições de vida do usuário, ainda que realize intervenções junto à cuidadora.
2. cuidados de saúde no território: Nessa situação o usuário encontrava-se acamado, o que o impossibilitava de comparecer a unidade para qualquer atividade. Sendo assim toda a equipe faz o acompanhamento na casa do usuário.
3. continuidade do cuidado: Esse acompanhamento foi realizado ao longo de um período pela equipe. Uma situação complexa como essa exige continuidade do cuidado. Fica claro durante a discussão do caso que foi possível intervir de forma positiva como um processo construído em diversas ações como visitas e discussões de caso para pensar a melhor intervenção para o usuário.
4. organização em rede – Nesse caso essa questão aparece, ainda que de maneira sutil, na medida em que a ACS relata a existência de uma reunião composta por UBS e CAPS para a discussão de caso. Esse é um caso de bastante complexidade e de difícil manejo, o que justifica o atendimento compartilhado entre esses serviços.
5. trabalho em equipe interdisciplinar: A ACS coloca que o seu trabalho significa articular outros profissionais para resolução do caso. Em diversas situações é necessário articular o cuidado em diferentes núcleos de saberes para responder às diferentes demandas dos usuários.
6. construção de vínculo entre equipe e usuário: A ACS em constante contato com o usuário, vincula-se a ele e facilita a entrada dos outros profissionais de saúde.

Esta é uma *práxis* reiterativa porque mediada por normativas, protocolos e diretrizes.

Durante a Oficina de Trabalho a ACS 4 refletiu sobre questões importantes relacionadas ao cuidado no campo da saúde mental.

A ACS conta que no início da sua relação com o usuário, sentiu medo relacionado às informações dadas pela equipe, pela vizinhança e pela situação que ela mesma presenciava.

Outra qualidade de medo referia-se ao fato de ter que prestar cuidado para uma pessoa que tinha atitudes que ela não compreendia, como ficar nu e gritar o tempo todo.

Ao atribuir significado ao medo, a ACS 4 afirma que diante de uma situação como essa esse sentimento é justificado. A fala da ACS 4 demonstra que à medida em que ela foi conhecendo o usuário para além do diagnóstico, passou a entendê-lo de outra maneira, vinculou-se a ele e ofereceu cuidados em saúde.

Sempre tinha reclamação da vizinha do lado que dizia que ligava pra polícia, porque que ele e quando eu conheci ele, assim, eu em um primeiro momento eu tive medo dele, muito medo, né (ACS 4).

E todas as vezes que a gente ia lá fazer visita, a equipe ia lá, ele atendia a gente nu, né, às vezes tinha algum momento que a gente pedia pra ele por a cueca, ele ia lá, ele colocava, ele sentava, ele com a conversa ele mudava, ele ficava uma pessoa super educada e, muito gentil, né, tratava muito bem (ACS 4).

eu criei um vínculo com ele muito bom, que ele até me pediu em casamento, disse que eu era noiva dele (ACS 4).

No processo de atribuição de *significado* a estes *fazeres* do usuário a ACS 4 fala sobre uma importante mudança no comportamento dele e relaciona esta mudança à qualidade do acompanhamento da equipe. Inicialmente ele era uma pessoa que quebrava os objetos dentro de casa e tinha muita dificuldade em se relacionar com os outros. O trabalho da equipe promoveu uma transformação nessa situação uma vez que ele já não quebra nada da casa e consegue estabelecer uma relação afetiva com as pessoas.

Quebrava tudo. Daí chegou num tempo que a gente conseguiu passar, o NASF conseguiu acompanhar, mudou... tinha televisão, tinha um radinho lá que ele deixava, lâmpada ele chegou a deixar, a casa bem mais cuidada. A cuidadora limpava de manhã e a gente chegava lá a tarde estava do mesmo jeito, ele não bagunçava (ACS 4).

A ACS 4 reconhece a complexidade do caso, mas em nenhum momento propõe ações no campo da psiquiatria clássica, como uma internação psiquiátrica, por exemplo. Muitos usuários em condições semelhantes a este encontram-se institucionalizados, mas durante o acompanhamento realizado pela equipe, em nenhum momento isso aparece como proposta terapêutica, ao contrário, as ações realizadas se contrapõem radicalmente à ideia de institucionalização.

O movimento que se faz é no sentido de dar condições de vida dignas ao usuário em sua própria casa, ou seja, uma proposta desinstitucionalizadora, alinhada à perspectiva da

desconstrução dos saberes, práticas, culturas e valores pautados na doença/periculosidade, a desinstitucionalização requer desmontar as respostas

científica e institucional, romper a relação mecânica causa-efeito na análise de constituição da loucura, para desconstruir o problema, recompondo-o, re-contextualizando-o, re-complexificando-o (De Leonardis, 1978 apud Nicacio, 2003; p. 93).

O conceito de doença mental foi construído historicamente sob a tríade pineliana: o *saber* médico-psiquiátrico, a *relação assimétrica entre médico e paciente*, mediada pelo valor destes saberes, e o *lugar* próprio para o exercício deste saber e desta relação, que é o manicômio.

A instituição manicômio envolve a discussão sobre como as práticas em saúde permitiram ou viabilizaram que seus muros fossem erguidos e sobre como as ideias, noções e preconceitos que o acompanham podem ser desconstruídas.

Para isso é necessário desconstruir não apenas a instituição manicomial, mas as concepções e preconceitos que atingem, de forma difusa, toda a sociedade e interrogar as respostas científicas, institucionais e sociais a problemática da loucura (Nicácio, 2003).

A desinstitucionalização é um processo de desmontagem do paradigma médico-centrado e de construção de práticas que buscam criar uma nova realidade que requer sujeitos pensantes, intervenções inteligentes, mobilização social e produção de políticas. Esse é um processo complexo, e não possui uma fórmula a partir da qual seguir.

O que se vê na análise da Situação 4 (quatro) é uma prática de cuidado que desloca o *fazer* e o *poder-fazer* médico do centro das ações e coloca neste lugar a ação da ACS.

As ações da ACS estão pautadas no sentimento de solidariedade ao sofrimento das pessoas que precisam de uma intervenção para um melhor jeito de caminhar na vida.

Dessa maneira a Atenção Básica constitui-se como um local de grande importância para a construção de práticas em Saúde Mental. Os trabalhadores desse nível de atenção têm um papel fundamental em garantir que os ideais da reforma psiquiátrica sejam consolidados como prática na atenção a saúde da população.

Esta é uma *práxis* criativa.

- **Situação 5 – Desprezo, descaso e abandono do idoso**

A situação relata a história de uma senhora com demência e epilepsia que vivia nos fundos da casa da filha, a qual negligenciava os cuidados da mãe. Nessa cena, os seguintes sujeitos estão presentes: senhora, filha, ACS, auxiliar de enfermagem, médico e enfermeira.

O que chama a atenção da ACS nesse caso é o abandono dessa idosa.

A partir da análise dessa situação as atribuições realizadas pela ACS, segundo a portaria GM 648/06 foram: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

Quanto aos princípios convergentes da Saúde Mental e Atenção Básica, foi possível verificar nesse caso:

1. centralidade das ações no usuário e atuação a partir do contexto familiar: A centralidade da ação está na usuária, porém há um entendimento que é necessário intervir nas relações familiares para efetividade das ações realizadas.
2. cuidados de saúde no território: Devido à condição clínica da usuária e das relações familiares, todo o cuidado era realizado pela equipe na casa da usuária.
3. continuidade do cuidado: As ações foram realizadas como um processo, ou seja, houveram intervenções pontuais, mas todas com o intuito de dar continuidade para uma dada finalidade, que era aprimorar as condições de vida dessa idosa.
4. trabalho em equipe interdisciplinar: Segundo a ACS a equipe compromete-se com a assistência da usuária e realiza atividades conjuntas para transformar essa situação.

Esta é uma práxis reiterativa porque mediada por normativas, protocolos e diretrizes.

O *significado* atribuído ao trabalho da ACS 5 nessa situação é: localizar o caso, se identificar com ele, trazer a identidade para a equipe e mobilizar a equipe para intervir.

Essa situação não é específica da Saúde Mental, mas um exemplo bastante presente na Atenção Básica.

Neste caso, a ACS convoca o trabalho centralmente para si. O que supera as diretrizes do Ministério da Saúde sobre sua função de elo entre a população e a equipe, uma vez que o papel mediador do ACS aparece como unanimidade em diversos estudos realizados (Bornstein, Stotz, 2008).

A ACS 5 mostra-se preocupada com as condições de vida da usuária e trabalha de forma articulada com a equipe para melhorar este contexto de vida. Além de sua ação direta, tenta uma transformação nas condições precárias de vida dessa senhora, através das intervenções com a filha da usuária. Não se percebe considerações sobre a concepção de loucura nessa situação.

Durante a análise coletiva da Cena a temática das atribuições profissionais do ACS foi destacada.

O debate era: o que pode um ACS?

Algumas trabalhadoras argumentam que oferecer cuidado direto, como banho e cuidados de higiene, não faz parte de suas atribuições, e preferem não realizar esse tipo de atividade.

Por outro lado, na concepção da ACS 5, prestar esse tipo de assistência, auxiliar o trabalho da enfermagem, não se está fora de sua atribuição (não foi encontrada nenhuma definição que proíba ações de cuidado realizadas pelas ACSs como essas exemplificadas aqui).

O trabalho da ACS mobilizado por um sentimento de solidariedade é uma *práxis* criativa.

A partir da discussão dos casos apresentados pelas 05 (cinco) ACSs foi possível compreender os pressupostos que orientam seu trabalho e como se movimentam para transformar as situações que encontram no cotidiano.

Observa-se que todas as ações são orientadas pelos princípios:

1. cuidados de saúde no território: aparece em 05 (cinco) situações;
2. centralidade das ações no usuário: aparece em 04 (quatro) situações;
3. continuidade do cuidado: aparece em 04 (quatro) situações;
4. trabalho em equipe interdisciplinar: aparece em 04 (quatro) situações;
5. construção de vínculo entre equipe e usuário: aparece em 03 (três) situações;
6. reformulação do saber e da prática tradicional em saúde: aparece em 02 (duas) situações;
7. organização em rede: aparece em 01 (uma) situação;
8. atuação a partir do contexto familiar: aparece em 01 (uma) situação;
9. construção de vínculo entre equipe e usuários: aparece em 01 (uma) situação.

As ações de saúde mental descritas por elas são mediadas por princípios e diretrizes que orientam o trabalho em saúde mental na atenção básica (Campos, 2010), ou seja, as ACSs

se apoiam nessas diretrizes, solicitam maior clareza na definição dos limites das práticas profissionais e maior formação para legitimação das suas ações.

Desta forma, o trabalho das ACSs carrega forte dependência normativa: um fazer delimitado pelas diretrizes e preconizações legais e uma atitude de recusa ao fazer não normativo que aproxima este fazer de uma *práxis reiterativa*.

A *práxis* reiterativa sempre se relaciona com a *práxis* criativa. O ser humano não vive em um constante estado de criação, fazendo-o apenas por *necessidade*. A partir de uma *práxis* criativa fica sempre uma margem para reiteração desse processo até que se criem novas formas de transformar a realidade (Vásquez, 2011).

No contexto de trabalho no PSF as trabalhadoras se deparam com objetos complexos, de difícil transformação. Há movimentos com a finalidade de transformar a situação familiar que envolve esses casos, mas a mudança possível não transforma a situação concreta vivida por essas famílias.

Para transformar essa realidade os trabalhadores teriam que se mobilizar para a construção de políticas públicas em conjunto com a população. Essa tarefa exige grande esforço e criatividade dos trabalhadores já que o Programa não é estruturado de forma a permitir esse tipo de articulação.

Sua estrutura parece colocar os profissionais a favor de uma *práxis* reiterativa, protocolar, produtivista que alcança os usuários a partir da doença estabelecida, sendo necessário um grande esforço dos trabalhadores na construção de intervenções que se orientem para uma *práxis* criativa.

As dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho das ACSs são de ordem local, ou seja, há políticas públicas, no nível estrutural, mas isto não basta. O obstáculo está na falta de execução delas no sistema local de saúde.

Essas trabalhadoras atuam junto a uma população com grandes traços de exclusão, como visto na caracterização da Região, e têm como papel central intervir nos perfis de adoecimento mas não tem governabilidade para intervir.

Ainda assim, durante as Oficinas foi possível perceber o compromisso dessas ACSs com as situações de difícil intervenção, mas identificadas com algum potencial de transformação, ou seja, com uma *práxis* criativa.

6. Recomposição dos processos de trabalho em saúde mental de agentes comunitárias de saúde a partir da Oficina de Trabalho

De fato, como podia
Um operário em construção
Compreender por que um tijolo
Valia mais do que um pão?
Tijolos ele empilhava
Com pá, cimento e esquadria
Quanto ao pão, ele o comia...
Mas fosse comer tijolo!...

Mas ele desconhecia
Esse fato extraordinário:
Que o operário faz a coisa
E a coisa faz o operário...

Ah, homens de pensamento
Não sabereis nunca o quanto
Aquele humilde operário
Soube naquele momento!
Naquela casa vazia
Que ele mesmo levantara
Um mundo novo nascia
De que sequer suspeitava.
O operário emocionado
Olhou sua própria mão
Sua rude mão de operário
De operário em construção
E olhando bem para ela
Teve um segundo a impressão
De que não havia no mundo
Coisa que fosse mais bela...

Foi dentro da compreensão
Desse instante solitário
Que, tal sua construção
Cresceu também o operário.
Cresceu em alto e profundo
Em largo e no coração
E como tudo que cresce
Ele não cresceu em vão
Pois além do que sabia
- Exercer a profissão -
O operário adquiriu
Uma nova dimensão:
A dimensão da poesia...

Uma esperança sincera
Cresceu no seu coração
E dentro da tarde mansa
Agigantou-se a razão
De um homem pobre e esquecido
Razão, porém que fizera
Em operário construído
O operário em construção.

Vinícius de Moraes

A escolha da Oficina de Trabalho como estratégia metodológica para construção compartilhada de saberes permitiu a elaboração teórica e prática das potencialidades e limites do cotidiano do trabalho das ACSs, o intercâmbio de ideias, crenças e práticas sobre saúde e possibilitou o trabalho de reflexão conjunto com as ACS, que podem ser consideradas co-autoras dessa pesquisa.

Durante as Oficinas ocorreu um processo interessante de apropriação do saber que orienta as ações e os instrumentos utilizados no cotidiano das ACSs. Por meio da leitura e análise crítica da realidade foi possível realizar uma transformação do conhecimento, de todos os sujeitos participantes da pesquisa, em um processo dialético de desconstrução/ construção de saberes.

Uma das riquezas desse trabalho, possibilitado pela metodologia adotada, refere-se à constatação, por parte da pesquisadora, da consciência crítica embutida nas discussões dessas trabalhadoras.

Situação 1: coloca em evidência a potência do *processo de trabalho* de uma ACS cuja *finalidade* é *transformar uma relação mãe-filha*.

O *objeto* eleito é a relação entre mãe e filha.

Os *instrumentos* que a ACS afirma que utiliza são: observação, percepção, vivência da dinâmica familiar, diálogo, vínculo, apoio da equipe. Os outros *instrumentos* que não são elencados pela ACS e são enumerados durante o processo de análise coletiva dos dados na Oficina de Trabalho são os recursos conceituais, os conhecimentos e as técnicas apropriadas pela ACS no seu cotidiano de trabalho.

No caso do trabalho do ACS, esses recursos advêm do conhecimento construído por meio do trabalho em equipe multiprofissional, que reúne diversos saberes e do saber baseado no senso comum, construído ao longo de sua trajetória de vida e da relação com a população atendida.

A *concepção de loucura* que permeia a intervenção da ACS se dá no campo da Reforma Psiquiátrica. A preocupação da ACS o todo tempo volta-se para as potencialidades e possibilidades de constituir uma rede de cuidados, envolvendo a equipe e valorizando os recursos existentes na UBS como o Grupo de Artesanato e Grupos de Práticas Corporais.

Não há indicação de institucionalização, ainda que o acompanhamento seja realizado na Atenção Básica, teoricamente incompetente para as ações especializadas de saúde mental. A centralidade da ação são as relações estabelecidas e não a doença.

A ACS tem uma preocupação com a reabilitação psicossocial da usuária ao intervir nas relações em sua casa, dentro da família e nas relações fora do núcleo familiar. Acredita que um local onde ela possa se relacionar com outras pessoas, como os grupos indicados, faz parte do cuidado. Verificam-se dois aspectos centrais da reabilitação como cidadania nesta situação: intervenção no eixo morar e no eixo troca de identidades.

A situação 1 (um) descreve um processo de “desabilidade” que pode ser compreendido como a perda quantitativa e qualitativa da rede social, a partir da primeira rede social disponível que é o núcleo familiar. As intervenções nesse sentido, como demonstra a análise do processo de trabalho da ACS, devem incluir a família nos projetos de reabilitação como cidadania onde todos os atores são protagonistas nos processos de cuidado, no sentido de fortalecer e ampliar a rede social e a autonomia dos envolvidos (Saraceno, 2001).

Portanto, uma das *finalidades do trabalho do ACS é estar atento às necessidades dos usuários em relação de conflito ou subordinação com outras pessoas.*

Situação 2: a ACS elege como *objeto de trabalho uma paciente que morava sozinha por ter perdido seu filho.*

Os *instrumentos* utilizados para transformar essa situação são: sua presença por meio das visitas domiciliares, respeito, adaptações a casa, ensino de técnicas de alongamento e insistência em falar da irmã que mora em Presidente Prudente.

A análise do processo de trabalho revela que a ACS articula *instrumentos* de trabalho apropriados para tentar melhorar a qualidade de vida da usuária e reconhece que alguns profissionais também têm instrumentos, diferentes dos seus, que podem contribuir com a situação. Isso se evidencia à medida que a ACS ensina práticas corporais aprendidas com o fisioterapeuta do NASF para a usuária e solicita a participação de outros profissionais da equipe/ NASF.

Durante a Oficina um enorme sentimento de impotência frente ao nível de dificuldade do caso aparece nas falas da ACS 2. O sofrimento da usuária parece misturar-se ao sofrimento da ACS que fica com dificuldade em discriminar o que é possível transformar por meio do seu trabalho. Faltam *instrumentos* para se distanciar da situação de sofrimento do outro e para elege uma *finalidade* passível de execução. Isso pode ser evidenciado nas seguintes falas:

Uma história que me emocionou muito, nesse tempo de Agente Comunitária foi de uma senhora que ela morava sozinha, porque ela tinha um filho e esse filho acabou falecendo e eu já estava numa situação bem emotiva, porque eu estava grávida, na época que eu comecei a ter convívio com essa senhora (ACS 2).

Eu, quando eu ia lá na casa dela, eu sempre saia com a sensação de que eu não fazia o suficiente. Então isso me deixava muito mal, porque eu queria fazer cada vez mais (ACS 2).

E essa sensação de não fazer muito me deixava muito mal, porque eu saia de lá, era como se eu nem tivesse ido, como se ela fosse sempre uma pessoa abandonada (ACS 2).

Quando um ACS não consegue recortar o *objeto* de seu trabalho, mistura-se ao objeto eleito, não consegue satisfazer as necessidades identificadas ao iniciar o processo de transformação e por isso sente-se impotente.

A relação sofrimento da ACS / sofrimento do usuário cuidado é verificada em outros estudos onde os autores referem que o ACS não possui tecnologias que os permitam se distanciarem de algumas situações de sofrimento encontrado em algumas famílias acompanhadas por eles.

Ao se colocar no papel de um “psicólogo”, disponível para ouvir as queixas das pessoas, percebe que não dispõe de tecnologias que lhe permitam aproximar-se do sofrimento do outro sem ser afetado a ponto de adoecer (Gomes et al, 2011; p. 273).

A Oficina, neste caso em particular, cumpriu sua função pedagógica e emancipatória porque foi possível elucidar em conjunto com a ACS 2 os recortes das distintas realidades passíveis de serem transformadas. O sofrimento e a impotência frente ao caso parecem estar associados a essa dificuldade de recortar de forma realista o *objeto de trabalho* e pensar as potencialidades dos *instrumentos* utilizados.

Um problema é que o ACS enfrenta situações sem formação ou espaço de discussão qualificada para lidar com elas. Essa situação é diametralmente contraposta à ideia de que o trabalho do ACS é simples, sem necessidade de formação.

O ACS trabalha num ambiente marcado pela falta de quase tudo, material e imaterial, e muitas vezes, fica sozinho diante de situações que nenhum outro trabalhador de saúde poderia resolver. A formação pode contribuir para que os ACSs entendam os limites de suas intervenções, sem se culpar por isso, impostas por uma estrutura sem recursos no âmbito da saúde ou fora dela.

Delimitar o *objeto de trabalho*, levando em conta os determinantes de uma dada condição de saúde, contribuiria para um menor sofrimento associado ao acompanhamento dos usuários.

Situação 3: a ACS elege o *usuário anunciando uma tentativa de suicídio* como *objeto de trabalho* a ser transformado.

Os *instrumentos* utilizados são: conversa, escuta, oferta de serviços da unidade, paciência.

Ao fazer a eleição desse objeto, de alguma forma a ACS acredita que pode transformar a situação, apesar de não conseguir nomear exatamente os recursos conceituais que embasam os *instrumentos* que a ajudam. Tais recursos parecem advir de um conhecimento empírico que não sabe exatamente como o constituiu. Isso fica evidente na seguinte fala:

você acaba sendo uma psicóloga não sei o que você acaba sendo, você tem que tirar palavras de onde não tem, um conhecimento que você não tem pra ajudar uma pessoa que você não tem como ajudar (ACS 3).

A ACS fala de forma bastante clara da importância da relação de confiança entre ela e o usuário para transformar a situação. No entanto, acredita que é necessário um saber técnico voltado para o núcleo de saber da área da psicologia para que transforme a situação.

Durante o processo de análise da situação 3 (três), na Oficina de Trabalho, houve uma transformação importante com relação à compreensão do *objeto de trabalho* e com a própria ACS 3.

Nessa situação, a ACS colocou que o que chamou a atenção dela foi a potência que uma relação de confiança tem em transformar algumas situações de sofrimento vivenciado por alguns usuários atendidos por ela. Essa é uma das características do trabalho humano, onde ao final do processo há, não só a transformação do objeto, mas o próprio homem é transformado.

A profissional diz que o fato de insistir no cuidado sensibilizando-o a defender sua vida foi realizado devido ao seu cuidado humanizado e pautado na solidariedade e caridade. É possível que a vivência da Agente, inserida em uma equipe multiprofissional, tenha possibilitado uma articulação de um saber baseado na solidariedade a um saber mais técnico.

Assim, quando se estabelece uma relação de confiança entre usuário e ACS torna-se mais fácil acreditar na possibilidade de mudanças a partir das intervenções realizadas.

Situação 4: problematiza os limites colocados pela loucura na vida de uma pessoa.

A ACS elege como *finalidade do processo de trabalho* a melhoria da qualidade de vida do usuário, entendendo que o fato do usuário ter esquizofrenia limita as possibilidades de transformação dessa realidade.

A ACS 4 vê a situação de um *usuário de 56 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, que grita, come fezes, quebra as coisas dentro de casa* e entende que isso é passível de mudança (*objeto de trabalho*).

Para tanto ela se propõe a entender melhor a situação vivenciada pelo usuário em seu contexto e articula os seguintes *instrumentos*: visita, olhar diferenciado da equipe, orientação para a cuidadora, auxílio no uso das medicações, agenciamento de apoio matricial do CAPS junto à equipe. Com esta compreensão e *finalidade*, movimenta-se para transformar essa situação.

A ACS entende as características do usuário. Nesta situação não seria possível, por exemplo, colocar como produto desse processo de trabalho, uma pessoa que passasse a ter comportamentos dentro de um padrão de normalidade, aceito socialmente.

Essa construção durante a análise coletiva foi importante para recortar o *objeto* de intervenção e compreender os limites para as transformações ao idealizar o produto do trabalho.

Quando um ACS entende as características do *objeto* e *projeta um produto* baseado em suas potencialidades, consegue estabelecer *instrumentos* e guiar o processo para que essa transformação aconteça.

Ora, por mais esforço e comprometimento que um ACS possa ter, não consegue transformar e enquadrar uma pessoa com essas características num padrão de normalidade estabelecido, fazendo com que não ouça mais vozes ou estabeleça relações de trabalho dentro da lógica do modo de produção capitalista. Seria o mesmo que querer transformar um pedaço de madeira em um pedaço de pão.

O *produto do processo de trabalho* do ACS que respeita as características constitutivas de um usuário esquizofrênico é uma pessoa que agora fica vestida quando recebe visita, não quebra mais as coisas dentro de casa e deixa tudo em ordem, vive num local mais humanizado e respeita os cuidados da cuidadora.

A ACS entende que é responsabilidade da equipe de PSF atender um usuário que não demonstra vontade ou não consegue fazer acompanhamento de saúde mental fora de casa.

Essa situação demonstra a importância central da Atenção Básica e exemplifica inúmeras situações vividas pelas equipes de PSF, de forma geral, quando atendem usuários da saúde mental de complexidade compatível com o nível de atenção oferecida pelos CAPS, mas que não comparecem àquele serviço. Com isso as equipes da Atenção Básica devem se instrumentalizar para realizar o atendimento e chamar os demais serviços para realizar os cuidados no território.

Muitas vezes ele fez acompanhamento no CAPS, aí deixou de fazer porque a cuidadora não conseguia tirar ele de dentro de casa, tinha momentos que ele dizia que não ia e não ia mesmo, ela não tinha força pra tirar de dentro de casa. Aí deixou o acompanhamento com o doutor. Aí a equipe começou a acompanhar (ACS 4).

A ACS 4 se permitiu conhecer o usuário para além do diagnóstico psiquiátrico e a loucura passou a ocupar outro espaço no entendimento que ela tinha sobre ele, não mais de perigoso, imprevisível, suspeito. A doença ainda aparece como determinante das atitudes bizarras desse usuário, mas em nenhum momento as ações incompreensíveis para a ACS 4 tornou-se motivo para ela propor uma ação discriminatória ou segregadora para esse sujeito. Pelo contrário, a concepção humanizada sobre o sofrimento desse usuário e seu entorno social (*objeto de trabalho*) permitiu que fossem realizadas ações para melhorar as suas condições de vida e da casa onde ele morava (*produto possível do processo de trabalho*).

O ACS que elege como *objeto de trabalho* um homem com diagnóstico de esquizofrenia, compreendendo-o enquanto um sujeito de direitos, coloca *instrumentos* a favor de um atendimento humanizado e pautado pela Reforma Psiquiátrica

Situação 5: a ACS elege *uma senhora demenciada e abandonada pela família* como *objeto de trabalho*.

Como *instrumentos*, a ACS 5 utiliza as visitas realizadas pela equipe, a conversa com a senhora e com a filha e as consultas oferecidas. O *objeto transformado* refere-se a uma senhora demenciada e abandonada pela filha, com melhores condições de vida quando a equipe realiza cuidados.

O conhecimento do estatuto do idoso apareceu como elemento conceitual que embasou esse processo de trabalho. Existem outros elementos conceituais que embasam esse processo, pautados mais em um senso comum de solidariedade. Isso se evidenciou quando a ACS coloca o carinho, afeto, humanização, gostar da profissão, como significado da assistência prestada.

A situação colocada pela ACS 5 é bastante complexa e o *objeto* está imerso em um campo de relações estabelecidas pela família bastante difícil em serem transformadas.

Durante as Oficinas foi possível atribuir diferentes significados às atitudes envolvidas em cada situação. As ACSs, ao mesmo tempo que atribuem falta de amor às atitudes da filha, também significam pela revolta por acontecimentos passados na vida delas:

Disse que tinha muita revolta, em uma das reuniões que nós a convocamos no posto pra falar do cuidado com o idoso, de cuidar melhor, pra dar melhores condições de vida, pra que ela pudesse ter um pouco mais de vida. E aí ela dizia que a mãe dela quando eles eram pequenos os filhos eram pequenos, a mãe era prostituta, então a mãe, ela né, saía com muitos homens e aí abandonou os filhos e aí, ela não queria cuidar da mãe por conta daquilo, ela disse que tinha uma mágoa, uma revolta muito grande daquela mãe (ACS 5).

A ACS 5 refere uma frustração em não alcançar a transformação desejada:

Só que assim, continuou, sabe, continuou o descaso, continuou aquela senhora jogada nos fundos da casa até que veio a falecer. Isso pra mim foi muito triste porque eu acho que o idoso, ele tem que ter pelo menos uma vida digna (ACS 05).

Durante as Oficinas um trabalho importante foi analisar a situação, verificar a potência dos *instrumentos* utilizados e discutir as dificuldades encontradas nas intervenções.

Mais uma vez destacou-se a importância do recorte do *objeto* a ser transformado e assim, a *finalidade* colocada pelo ACS.

Para transformar o *objeto* eleito, no *processo de trabalho em saúde* na Atenção Básica, é necessário compreender sua complexidade e que sua transformação não depende exclusivamente do trabalhador, mas de relações construídas historicamente, as quais nem sempre é possível intervir. Isso não significa que não seja possível aprimorar as condições de saúde.

Uma problemática a ser levantada se refere aos recursos disponíveis para a resolução do caso. A ACS 5 não relatou recursos além do trabalho da equipe para a transformação dessa situação. Será que os profissionais de saúde deveriam ser os únicos recursos garantidos pelo Estado em uma situação de desamparo como o vivido por essa senhora?

Essas questões fazem parte do cotidiano das equipes de ESF, que se veem com situações complexas, envolvendo violência, negligência e abandono, sem possuir *instrumentos* potentes, amparados por políticas públicas, que possam transformar situações como essa.

Assim, para eleger um *objeto a ser transformado* é necessário ter clareza “das faltas” para direcionar o processo de trabalho e conseguir entender o limite imposto para as intervenções possíveis entre os trabalhadores de saúde.

Quadro 13. Síntese dos processos de trabalho analisados coletivamente com as Agentes Comunitárias de Saúde por meio das Oficinas de Trabalho. 2013

FINALIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO	OBJETO	INSTRUMENTOS	OBJETOS TRANSFORMADOS
Mudar o comportamento da mãe e consequentemente o da filha	Relação entre mãe e filha	Observação, percepção, vivência da dinâmica familiar, diálogo, vínculo, apoio da equipe	Mãe: não precisa mais trancar a filha, não fica mais presente o tempo todo durante a visita e deixar a filha mais à vontade Filha: tem mais liberdade para conversar e responder, fica mais à vontade, começou a interagir mais, Continua assistindo a tv
Melhorar a qualidade de vida emocional e física da usuária	Paciente que morava sozinha por ter perdido seu filho	Presença da ACS, apresentar o caso para a equipe, fazer visita com a equipe e NASF, respeitar o luto, realizar adaptações na casa, ensinar alongamento segundo orientações do terapeuta, insistir em falar sobre a irmã em Presidente Prudente	Paciente que perdeu o filho mas com melhora no ânimo para fazer as coisas que antes não fazia, com mais estímulos para exercer funções da casa, mudou-se para Presidente Prudente e faz hidroginástica
Conscientizar um paciente das possibilidades de ajuda	Paciente em surto querendo se suicidar	Conversa, escutar, oferecer os serviços da unidade (NASF, profissionais, grupos e consulta), ter paciência	Paciente em surto, mais calmo, aceitando ajuda, aceitou a oferta do serviço mas não aderiu à UBS mais calmo, aderiu ao tratamento medicamentoso, parou de chamar o Datena. Paciente vinculado à agente e ao serviço
Melhorar a qualidade de vida de acordo com a realidade do paciente que é esquizofrênico	Paciente de 56 anos agressivo, pelado, preso ao lar, comia fezes, interditado judicialmente	Visitar, olhar diferenciado da equipe e da ASC, conhecer a situação real da casa, apoiar a cuidadora que era carinhosa com o usuário, auxiliar no uso de medicação, solicitar junto à equipe apoio matricial do CAPS	Paciente que tinha surtos mas ficava vestido quando tinha visita, não quebrava mais nada dentro de casa e não ficava gritando como antes Morreu de câncer na garganta durante o acompanhamento realizado na UBS
Importância de cuidar do idoso	Senhora demenciada, debilitada, epilética, abandonada pela família, sozinha	Visita da ACS e da equipe, conversa com a senhora, conversa com a filha, oferecer consulta médica, chamar a filha para a responsabilidade dos cuidados da mãe	Senhora desprezada, abandonada, sem condições de exercer as atividades de vida diária com banho tomado, cabelo cortado e bichos retirados quando tinha apoio da equipe e cuidados realizados pelo auxiliar de enfermagem e ACS. Morreu durante o acompanhamento da ACS e equipe

Quando um ACS define as perdas dos usuários com experiência da loucura e seu entorno social como seu *objeto de trabalho*, sua intervenção se dá de forma ampliada, constrói uma nova resposta que não a continuidade da exclusão e novas possibilidades de relação das pessoas com o mundo e do mundo com elas.

Em nenhum momento das análises as práticas em saúde mental foram apontadas como um acréscimo das atividades dessas profissionais, como visto em um estudo (Lucchese R. et al, 2009). Isso demonstra que o cuidado em saúde mental não apareceu dissociado das práticas da atenção básica para essas Agentes.

Algumas concepções, advindas da construção de saberes e práticas que permeiam os cuidados em Saúde Mental, foram apreendidas durante as discussões das situações como desinstitucionalização, autonomia e reabilitação psicossocial.

Conforme discutido, a desinstitucionalização na perspectiva da Reforma Psiquiátrica é entendida não apenas como superação do manicômio, mas como superação de práticas que compõem uma ideologia que exclui e segrega as pessoas ainda que não estejam em uma instituição fechada. Sendo assim, nada impede que na Atenção Básica possa haver uma atenção pautada em um modelo institucionalizador.

Porém, em nenhuma das situações discutidas, o cuidado realizado apareceu de forma institucionalizada. Os usuários foram colocados em uma posição de cidadãos e sujeitos que devem participar da vida social.

O conhecimento da psiquiatria não apareceu de forma central na atenção prestada a esses usuários, sendo visto apenas através do diagnóstico dado a essas pessoas. A atenção oferecida pelas ACSs não são centradas na medicalização da loucura ou no atendimento médico a essas pessoas. Isso demonstra que a centralidade das intervenções estão pautadas num campo de conhecimento que se diferencia da psiquiatria à medida que não reconhece a doença como causadora do sofrimento das pessoas cuidadas.

Durante a análise das situações a reabilitação psicossocial apareceu no âmbito da moradia e da troca de identidades, sendo que a reabilitação através da inserção no trabalho não apareceu nas discussões. Intervenções nesse campo da reabilitação são bastante complexas e constituem-se como um grande desafio a ser construído na Atenção Básica.

As histórias das pessoas acompanhadas pelas ACSs demonstraram uma perda de poder contratual e um empobrecimento de suas redes sociais. Isso se deu como resposta de uma sociedade que exclui aquele que não produz socialmente, marcada por preconceitos e discriminação. As intervenções foram realizadas no sentido de ampliar o poder contratual e ampliar as redes de apoio dessas pessoas.

As ACSs reconheceram que as intervenções devem ser desenvolvidas por toda a equipe de forma integrada. Em algumas situações perceberam que precisam de *instrumentos* que podem ser encontrados na prática de outros profissionais. Colocaram o trabalho da equipe de forma comprometida e articulada nas ações realizadas conjuntamente.

Essa forma de conceber o trabalho em equipe está de acordo com a discussão de Peduzzi, sobre *equipe integração* caracterizada pela articulação das ações a fim de para garantir um atendimento integral. Essa articulação exige correlações e conexões das diversas intervenções realizadas dos diferentes profissionais envolvidos (Peduzzi 2001).

Durante a discussão dos casos, não foi demonstrada a existência de uma rede efetiva de suporte para o atendimento dessas pessoas. Ou seja, os trabalhadores da equipe lidam com *situações* que exigem *instrumentos* complexos, sem apoio de serviços que possam ampliar as intervenções realizadas. Esse trabalho de articulação de rede não apareceu como parte integrante do trabalho das ACSs.

Durante a análise das situações, um marcador bastante importante das práticas dessas profissionais, refere-se à solidariedade envolvida nas ações desenvolvidas por elas, podendo ser entendido como um perfil social da profissão.

O perfil social do ACS é caracterizado pelo Ministério da Saúde a partir do papel social que exerce em relação a sua comunidade.

Este papel abrangeria dois aspectos fundamentais: a identidade com a comunidade e o pendor para a ajuda solidária. Segundo o Ministério da Saúde é esse papel social que atribui legitimidade e eficácia tornando-o um recurso humano fora do comum (Morosini, 2010).

A concepção do trabalho do ACS pautado pela solidariedade pode advir de certa naturalização das questões que geram as demandas de saúde da população atendida. Isso pode denotar a falta de problematização das condições que produzem as formas de existência da população atendida, sem questionar as políticas necessárias para intervir nessa realidade. Como consequência há também uma naturalização das qualidades dos ACSs que tem relação com uma homogeneização das comunidades, pensando as mesmas como uma situação comum vivenciada por todas as pessoas que fazem parte dela (Morosini, 2010).

Ao acionar a capacidade de solidariedade desses profissionais, não abre como possibilidade a transformação das condições de existência que geram desigualdades. As discrepâncias sociais geradas pelo modo de organizar a economia não são objeto de mediação e intervenção das ACS.

Os ACS atuam em meio a uma contradição: possuem a função de serem solidários em um contexto marcado por condições precárias de existência, tendo que disseminar hábitos que visem à preservação da saúde da população.

Essa contradição reflete a todo o momento o trabalho dos ACS, os quais são tencionados pela população que faz parte do local onde trabalham e moram, dificultando essas profissionais de estabelecerem um distanciamento dos problemas enfrentados, já que os mesmos também as afetam. Além disso, há uma cobrança da população para solucionarem problemas que vão além das suas possibilidades de transformação (Durão, Morosini, Carvalho, 2011).

A solidariedade, entendida como potencializador para ações humanizadas, deveria ser princípio de qualquer profissional de saúde. No caso dos ACS, ele é colocado como central em suas práticas e também pode ser visto em um único sentido, pois quando se trata de pensar a luta pela consolidação de sua profissão e na melhoria das condições de trabalho, não foi tratado como consenso pelos órgãos centrais, tendo que existir uma grande luta desses trabalhadores para essas conquistas (Durão, Morosine, Carvalho, 2011).

As ACSs aparecem junto à equipe no trabalho de transformação da realidade encontrada, mas não se verificou recursos disponíveis com potencialidade em transformar os determinantes sociais dos processos saúde-doença. Em alguns momentos evidenciou-se a necessidade da transformação de questões que transcendem as questões consideradas do campo da saúde, para uma transformação efetiva da realidade.

Nas situações discutidas, as Agentes não colocaram ações em sentido mais coletivo ou de articulação de rede como *instrumento* possível diante da complexidade dos casos encontrados por elas.

Durante as Oficinas realizadas emergiu uma temática acerca do trabalho dessas Agentes que surpreendeu a pesquisadora. A princípio, a pesquisadora acreditava que não ter clareza do processo de trabalho poderia trazer certo grau de sofrimento associado ao trabalho dessas Agentes. Por isso, a proposta de uma Pesquisa Participante contribuiria tanto para compreensão do processo de trabalho, da finalidade e dos instrumentos utilizados por essas profissionais, quanto poderia contribuir para ampliar os conhecimentos dessas Agentes e para uma maior apropriação do processo desenvolvido por elas como um todo, através da discussão nas Oficinas.

Com a coleta de dados evidenciou-se que as ACS possuem clareza do papel que ocupam na equipe e do trabalho que desenvolvem junto à população. Porém, grande parte do sofrimento dessas trabalhadoras apareceu associada à falta de reconhecimento profissional, o qual associaram a falta de acesso a formação técnica.

Nas políticas atuais esses trabalhadores aparecem como uma figura importante na constituição da ESF e na construção do SUS. Porém, sua inserção acontece de maneira contraditória, já que suas condições de trabalho ocorrem de maneira incoerente ao discurso realizado pelas instâncias governamentais, que não parecem valorizar a formação desses profissionais.

Esses trabalhadores ingressam nos serviços de saúde sem ter clareza do papel que devem desenvolver e se apropriam de suas atribuições no contato com as Agentes que estão há mais tempo no serviço, como visto nessa pesquisa.

A relação que as ACSs estabelecem com a população e com os demais integrantes da equipe permeou toda a discussão durante as Oficinas. Os documentos oficiais do Ministério da Saúde as colocam com a centralidade de reconstituírem o elo entre os serviços de saúde e a população. Porém o que se viu nessa pesquisa foi o sofrimento que esse “lugar” de elo confere a essas trabalhadoras. Ao invés de ocupar o elo, ficam no “lugar do entre”. As ACSs não se reconhecem na população atendida e precisam lutar para serem reconhecidas enquanto trabalhadoras de saúde.

As ACSs estão o tempo todo em contato com situações dolorosas, onde se reconhecem no sofrimento do outro, e que no limite, é o reflexo da história dessas Agentes. Misturam-se a essa realidade, a esse sofrimento, encontrando em algumas circunstâncias a negação dessas situações como forma de sobreviver a elas. É difícil o reconhecimento com a violência, com a pobreza. Difícil o encontro com um passado sofrido, visto na vivência do outro no presente. Difícil não poder intervir nesse presente.

Importante colocar a complexidade do trabalho dessas Agentes vista nessa pesquisa. Essas trabalhadoras lidam com uma realidade complexa, produto de uma estrutura social excludente, onde representa o Estado na garantia de direitos a população atendida. Trabalham sem recursos públicos e políticas que garantam a transformação dos perfis de saúde da população. Ficam entre as carências diversas da população e a falta de resposta efetiva para transformar a condição de saúde encontrada nas famílias que atendem.

Apesar da complexidade vista aqui, as Agentes ocupam um lugar de menor valor social no trabalho em saúde. Não há mecanismos potentes para superação da lógica fragmentada e o que se vê é uma enorme diferença entre os diversos profissionais inseridos na mesma equipe.

A valorização do trabalho médico é bastante discrepante dos demais profissionais, e pode ser visto através da diferença de sua remuneração comparada aos demais profissionais, em especial o ACS, que apesar da valorização nos discursos oficiais, possui a menor remuneração entre os integrantes da equipe.

Com relação ao tema da formação desses profissionais, a proposta do MS é de 2004 e estabelece que a carga horária mínima a ser oferecida deve ser de 1200 horas, distribuídas em três etapas, iniciando com um módulo de 400 horas, o segundo com 600 horas e o último com 200 horas.

Os Agentes formados teriam o diploma de Técnico em Agente Comunitário de Saúde. Os projetos de formação deveriam ser financiados pelo Ministério da Saúde, porém esse projeto não foi efetivado, tendo sido realizado apenas a primeira etapa do curso, mantendo o nível de formação inicial desses trabalhadores (Morosini, 2010).

A necessidade de formação dos ACSs não é consenso entre os gestores. Alguns argumentos para justificar que não há necessidade de formação desses profissionais referem-se a uma preocupação de que a qualificação poderia descaracterizar o perfil social do Agente, além dos gestores municipais temerem um eventual aumento salarial em função da formação técnica (Morosini, 2010).

As disputas relacionadas à formação desse trabalhador estão em processo, sendo passível de mudança a depender da mobilização dos sujeitos e das disputas políticas em pauta. Constitui-se enquanto um desafio, a formulação de um projeto de formação crítico, que contribua na construção do SUS, dentro do contexto social vivido no Brasil.

Os ACSs devem ser formados para além de habilidades técnicas, mas como sujeitos, que possam compreender os determinantes sociais do processo saúde doença e contribuir para a transformação dos perfis epidemiológicos da população.

A Estratégia Saúde da Família se propõe a reorientar as práticas e ações de saúde, de forma que possa garantir integralidade e continuidade da assistência. No entanto,

apesar da franca expansão da ESF em algumas regiões do país, é importante reconhecer que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada. Apesar da ESF figurar como prioridade no discurso oficial, quando se examinam as ações concretas desenvolvidas para honrar essa suposta prioridade, verifica-se que há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para formação de especialistas (Campos, 2010, p. 144).

7. Referências

1. Amaral MA, Fonseca RMGS. A oficina de trabalho como estratégia educativa com adolescentes na área de sexualidade. *Rev. Min. Enf.* 2005; 9(2): 168-172.
2. Aranha e Silva AL. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
3. Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de Agentes de nível médio no campo psicossocial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
4. Barros DF, Barbieri AR, Ivo ML, Silva MG. O contexto da formação dos Agentes comunitários de saúde no Brasil. 2010; *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 19 (1): 78-84.
5. Barros MMMA, Chagas MIO, Dias MAS. Saberes e práticas do Agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 227-32.
6. Borda OF. Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: Brandão CR, organizador. *Pesquisa Participante*. 6 ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 1986. p. 42-62.
7. Bornstein VJ, Stotz EM. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos Agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. 2008; *Ciência e Saúde Coletiva*. 13(1): 259-268.
8. Bornstein VJ, Stotz EM. O trabalho dos Agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. 2009; *Trab. Educ. Saúde*. 6 (3): 457-480.
9. Brandão CR. Pesquisar – Participar. In: *Pesquisa Participante*. org. Brandão CR. ed. Brasiliense, 6ª edição, 1986.
10. Brasil. Lei 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão do Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002.
11. Brasil. Lei 10216 de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. n. 27. Ministério da Saúde: Brasília, 2009.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. In: Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília; 2008.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental; 1987; Brasília; Ministério da Saúde; 1987.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: modelo assistencial direito à cidadania 1992; Brasília. Brasília; Ministério da Saúde; 1994.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, excluir não; 2001; Brasília. Brasília; Ministério da Saúde; 2002a.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial; 2010; Brasília. Brasília; Ministério da Saúde; 2012.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o Diálogo necessários. Ministério da Saúde. Brasília Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03. Brasília; 2003.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php> Acesso em 19 abr. 2011a.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica: Saúde Mental, 34. Brasília, 2013.
23. Brêda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. Cad. Saúde Pública. 2001; 6(2): 471-80.

24. Büchele F, Laurindo DLP, Borges VF, Coelho EBS. A interface da saúde mental na atenção básica. *Cogitare Enfermagem*. 2006; 11(3): 226-33.
25. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre e Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP (organizadores). *Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*, 2ª ed, 2010; São Paulo. p. 132-53.
26. Camuri D, Dimenstein M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde Soc*. 2010; 19(4): 803-13.
27. Cardoso AVM, Reinaldo AMS, Campos LF. Conhecimento dos Agentes comunitários de saúde sobre transtorno mental e de comportamento, em uma cidade de Minas Gerais. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(02): 235-43.
28. Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde; 1978 set. 06-12; Alma- Ata, URSS.
29. Costa EM, Ferreira DLA. Percepções e motivações de Agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. *Ver. Trab. Educ. Saúde*. 2011; 9 (3): 461-478.
30. Cunha MB, Frigoto G. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. 2010; *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 14 (35): 811-823.
31. Declaração de Caracas. In: González Uzcátequi R, Levav I; editores. *Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação*. Washington: Organização Pan-americana da Saúde; 1991. p. XIII-XVI.
32. Dias WF. Meios de trabalho, espaço e vida: a atividade de trabalho dos Agentes comunitários de saúde no município de Juiz de Fora, MG. [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2008.
33. Durão AV, Morosini MV, Carvalho V. Os Agentes Comunitários de Saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: Vieira M, Durão AV, Lopes MR (organizadoras). *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos Agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 119-160.
34. Egry EY. *Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone; 1996.
35. Ferreira VS, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processos de trabalho do Agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. 2009; *Cad. Saúde Pública*; 25 (4): 898-906.

36. Ferreira W. Justiça e reconhecimento em Nancy Fraser: interpretação teórica das ações afirmativas no caso brasileiro: [S.l.]; [s.d].
37. Fonseca RMGS. Mulher, direito e saúde: repensando o nexo coesivo. [Apresentado na Conferência Nacional de Saúde da Mulher; 1998; Goiânia].
38. Freire P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: Pesquisa Participante. org. Brandão CR. ed. Brasiliense, 6ª edição, 1986.
39. Freire P. Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
40. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvelando os processos de trabalho do Agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória/ES. 2011; Redalyc; 16: 231-240.
41. Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD' (organizadores). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp-IE; 2002. p. 221-251.
42. Gomes AL, Neto PJL, Silva VLA, Silva EF. O elo entre o processo e a organização do trabalho e a saúde mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa – Paraíba – Brasil. 2011; Revista Brasileira de Ciências da Saúde.15(3): 265-276.
43. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do Agente Comunitário de Saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. 2009; Saúde Soc. 18 (4): 744-755.
44. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Brasil; [atualizado em 2012; citado 2013 set. 23]. Disponível em <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2096>
45. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção de rede. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(1): 173-82.
46. Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A (organizadora). Reabilitação Psicossocial no Brasil, 3ª ed, 2010; São Paulo.
47. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(9): 2033-42.
48. Mendonça RF. Reconhecimento em debate: os modelos de Honneth e Fraser em sua relação com o legado habermasiano. [Apresentado no I Congresso Anual da Associação Brasileira de Pesquisadores de comunicação e política; 2006; Salvador].

49. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 12.ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
50. Morosini MV, Corbo AD, Guimarães CC. O Agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. Trabalho, educação e saúde. 2007; 5 (2): 261-280.
51. Morosini MV. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
52. Neto JACA. A categoria "reconhecimento" da teoria de Axel Honneth. Argumentos. 2011; 3 (5): 139- 147.
53. Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.
54. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(10): 2375-84.
55. Observatório Cidadão Nossa São Paulo [internet] São Paulo; [atualizado 2012; citado 2013 jun. 15]. Disponível em <http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/>
56. Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para atenção psicossocial: um estudo de caso. Cienc Cuid Saúde. 2008; 7(3): 376-84.
57. Oliveira MD; Oliveira RD. Pesquisa Social e Ação Educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Pesquisa Participante. org. Brandão CR. ed. Brasiliense, 6ª edição, 1986.
58. Paro VH. Administração Escolar: introdução crítica. São Paulo: ed Cortez, 17ª ed, 2012.
59. Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Ver Saúde Pública. 2001; 35(1): 103-109.
60. Pereira MAO, Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos Agentes comunitários sobre o transtorno mental. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4): 567-72.
61. Reis, LB. Uma análise de dimensão ético-política do trabalho de Agentes comunitários de saúde do município de Vitória [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2005..
62. Ribeiro CC, Ribeiro LA, Oliveira AGP. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT. Cogitare Enferm. 2008; 13(4): 548-57.
63. Rios IC. Rodas de Conversa sobre o trabalho na rua: Discutindo saúde mental. Rev. Saúde Coletiva. 2007; 17(2): 251-263.

64. Saes D. Estado e democracia: ensaios teóricos, 2ª ed. Campinas: UNICAMP, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas 1998.
65. Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo de gênero. Labrys, estudos feministas. 2002; 1 -2.
66. Saffioti HIB. Diferença ou indiferença: gênero, raça / etnia, classe social. In: Políticas públicas e igualdade de gênero. São Paulo; 2004. p. 35-42.
67. Salvadori M. Honneth, Axel: Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. Conjectura. 2003; 16 (1): 189-192.
68. São Paulo. Subprefeitura Freguesia Brasilândia. Histórico [internet]. São Paulo [citado 2013 jun. 30]. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/freguesia_brasilandia/historico/index.php?p=142
69. Saraceno B. Reabilitação como cidadania. In: Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. BH/RJ, Te corá Editora/Instituto Franco Basaglia; 2001.
70. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A (organizadora). Reabilitação Psicossocial no Brasil, 3ª ed, 2010; São Paulo.
71. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes e Parâmetros Norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [internet]. São Paulo; 2009 [citado 2013 jul. 03]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf.
72. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
73. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde Mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência em nível local. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(1): 139-48.
74. Sposati A. (Pontifícia Universidade Católica de SP). Exclusão Abaixo da Linha do Equador. [Apresentado no Seminário Exclusão Social; 1998 abr. 23; São Paulo].
75. Sposati A. Políticas Públicas: proteção e emancipação [internet]. Mapa da Exclusão/ Inclusão Social [atualizado em 2002; citado 2013 jun. 20]. Disponível em: <http://comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp11.htm>
76. Trape CA. A prática educativa dos Agentes comunitários do PSF à luz da categoria Práxis [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
77. Valente JL, De Caux LP. O que é a teoria do reconhecimento?: [SI]; [sd].
78. Vásquez AS. Filosofia da Práxis. São Paulo: Expressão Popular, 2ª ed, 2011.

79. Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14 (1): 183-93.
80. Vieira M, Durão AV, Lopes MR (organizadoras). Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos Agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
81. Vieira M, Lopes MR, Durão AV, Chinelli F. Introdução. In In: Vieira M, Durão AV, Lopes MR (organizadoras). Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos Agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 23-32.

APÊNDICES

Apêndice 1

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE FREGUESIA/BRASILÂNDIA		
Remetente: Supervisão Técnica de Saúde Freguesia Brasilândia	Referência 13/2013	Data: 11/01/2013
Destinatário: CRS-NORTE	Assunto: Projeto de Pesquisa	

Sra Coordenadora

Pelo presente informamos que estamos cientes e de acordo com a realização do projeto de pesquisa "Processos de trabalho em saúde mental na atenção básica: a perspectiva do Agente Comunitário de Saúde", apresentado pela mestrand Fabiana Santos Lucena da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. A gerência da unidade (UBS Vila Terezinha) proposta para participação da pesquisa apresentou termo de concordância.

Trata-se de uma pesquisa participante, a se realizar com duas equipes de Agentes Comunitários de Saúde ou os que aceitarem participar do estudo. A pesquisa tem como objetivos: captar e analisar o processo de trabalho (finalidade, objeto e instrumentos) em saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde, ACSs, de uma unidade básica de saúde; problematizar e compreender os pressupostos que fundamentam a ação de saúde mental dos ACSs; sistematizar e ampliar, por meio da Oficina de Trabalho, o conhecimento do grupo de ACS sobre o processo de construção das ações em saúde mental no território, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O presente estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo para apreciação e respeitará as diretrizes compostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 1996).

Após aprovação do projeto será realizada uma apresentação do projeto aos trabalhadores da UBS e discussão dos objetivos e metodologia. Também será realizada uma reunião com os sujeitos do estudo para esclarecimentos do projeto.

JUREMA WESTIN CARVALHO
SUPERVISORA
SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE FREGUESIA BRASILÂNDIA

Apêndice 2

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE
SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE FREGUESIA/BRASILÂNDIA
UBS VILA TEREZINHA
ubsvilaterezinha@gmail.com**

São Paulo, 21 de Dezembro de 2012

Eu, Edson Roberto Vieira de Sousa, gerente da UBS Vila Terezinha, autorizo a coleta de dados da pesquisa intitulada Processos de trabalho em saúde mental na atenção básica: a perspectiva do Agente Comunitário de Saúde, a qual será realizada por Fabiana Santos Lucena (mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) e Ana Luisa Aranha e Silva (Profª Drª da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo)

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson Roberto Vieira de Souza".

Atenciosamente
Edson Roberto Vieira de Souza

Apêndice 3

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

nada a declarar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

a notificação informou apenas a inserção de contato com o CEP da SMS, o que em nada alterou a avaliação anterior deste CEP.

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este CEP considerou que a notificação em nada interferiu no parecer anterior, que considerou o projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer não substitui a aprovação da instituição co-participante previamente ao início da coleta de dados.

Reitera-se a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 23 de Abril de 2013

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

Apêndice 4

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto foi adequadamente apresentada. Foram devidamente informadas as instituições proponente e coparticipante.

A realização do estudo foi autorizada pelo gestor de SMS.

Estão apresentados orçamento e fonte financiadora.

Foram retificados cronograma e TCLE e considerados adequados.

Recomendações:

Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

De acordo com a Res. CNS 196, IX.2.c, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP
Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

APÊNDICE 5 –

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, **Fabiana Santos Lucena**, portadora do RG 32.074.492-9 / SSP-SP, aluna regular de pós-graduação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da universidade São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa, com o título provisório *Processos de trabalho em saúde mental na atenção básica: a perspectiva do Agente Comunitário de Saúde*.

Pretendemos com este trabalho: Captar e analisar o processo de trabalho (finalidade, objeto e instrumentos) em saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde, ACSs, de uma unidade básica de saúde; Problematizar e compreender os pressupostos que fundamentam a ação de saúde mental dos ACSs; Sistematizar e ampliar, por meio da Oficina de Trabalho, o conhecimento do grupo de ACS sobre o processo de construção das ações em saúde mental no território, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Estamos convidando o senhor (a) a colaborar com esta pesquisa. A participação é voluntária e não irá interferir no seu processo de trabalho. Sua participação acontecerá por meio de quatro oficinas de trabalho, em que será discutido o trabalho em Saúde Mental desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde. As oficinas serão gravadas e será garantido o anonimato e sigilo com relação a todo o conteúdo e as informações coletadas serão utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Os entrevistados têm o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete algum tipo de prejuízo a eles ou a sua vida pessoal ou profissional. Não haverá qualquer compensação financeira por sua participação neste estudo. Agradeço, desde já, a sua valiosa contribuição que será da maior importância.

Consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, portador do RG _____, funcionário Unidade Básica de Saúde Vila Terezinha, tendo sido satisfatoriamente informado (a) sobre a pesquisa com título provisório *Processos de trabalho em saúde mental na atenção básica: a perspectiva do Agente Comunitário de Saúde*, aceito participar da pesquisa e autorizo a gravação das oficinas que serão realizadas.

Data: ____/____/____

assinatura do participante

assinatura do pesquisador

Pesquisadora: Fabiana Santos Lucena
Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Tel: (11) 99590.1202 - E-mail: fablucena@usp.br
Telefone do comitê de ética em Pesquisa da EEUSP: (11) 3066-7548
Telefone do comitê de ética em Pesquisa da SMS/SP: (11) 3397-2464

APÊNDICE 6

OFICINA DE TRABALHO

Oficina Preparatória

Fase de Aquecimento

1. Nome: _____
2. Idade: _____ Sexo: _____
3. Escolaridade: _____
4. Quanto tempo está no serviço: _____

Como foi sua chegada no serviço?

Como é trabalhar lá?

Por quê você trabalha lá?

APÊNDICE 7

Oficina Preparatória

Fase de construção do material empírico

Descreva em detalhes uma situação vivenciada por você de prestação de assistência em saúde mental que tenha tido preferencialmente como atores, você, outro (s) profissional (ais) de saúde e um ou uma usuária de saúde mental da Unidade. Procure lembrar-se de um fato que tenha chamado sua atenção por algum motivo.

APÊNDICE 8

Oficina Parte 1: O fazer

A CENA	CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
O CENÁRIO	Situação vivenciada por você de prestação de assistência em saúde mental que tenha tido preferencialmente como atores, além de você, outro (s) profissional (ais) de saúde e um ou uma usuária de saúde mental da Unidade. Procure lembrar-se de um fato que tenha chamado sua atenção por algum motivo.
Os atores (quem)	A situação (o fazer)
Usuário	
Você	
Profissional (ais)	
O trabalho do ACS é	

APÊNDICE 9

Oficina Parte 2: O saber-fazer

A CENA	CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
O CENÁRIO	Situação vivenciada por você de prestação de assistência em saúde mental que tenha tido preferencialmente como atores, além de você, outro (s) profissional (ais) de saúde e um ou uma usuária de saúde mental da Unidade. Procure lembrar-se de um fato que tenha chamado sua atenção por algum motivo.
Os atores (quem)	O significado (o saber-fazer)
Usuário	
Você	
Profissional (ais)	
O trabalho do ACS é	

APÊNDICE 10

Oficina Síntese: Processos de trabalho em saúde mental do Agente Comunitário de Saúde

	PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
Processo de trabalho	
Finalidade	
Objeto	
Meios/Instrumentos	
Objeto transformado	

APÊNDICE 11

Transcrição na íntegra das Oficinas

Oficina de 18 de Abril - Manhã

Fabiana: Vamos começar a oficina agora, e vamos começar contando um pouquinho como é que foi a sua chegada no trabalho, como que foi a chegada lá na UBS Vila Terezinha...

ACS 05: Precisa responder por escrito isso que você está falando?

Fabiana: Vão responder por escrito e depois vão falar. Então falar como foi a chegada, como é que vocês chegaram lá, se vocês já tinham pensado em trabalhar na saúde, pensar como é que foi o primeiro dia, pensar como foram os primeiros contatos. Falar também de depois desse tempo que vocês estão lá, como é estar lá agora e porquê você trabalha lá. E aí vocês podem escrever o que vocês quiserem, nenhum deles tem certo nem errado. É um pouquinho da história de cada uma de vocês. E aí tem o tempo que vocês precisarem pra fazer isso. Se quiser podem usar o verso também. Tem mais folhas se vocês quiserem também. Fiquem à vontade.

...

ACS 01: Tem que escrever muito ou só o que quer. Pode escrever uma palavra só?

Fabiana: Pode ser uma palavra só, depois você vai contar um pouquinho do que isso significa, pra gente.

Ana Luísa: Vamos lá?! Todo mundo acabou? Deixa só eu falar uma coisa, então, eu estava falando que precisava de mudar o nome da dissertação da Fabi, mas na verdade o trabalho de vocês provavelmente ... as dificuldades ou o que vocês fazem de bacana, provavelmente é muito parecido com o de muitos agentes comunitários, porque a experiência de trabalhar com o que vocês trabalham, no território, na casa das pessoas já vem sendo apresentado, estudado e tal. Qual é a diferença dessa idéia que a Fabiana traz aqui, é que vocês possam falar sobre o trabalho e que não seja só a gente aqui da universidade, da academia que fale sobre isso. Então, a idéia é que assim, que vocês possam ajudar a produzir, como se fosse um roteiro de trabalho a partir da própria experiência de vocês. Vocês de verdade acabam que representam esse trabalhador, que é o agente comunitário de saúde mais ampliado. Estão entendendo o que eu estou falando? Tá certo? Provavelmente a idéia que a gente vai ver é que vocês fazem coisas importantes, que tem nome, e que talvez a gente precisa dar nome para aquilo.

ACS 01: Reconhecer, né?

Ana Luísa: Isso, primeiro conhecer, e que vocês possam dar nome pro trabalho de vocês: o que eu faço é isso, o que eu faço é aquilo. Entendeu? Quem sabe aí a gente não cria uma categoria de trabalho. É bem audacioso esse projeto da Fabiana e eu acho que é bem bacana, tá bom?

Fabiana: E aí, quem quer começar:

ACS 01: Eu.

Fabiana: Acho que todo mundo já se apresentou. Ou vocês querem falar o nome, ou enquanto fala vai se apresentando...

ACS 05: Eu sou ... eu trabalho lá na UBS há 12 anos e seis meses.

ACS 02: Trabalho lá faz sei anos e em outubro faz sete. Digo, vou fazer oito.

ACS 01: Então, o mesmo tempo que ela tem, a gente entrou em 2005. Então a gente tem sete anos e sete meses, que a gente está lá e eu sou agente comunitária. Só pra lembrar e meu nome é ..., a mais jovem e mais bonita de todas. Risos.

ACS 03: Meu nome é ... Tem quatro anos que eu estou trabalhando como agente comunitária.

ACS 04: ..., há quatro anos.

Ana Luísa: Eu sou Ana Luisa sou professora aqui da escola, de saúde mental. E estou orientando o trabalho da Fabiana, do mestrado.

ACS 01: Então, "como foi sua chegada no serviço? A minha chegada no serviço foi de expectativa, por não ter noção do que seria o trabalho e assim que eu entrei lá, continuei sem noção por um bom tempo. Eu fui ter noção do que era o trabalho do agente comunitário a partir do trabalho em campo, que muito erroneamente várias vezes a gente faz coisas por não ter uma diretriz e não tinha mesmo, simplesmente era colocado assim: você é agente comunitário, seu trabalho é isso, isso e isso, e a gente fazia disso, disso e disso. Se tivesse quatro isso, três disso não era o nosso, realmente a nossa atribuição. Por exemplo, a gente teve muita dificuldade pra mim foi muito difícil, quando eu entrei no serviço, que lá agente assim como no país inteiro que existe esse serviço, ele faz entrega de exames, ainda acontece isso, o agente comunitário leva receita, ainda acontece isso, o remédio que também não é o agente comunitário que tem que levar. É a equipe junto com um acordo de equipe, depende de cada caso. Cheguei ao absurdo de anotar coisas no prontuário, que eu também não sabia. Então, algo me dizia que não era certo, mas eu não tinha um respaldo legal, onde tivesse escrito realmente isso é seu, faça isso, ou não faça aquilo. A gente veio ter noção, até a ACS 05 pode confirmar quando chegar a vez dela de falar, a gente veio ter noção dessa diretriz a partir do primeiro módulo do técnico de agente comunitário e saúde, que a gente fez em 2008. A gente teve seis meses de curso, e lá era tudo o que eu achei que realmente era pra eu fazer e o serviço vetava e direcionava para outro canto. Acabava que a gente fazia de outros profissionais, e não fazia a nossa parte. Realmente e o nosso trabalho ficava sem validade. Então por isso que eu tive muita expectativa quando eu cheguei no trabalho, tive que aprender assim, na marra, no campo como as meninas que já estavam há sete anos trabalhando errado também. Eu digo errado porque agora eu já sei o certo e dá pra eu colocar o que era certo e o que era errado e aí acabou que a expectativa quando eu cheguei no trabalho eu tinha muita expectativa, mas eu demorei a ter resposta. Ela demorou muito mais, porque ela já estava lá há cinco anos né ACS 05? Quando a gente entrou ela estava há cinco anos. Como é trabalhar lá? Eu Acho gratificante, o trabalho do agente comunitário. Gratificante por quê? Por causa disso aqui que eu coloquei na outra questão. Porque eu trabalho lá eu acho gratificante trabalhar lá e por isso eu estou ainda lá, porque é bacana você lidar com o ser humano, é bacana você fazer a diferença na vida do outro. Não você em si, eu ACS 01, mas o movimento que você faz que vai refletir, que

you vai ter o retorno da população ou de uma determinada família ou de um determinado caso que você vai estar cuidando ali. Então eu consigo perceber ênfase em algum movimento que eu faça, então se você consegue trabalhar no seu dia-dia você está ganhando pra aquilo e você consegue fazer, ter um diferencial no seu dia-dia de trabalho, que vai ter o diferencial na vida daquele ser humano que está ali às vezes já desistindo. Então pra mim é muito bom. Então o que faz eu continuar nesse serviço é isso. É eu saber que eu estou fazendo uma coisa que, é como eu até coloquei aqui, lidar diretamente com o ser humano mesmo, tem sentido e valor cada dia de trabalho meu. É por isso que eu ainda permaneço lá. Eu não estou lá tipo, ou só porque é perto, que também a gente tem isso de não enfrentar a condução, e tudo. Mas as meninas sabem que tem hora que estressa que a gente até preferia três horas de condução do que enfrentar aquele caso, porque parece que aquele caso não anda, mas aí você se apega nos que andam, então você se apega no trabalho porque você está contente com o que você faz. A gente nem sempre está satisfeito porque o resultado não é de uma pessoa, o resultado é de uma equipe, e o resultado é de 50% do trabalho, porque 50% é do paciente. Às vezes lidar com isso é que é difícil, porque você dá todas as ferramentas pro cara se movimentar e quando você corre, corre, corre e a população não dá aquela resposta que você sabe que se você vai ter a resposta de acordo com o que você orientou o caso caminha. Então trava quando chega muitas vezes no paciente. Essa é a frustração do trabalho, é realmente você correr e sempre vai depender do outro, pra que as coisas andem. Se não tiver tudo junto, na mesma sintonia não vai. Ao mesmo tempo, as coisas que andam faz com que a gente se anime, e fale olha que bacana, hoje o dia foi bom. Agora a gente também tem dias que não tem jeito de não ir pra casa e não dormir com aquilo na mente, e não conseguir dormir porque você está com aquilo na mente aquele problema. E aí você tem que aprender, eu tenho o meu limite então e eu vou até ali. Eu fui? Então, tentar respirar fundo e tentar realmente dormir, porque o que você pôde fazer, você fez. É isso, é isso que significa o trabalho pra mim.

ACS 05: Eu nunca tinha pensado em trabalhar assim na área da saúde. Eu sempre trabalhei, desde 15 anos de idade, eu trabalhava em loja, eu trabalhei em firma de costura, metalúrgica, e antes de eu entrar na área da saúde eu tinha participado daquele, eu não lembro o nome agora, mas era um programa da prefeitura pras pessoas que estavam desempregadas e eles davam uma bolsa. Frente de trabalho. Aí eu participei, fiquei nove meses na frente de trabalho e aí eu tinha tido um bebê, tinha a menina, e eu saí da frente de trabalho. Ela estava com um ano de idade e aí foi quando surgiu a oportunidade, a inscrição pra agente comunitário, só que assim, eu nunca nem tinha ouvido falar em agente comunitário, não sabia o que era, então, mas eu vou fazer, porque eu estou desempregada e preciso. Aí, meu esposo também tinha sofrido um acidente e estava sem receber do INSS, a gente estava passando por uma situação difícil naquela época e aí que por fim surgiu a oportunidade. Eu fiz a prova, no meio de 380 pessoas candidatas, eu passei pra próxima fase que foi a fase da dinâmica, aí depois passei em todas as fases. E assim, a unidade ainda não tinha sido, estava aberta, mas ainda não tinha sido inaugurada. Quando eu comecei, eu entrei perdida, não sabia o que era, como era pra fazer. Todo mundo que entrou junto comigo, naquela época que nós entramos, nós éramos em 16, entrou sem saber. Eu tinha mais ou menos uma idéia porque começou esse programa na minha terra, no Ceará, então uma prima chegou em mim e falou, o agente comunitário é o que vai nas casas, faz visita pras famílias. Na minha cabeça, o agente comunitário era isso. Daí fiz tudo, no começo o trabalho era muito difícil porque ninguém sabia, as enfermeiras também, a equipe não estava formada, não tinha equipe completa ainda, aí a gente teve que fazer o cadastramento de todas as pessoas, das famílias, foi meio complicado, uma construção conjunta que a gente teve que fazer, ir pra campo. No começo foi difícil porque, as pessoas não acreditavam no nosso trabalho, tinha medo, quando a gente chegava na porta das pessoas pra pedir um documento pra fazer o cadastro, porque as pessoas estavam acostumadas com o que? A ir na unidade básica agendar consulta e tudo mais. Não sabiam que tinha esse programa de agente comunitário de saúde. Então foi meio complicado no começo, mas depois a gente foi se entrosando, foi pegando ritmo, as pessoas foram pegando confiança na gente, aí foi melhor, a aceitação já foi melhor. E assim, igual a ACS 01 falou, nos primeiros cinco anos de trabalho, que eu estava lá, quando ela entrou eu já tinha cinco anos, e a gente fazia mesmo trabalho que não era da alçada da gente, entregar exames, entregar remédio em casa, até mesmo explicar para um paciente, o que tinha dado no exame dele. Depois que a gente fez o curso de técnico, que foi durante seis meses, aí nós sabemos qual era o papel do agente, nós ficamos sabendo a partir daí, qual era o nosso papel na verdade e qual era o papel do outro. Foi aí quando a gente começou a separar as coisas. Nós fizemos um movimento dentro da unidade que revolucionou bem, porque a gente sabe que até hoje tem agente que faz, a gente sabe que não é certo, mas continua fazendo, o trabalho de entrega, o trabalho que não deve ser feito por ele, mas ele faz. Mas a gente conseguiu atingir em média 90% dos funcionários da unidade, sensibilizar de que cada um tinha o seu papel e que cada um fizesse aquilo que lhe pertencia, entendeu? E aí assim, hoje em dia pra mim, eu gosto, me sinto bem. Eu gosto do companheirismo, é uma unidade muito comprometida. Sempre que vou em reunião, a gente é parabenizado. Inclusive ontem nós fomos sobre um negócio de dengue e a gente foi parabenizado na supervisão de saúde. Então isso me faz bem. Lógico que tem hora que dá vontade de jogar tudo pro alto e sair correndo, e falar não aguento mais. Eu já cheguei a pedir demissão pela quarta vez. Ontem eu pedi de novo, pela quarta vez, mas não tem jeito deles me mandarem embora. Porque tem hora que você não aguenta, a sua cabeça fica cheia, você absorve aquilo pra si, você não consegue se desvincular do trabalho pra casa. Sempre você leva alguma coisa. Às vezes de noite você acorda e você lembra daquilo, que fica na sua mente, entendeu? Então assim, eu trabalho lá porque eu gosto ainda. Gosto, me faz bem ainda trabalhar lá, e eu gosto do que eu faço, eu gosto de ser agente comunitária, eu acho que eu me dedico muito nessa profissão. Não sei ainda porque eu realmente não quis, pra outro cargo. Fiz auxiliar de enfermagem, comecei a fazer o técnico e parei, prestei pra ATA e não passei e estou ainda como agente. Vou ficar até o dia que quiserem, eles não me mandam embora.

ACS 03: Quando eu entrei pra ser agente comunitária, eu trabalhava de telemarketing, então eu já não queria trabalhar de telemarketing. Eu saí um dia e no outro dia eu já fiz a prova e consegui passar. Quando eu entrei não foi tão difícil quanto pras meninas, quando eu cheguei já era bem mais fácil. As meninas já tinham uma noção do que era o trabalho, o que a gente tinha que fazer e o que a gente não tinha, então eu já tive um treinamento com elas, então foi bem mais fácil.

ACS 03: Respondendo a outra pergunta de como é trabalhar lá, eu acho bom, porque o trabalho é fácil, também é fácil de aprendizagem. Só é ruim que é muito papel, eu acho ruim você trabalhar com muito papel, muita coisa pra vc preencher, essa é a parte mais difícil de você pegar, é a parte do preenchimento dos papéis. Mas eu acho ele fácil porque ele, o agente comunitário, trabalha praticamente na rua em que ele mora. Antes era assim, e então você tem um pouco mais de contato com as pessoas que você conhece. Mas por momentos isso também é ruim porque o fato da pessoa te conhecer não barreira ela de te perguntar no fim de semana, de te pararem quando você está no mercado, quando você está na feira. Isso é ruim, às vezes dá vontade de você sair do serviço, de deixar o emprego por esse motivo, porque a pessoa não tem um senso de saber que em um sábado, domingo e feriado você não trabalha. Então isso às vezes me irrita muito, bastante. E eu gosto de trabalhar lá porque é um emprego fácil como eu falei, e hoje, nesse momento eu estou passando de mãe, filho em casa, e eu gosto porque é próximo de casa, eu não tenho que pegar condução, não chego em casa estressada, eu tenho mais pique pro meu filho, mais pique pra casa do que se eu pegasse ônibus. Se fosse mais longe da minha casa, eu estaria mais estressada, talvez eu não tivesse voltado ao trabalho. Então eu acho que é fácil por esse motivo também e também é fácil porque você está lidando com pessoas que você praticamente conhece desde pequena, pessoas que te viram crescer ou pessoas que você viu crescer e eu acho fácil por esse motivo também. Você tem mais acessibilidade a essas pessoas, por esse motivo. Lógico, tem o lado ruim que foi o que eu falei, que foi que as pessoas que te viram crescer e não tem aquele senso de que no fim de semana você não trabalha, de tocar sua campainha a noite, isso é ruim.

ACS 04: Antes eu trabalhei um tempo como auxiliar de limpeza, nesse trabalho eu não gostava pelo seguinte motivo, lá eles não valorizavam o que a gente fazia por eles. A gente era bastante discriminada, eles não valorizavam nosso trabalho. Então várias vezes eu fiz movimento, briguei muito, muitas vezes eles me chamaram atenção e diziam que eu tinha a língua muito cumprida e tive várias brigas dentro do

trabalho e fui transferida pra vários setores e todo lugar que eu chegava eu brigava, por coisas que eu não concordava. Ai em um dia eu estava lá, estava tendo processo pra agente comunitário. Ai fiz a prova, não acreditava muito que eu ia passar, eu pensava assim, isso vai ter panelinha, eu não vou passar porque sempre tem alguém que vai indicando as outras e como as meninas não me conheciam na época então, pode ser que eu não seja indicada. Ai um belo dia estava lá o meu nome que eu tinha passado. Ai o primeiro dia que eu vi que estava meu nome, já fui lá no meu outro trabalho, já briguei com a chefe, já desabafei. No primeiro dia de trabalho na UBS Vila Terezinha não foi difícil, mas ao mesmo tempo eu achei porque a época que eu entrei estava sem médico, sem um enfermeiro, então a equipe estava bem... Mas eu entrei numa equipe boa, essa que eu estou até hoje, que as meninas me ensinaram o que elas sabiam do trabalho e eu consegui aprender uma pouco mais. No início eu achei difícil que eu sonhava todos os dias com os casos que eu via, que eu voltava, discutia na equipe, que às vezes demorava. Tinha casos que eu não conseguia ter um bom resultado e eu ficava sonhando dias e dias com aquele paciente e isso pra mim era difícil, agora eu consegui já separar um pouco, mas não toda vez. Trabalhar lá é bom, gosto do que eu faço, adoro o que eu faço. Às vezes eu fico estressada e fico mal humorada, porque tem coisas que a gente quer resolver, só que não depende só da gente. Temos uma equipe e precisa passar pra todos, e também tem que ir mais pra frente alguns casos. Por que eu estou lá? Porque eu gosto. Eu pude pensar mais como ser humano, eu aprendo a dar valor ao próximo. Esse trabalho me ensinou a ser mais amiga das pessoas. Tirei um pouco mais do egoísmo, que eu me achava uma pessoa egoísta e esse trabalho me ensinou a mudar e pensar diferente. É onde eu tive mais, valorizei mais a minha família, onde eu pude ser mais amiga das pessoas, chegar mais próximo e conhecer casos, famílias, casas. Lá a gente aprende muita coisa legal, muita. Então, várias vezes eu pedi pra ser mandada embora também, mas ninguém quis me mandar e estou lá até hoje e vou continuar até quando Deus nos permitir. Como dizem, é porque acho que a gente ainda não cumpriu nossa missão, então acho que tem algo que a gente precisa terminar lá que está só no meio do caminho, que isso vai demorar. Então se for assim, eu acredito e vou estar lá, porque eu gosto, pra mim é muito gratificante. Tem hora que estressa, os pacientes não respeitam mesmo, o horário de saída, chegada, final de semana, férias, não respeitam mesmo. A gente é porta de entrada pra eles, a primeira cara que eles encontram é a nossa na rua. Então eles desabafam mesmo é com a gente, eles xingam, é horrível. Mas mesmo assim a gente consegue contornar a situação, às vezes a gente vira as costas e deixa ele xingar sozinho e depois eles voltam mancinho pra falar com a gente, mas é bom.

ACS 03: O trabalho também é bom porque quando eu entrei pra ser agente comunitária eu estava com 22. Então você acaba vendo algumas situações que você se compara, nós somos de classe baixa, mas você vê que tem pessoas que são muito mais pobres, que vivem com muito menos do que você vive, então você acaba dando valor ao pouco que você tem e sendo, como a ACS 04 disse, um pouco mais humana. Você acaba vendo coisas, por exemplo, crianças andando descalças, sem ter um chinelo, não tem roupa pra vestir, às vezes não tem o que comer, mora numa situação precária e é feliz, então você acaba dando valor a poucas coisas, o pouco que você tem, você valoriza muito mais. Você acaba vendo algumas situações assim, desumanas mesmo. Daí eu acho que isso serve pra crescer, pra você crescer, pra você ficar mais humano, acho que também é bom por esse lado.

ACS 01: O difícil é quando alguém fala pro diabético e o hipertenso fazer dieta quando ele não tem nada pra comer, né, é uma das coisas que a gente fica aflita. Como é que eu vou falar de dieta pra alguém que não tem nem o que comer dentro de casa, o que aparece é o que ela come, a gente entra em um conflito.

ACS 05: É um trabalho que adoce a gente às vezes, sabia, a gente se apegava tanto ao problema do outro que você não consegue se libertar daquilo. Você vai pra casa, você leva aquilo, você pensa naquilo, você dorme de noite, você acorda ou você nem consegue dormir, pensando em resolver aquilo do outro.

ACS 01: Já por causa da técnica mesmo, porque olha, o nosso trabalho não melhorou depois que a gente fez o primeiro módulo, porque a gente conseguiu direcionar, pra essas situações que a gente atende não tem nada que direcione a gente, sabe assim. Não é que um direcionamento vai fazer eu agir mais ou menos desse jeito, mas talvez eu sinta menos culpa e talvez eu tenha certeza melhor de que eu não estou errando e aí isso já não vai gerar tanto conflito em mim. Quando a gente fez o curso, então a gente já conseguia caminhar até certo ponto, porque já sabia que aquilo lá não era, se eu puder contribuir eu contribuo, agora eu já não estou obrigada, eu não entro em sofrimento querendo fazer mais e mais. Sempre vão achar que é pouco sabe, acho que é mais ou menos isso que a gente tá fazendo aqui, que é tentar identificar realmente e direcionar algumas questões com relação ao nosso trabalho. A parte mais árdua é realmente é lidar com o sofrimento do outro, né, e a gente entrar em sofrimento junto e não conseguir ajudar nem o outro e ainda a gente ficar junto ali junto também.

ACS 04: Difícil fica mesmo quando esse sofrimento quando esse sofrimento se tona uma perda. Quando a gente cria um vínculo com essa paciente que você vai dias e dias fazer a visita lá, vê a melhora daquela paciente e quando você volta lá na visita seguinte tem a notícia: se foi. É triste ouvir isso da família, quando você tanto quis ajudar e ficou tanto correndo junto e achava que ia ter melhora daquele caso e acaba, a gente se apegava muito e muito.

ACS 01: É porque a gente está vivenciando o dia-dia deles. É diferente do atendimento no consultório, uma visita ou outra, porque a gente está lá diariamente e você passa naquela casa que é um nó pra você. Você não consegue passar na frente da casa e ir embora, se você não encosta alguém te chama. O meu caso é o da E, a gente tem os nossos casos certos, todas nós temos. Então é uma coisa que está presente ali em todo dia de trabalho da gente. Eu contei as visitas que eu fiz pra E esse mês. Treze, treze visitas no mês de trabalho, então quer dizer é uma por mês. Eu falei pras meninas ontem, quanto relatório!

ACS 02: Quando eu cheguei lá no posto, eu tentei primeiro fazer uma prova pra cobrir a licença maternidade dela (ACS 05) e não passei. Me senti a pessoa mais incapaz da face da terra. Depois teve de novo, daí eu fiz e passei. Pra mim foi um grande desafio, na minha vida pessoal, porque meu marido era extremamente ciumento e ele não queria me deixar trabalhar. Eu trabalhava antes de casar, ele era muito ciumento e foi um desafio muito grande. Ele só ficou sabendo que eu ia trabalhar no dia que eu comecei a trabalhar. Ele me viu arrumando meus filhos e ele disse: você vai pra sua mãe? Eu falei não, eu começo a trabalhar hoje. Ele disse como assim? Ai eu falei, fiz prova, passei, começo a trabalhar hoje, e as crianças já estão matriculadas na escolinha. Então, o tempo que eu passei de experiência no posto eu passei de experiência na minha casa e foi muito difícil também porque eu não gosto de falar, assim em público, falar com as pessoas, eu fico muito retraída. Eu falei, não, eu preciso mudar isso. Em 2003 eu fiz curso de auxiliar de enfermagem, mas não terminei. Quando eu cheguei na unidade eu fui bem acolhida pelas agentes que já estavam lá. Foi uma expectativa também muito grande. Eu aprendi do jeito que elas ensinaram, que não era o jeito correto. Ai a gente só veio mesmo conseguir trabalhar, exercer a nossa função depois do técnico. Levava muitos problemas pra casa. Eu cheguei a tomar remédio controlado por não conseguir fazer com que o outro melhorasse a situação. Então eu cheguei numa fase que eu tomava medicação pra isso, até o dia que eu comecei olhar e ver, não, eu, enquanto eu estou aqui me medicando, tomando remédio pra dormir o outro está lá numa boa com todos os problemas que ele tem. Foi aí que eu comecei a parar de tomar. Esse negócio que a ACS 03 falou que paciente confunde muito, já chegou vezes que eu estava na igreja de joelhos dobrados fazendo minhas orações e a pessoa vir da rua, ajoelhar como se tivesse fazendo uma oração, mas na hora ela falar, escuta e minha consulta, você marcou? De estar na praia de férias: mas o que você está fazendo aqui? Então o ruim é assim, a gente morar na rua, por causa disto. Mas eu gosto muito de trabalhar lá, é uma troca de experiência, uma lição que a gente aprende a cada dia. A gente vê que certas coisas, eu morava há quatro anos nessa rua, eu não tinha contato com ninguém, a não ser com quem morasse no meu quintal, que é tudo família. Quando eu comecei a ir na casa das pessoas eu começava a pensar: eu nunca imaginava que tal pessoa fosse assim, que tal pessoa agisse dessa maneira. Então você acaba olhando com um olhar diferente pro outro. E

quando você pode ajudar e que você tem um retorno disso é muito bom, e nem sempre a gente tem esse retorno. Igual ela falou da perda, a gente sofre muito quando a gente perde, porque a gente insiste tanto, a gente investe tanto, às vezes a pessoa faz por onde melhorar, às vezes a pessoa não está nem aí. Aí você fala, poxa vida e se eu tivesse feito mais, aí você fica com aquilo, será que eu fiz menos. Mas eu gosto muito, uma porque eu tive um conhecimento melhor da minha região, do território onde eu trabalho, um conhecimento assim, mais amplo das pessoas, dentro mesmo da unidade. A gente troca experiência dentro da sala, a gente sofre com o sofrimento do outro, a gente tenta ajudar, se um está passando por uma dificuldade a gente, não vamos todo mundo ajudar. Isso se torna coletivo até na comunidade. Tem um grupo na unidade, que é o grupo do artesanato, que é o grupo que eu amo de paixão, que eu vejo que tinha pessoas ali que não tinha a menor perspectiva de vida, aquela vidinha de ficar em casa, de depressão e de repente começou a ir nesse grupo e viu que consegue fazer alguma coisa de diferente. Tem uma senhorinha lá que ela tinha uma depressão muito profunda e agora não, ela faz, ela vai vender, quando tem feira ela vai e isso pra mim é muito bom. É por isso que eu gosto de estar lá.

ACS 03: Eu comecei a fazer um curso de instrumentação cirúrgica, mas eu entrei também pra ser agente comunitária, visando que seria interessante eu ter uma experiência no posto de saúde lidando com os pacientes, pra mais pra frente fazer o auxiliar de enfermagem e depois a enfermagem. Começar por baixo, pra você ter uma ciência de como funciona, pra você ter uma vivência com o paciente, eu acho interessante. Eu quis fazer enfermagem, mas eu queria fazer auxiliar, porque eu queria começar de baixo, pra saber como que é, assim, porque eu acho que depois que você foi auxiliar, você é enfermeiro, ou você é médico, que você já lidou com o paciente, eu acho que é mais fácil, eu imagino, eu acho mais fácil, porque você teria essa visão.

ACS 04: Mas às vezes até pra você ver que tem algumas pessoas que foram agente comunitário, que hoje são auxiliares, você vê a diferença do jeito delas acolherem o paciente. É diferente, é mais humilde, a voz dela, o tom dela já é diferente com o paciente, diferente de uma pessoa que nunca foi agente, que ela fez o auxiliar, eu não sei, não sei se não gosta ou se está lá porque está obrigada, eu não sei diferenciar isso, porque a gente fala da gente, não pode falar dos outros. Mas a gente vê das colegas que foram agentes, que hoje estão lá, pelo jeito, pelo amor, pelo carinho, talvez porque ela goste do trabalho, tem mais paciência.

ACS 01: Isso a gente vê mesmo, porque a gente tem seis, de dez, a gente tem seis que foram agentes. A gente vê que é diferente mesmo.

ACS 03: A gente vê a aflição do paciente, até chegar lá.

ACS 01: Já conhece todos os trejeitos dele e sabe lidar, esse aí ta mentindo, já falam logo, esse aí ta inventando história, já atende já.

ACS 04: A gente vê a diferença de quando tem pacientes que são completamente difíceis, quando elas conseguem dobrar o paciente. Conhece quando ele está realmente passando por isso, ou ele está querendo só passar na frente do outro, ou quando ele está querendo criar conflito ali dentro. Você já vê a diferença, pelo menos em alguns pacientes que eu conheço. Tem uma usuária que agora chega lá quietinha, mancinha espera, não reclama e antes reclamavam muito, xingava e queria dar um golpe lá. Hoje não, senta lá quietinha e espera ser atendida, e se demora não reclama. Isso é diferente, muda mesmo.

Ana Luisa: Bom, estou cheia de perguntas. É isso moçada? Só explicar assim, esse pedaço é o grande agente comunitário. A gente vai poder localizar aí quais são as facilidades, dificuldades, enfim qual é esse perfil aí, do agente comunitário. Eu tenho um monte de pergunta aqui que eu não sei o que a gente vai fazer com isso, vamos esperar um pouquinho.

Fabiana: Então agora a outra folha, já entra um pouquinho, afunila um pouquinho mais, é uma parte um pouco, mais do dia-dia, do fazer mesmo, de qual é o nosso trabalho. E aí a gente queria discutir um pouco e que vocês escrevessem também, alguma situação de trabalho de vocês. Está aqui: escreva em detalhes uma situação vivenciada por você. Então é uma situação em que estava em uma assistência com um usuário com algum outro profissional de saúde e que teve alguma, e que vocês estavam atendendo algum usuário que vocês identificam que estava com algum sofrimento, e aí: procure lembrar do fato que tenha chamado a sua atenção por algum motivo. Então, eu sei que vocês vivenciam um monte de questões aí, de dificuldades, que vocês acabaram de contar aqui, o quanto que é complexo e que tem muitas situações, mas queria que vocês lembrassem de uma delas.

ACS 05: Pode ser as mais antigas?

Fabiana: Pode ser a que você quiser.

Ana Luisa: Aquela em que entre todas as noites que você não dormiu, a que você não dormiu mesmo, que você ainda lembra. Situação assim, seria legal que fosse relacionada à questão de saúde mental, esse é o foco do trabalho da Fabiana.

Ana Luisa: Vocês se conheciam desde sempre, vocês moram lá desde sempre?

ACS 04: Eu não, eu sou do Maranhão, estou aqui há quase dez anos.

ACS 05: Eu sou cearense estou aqui há trinta e três anos. Desde que eu cheguei do Ceará que eu moro na região do Terezinha,

Ana Luisa: E você mora lá, você nasceu lá?

ACS 03: Não eu tenho dezesseis anos, mas no mesmo local, eu vim do Maranhão.

Ana Luisa: Você também?

ACS 02: Eu moro lá há catorze anos. Eu morava em Carapicuíba, mas eu nasci em Minas.

Ana Luisa: Minas, Maranhão, Ceará, Maranhão. Você é de lá Ana?

ACS 01: Eu nasci em São Luis e fui criada em Belém do Pará e estou em São Paulo há vinte e um anos.

Ana Luisa: Maranhão também.

Fabiana: Nenhuma é de São Paulo, a ACS X é de São Paulo?

ACS 01: É da Bahia.

Ana Luisa: Ainda nessa linha... e aí foram pra esse lugar por algum motivo...

ACS 05: Vindo de lá do nordeste pra cá?

Ana Luisa: É. Por que vocês foram para esse bairro?

ACS 05: Quando eu vim pra cá eu era pequena...Então lá meus pais trabalhavam na roça, não tinha condições financeiras, aí eles optaram por começar a vida aqui em São Paulo, pra ver se melhoravam. E nós viemos, gostamos do lugar, estamos lá até hoje. Tanto que a gente não quer sair de lá. Lá é um lugar bom de se morar, tem tudo por perto, o acesso é bom, tem farmácia, tem açougue, tem supermercado, a feira é bem próxima da nossa casa. É bom pra tudo lá, tem ônibus...

Ana Luisa: Vocês também?

ACS 02: Eu mudei pra lá por causa do casamento.

Ana Luisa: Seu marido era de lá?

ACS 02: Era. Eu conheci ele porque o irmã dele casou com o meu irmão. Aí eu brincava com ela, e falava, já que você casou com o meu irmão só de raiva eu vou casar com o seu, e aconteceu que eu casei.

Ana Luisa: E ele é lá da região, daquele pedaço ali... E vocês?

ACS 05: Eu não vou me mudar de lá. Eu vou casar, mas não vou me mudar.

ACS 04: Eu vim pra cá porque meu marido já morava no bairro aqui, já morava nesse bairro> Então quando eu vim do Maranhão pra cá, já ficamos lá, tanto que ele já estava lá há dez, onze anos, aí estamos lá até agora, ele gosta de lá. Era um bairro pelo que eu ouvi falar, conheço agora, bom de morar, mas antigamente era muito falado.

ACS 05: Ele era muito perigoso.

ACS 04: Ele era.

Ana Luisa: E por que era?

ACS 05: Você já ouviu falar em Brasilândia?

Ana Luisa: Sim

Derlândia: E X da Brasilândia? Você já ouviu falar da X da Brasilândia?

Ana Luisa: Não.

ACS 05: A X da Brasilândia era uma traficante. Era uma mulher e ela era traficante. Então ela nunca andava sozinha, ela sempre andava armada, com arma mesmo na cintura e os capangas dela do lado, ela nunca andava sozinha. Ela era uma justiceira, entendeu? E aí naquela época era muito perigoso porque tinha muita matança. Matança era todo santo dia, três, quatro.

Ana Luisa: Isso era década de oitenta, mais o menos?

ACS 05: Isso oitenta, acho que início de noventa. Começo dos noventa.

ACS 01: Ela já tinha morrido em noventa, eu acho. Acho que já tinham assassinado ela.

ACS 05: Ela trocava tiro com a polícia, no meio da rua, era um rebuliço. A gente não tinha liberdade de brincar fora, porque a gente tinha medo. Até que certo dia parece que houve uma morte de um policial e disseram que tinha sido os capangas dela. Aí ela foi perseguida até que mataram ela. Depois que mataram ela, daí fizeram uma limpeza também, mataram todos os que andavam com ela, ou quase todos, que se estiver vivo é alguns só. Aí o bairro ficou mais tranquilo, ficou um bairro mais sossegado. Mas era assim, ela era a traficante e tinha os bandidos que andavam com ela e ela não aceitava que os bandidos mexessem naquela área onde ela comandava, se mexesse ela mandava matar, ela era assim.

ACS 01: Controle do território pra ter a proteção da população.

Ana Luisa: Agora, você veio pra cá porque já tinha referência aqui? Nessa região?

ACS 03: Minha mãe, minha mãe já morava nesse bairro.

Ana Luisa: Porque é interessante assim, eu fico pensando, que então é uma região de migrantes, é isso? A maioria são migrantes e quem vêm já sabia, tinha uma referência que olha, tem bastante gente por lá, vamos pra lá, é isso? Essa que é a lógica?

ACS 05: É isso mesmo, quando nós viemos de lá já tinha a família do meu pai, que eram irmãs dele, os irmãos que já moravam aqui e que mandaram buscar. Entendeu? A gente não veio de lá sem saber pra onde a gente ia. A gente já tinha uma referência aqui.

Ana Luisa: Entendi.

ACS 05: E lá ficamos até hoje, ninguém quer sair de lá, é um bom lugar.

ACS 02: Apesar das coisas que se falam, que nem teve há um tempo atrás esses atentados que estavam tendo. Falavam muito na televisão em Brasilândia, Brasilândia, mas não é tudo isso que falam.

ACS 01: É só manchete, porque lá mesmo não é assim não.

ACS 02: Lá onde a gente mora é um lugar muito bacana. Muito bom.

ACS 05: É difícil até matar alguém lá assim, se acontece às vezes assim um no ano e olhe lá. Porque a gente sabe assim, perto do bairro onde a gente mora. A gente tem aquela ficha de hospitalização e óbito, Nenhum óbito por violência, a maioria de morte natural mesmo, por violência é muito difícil. Acho que de todo o meu tempo que eu estou lá eu tive apenas, acho que um... dois óbitos por violência que foram assassinados, só.

Pedem pra parar a gravação!

Retomando

Ana Luísa: ... cruciais, que determinam o que vocês estão falando, que determinam por onde a pessoa pode caminhar. Então a gente está falando, tem rico que tem problemas de várias ordens

ACS 05: tem dinheiro, tem muita grana, e às vezes se envolve no crime, se envolve com drogas. Tem pobre, que é muito pobre que a família é até estruturada nessa parte,

Ana Luísa: e você estava dizendo que isso tem a ver com acesso, a educação, a ...

ACS 03: É isso que estava discutindo eu e a ACS 01, que eu acho assim, a pessoa, não pelo fato dela não ser pobre, não quer dizer que ela vai ter uma boa índole, que ela nunca vá usar droga ou que ela vá usar droga. Eu imagino que o fato de você ser o filho de um agressor, ele tem uma grande chance de ser um agressor. De um bêbado, a grande chance de ser um alcoólatra. É isso, então dependendo da família que você tem é o que você vai ser. Não quer dizer que o filho de um traficante, necessariamente tem que ser um traficante, mas ele tem uma grande chance de ser um traficante. Eu acredito muito que tem a ver com a estrutura familiar, com a estrutura social, não que pelo fato de ser rico, você não vá usar droga. Não quer dizer. Você tem até uma possibilidade maior de usar droga, imagino, porque a sua condição é melhor. Eu imagino assim, mas tudo depende também de como foi a sua criação, se você teve uma atenção, se você teve alguém que disse isso é errado, não faz, ou alguém que simplesmente porque você chorou te deu um brinquedo caro, mas não quis saber porque você estava chorando, quando criança, se você fez uma birra, não quis saber porque você fez aquela birra, se sua mãe estava lá na hora que você precisou, se seu pai estava lá na hora que você precisou. Então, eu imagino que isso tudo é algo que eu não sei como colocar. Faz falta pra criança, ou pro filho, o pai ou a mãe junto e eu acho que cria uma revolta ou alguma coisa que no futuro ele vai fazer alguma coisa que não é certa, por exemplo, vai ser um bandido, ou um traficante, ou um alcoólatra. Então eu acho que tem a ver.

Ana Luísa: É porque, eu fico pensando aqui assim que, os casos de doença, vocês estão falando pra mim assim, os casos de doença são aqueles que tiram o sono da gente, que não resolveu, que investiu pra caramba e não deu certo, ou a pessoa não correspondeu, ou não investiu tanto quanto vocês e tal. E tem uma outra situação que não é a doença física, que tem a ver com a estrutura, o ambiente, que é uma outra doença que a gente tem que dizer, que é uma doença social que pode levar as pessoas a um caminho ruim, é isso, é isso que a gente está falando?

ACS 01: Por isso que o nosso trabalho é ingrato, porque que ele chega a ser ingrato nesse ponto, de trazer essa angústia e aflição pra gente, porque tudo isso que a gente está falando nada mais é do que base que é a família. A gente cuida da saúde da família. Então lidar com aquela família, pegando ela do jeito que ela se apresenta, muitas vezes uma tem estrutura andá bem, a que não tem estrutura não vai andar bem, e você lidar com aquilo que já tem um processo todo, já teve uma base, já teve uma construção, mexer naquela pilastra é muito difícil. Sabe você dizer assim pra mãe, olha: Ah, o meu filho não está bem na escola, mandaram passar com o psiquiatra, está aqui. Ai você que está no dia-dia naquela família, você está vendo que ela só grita com o filho, que ela não dá um carinho, que ela dá salgadinho na hora do almoço, que ela não faz comida, que levanta meio dia, duas da tarde, daí você vai dizer o que pra essa mulher? Vai passar no psiquiatra e vai dar remédio pro menino? Não, vamos sentar e vamos conversar,

ACS 05: Vamos tratar dela primeiro,

ACS 01: Então, aí que a gente entra, e essa que é a dificuldade do nosso trabalho. A gente enxerga isso.

ACS 03: Ou você dizer pra uma mãe, que precisa trabalhar, só que ela não pode deixa o filho sozinho se ela não tem condições de pagar alguém pra cuidar do filho dela. Ou ela quer trabalhar e o filho simplesmente pula a janela e vai pra rua fazer coisas que não deve. A gente tem até uma amiga da gente que passa por isso. Ela vai trabalhar e fazer curso e o filho acaba se envolvendo com o que não devia, não é falta de atenção dela, é uma situação que ela precisa.

Ana Luísa: Não tem creche pra ela deixar a criança?

ACS 03: O filho já está um pouco grande e acha que pode fazer coisas que ele não deve. Então chegou ao ponto que ela tem que optar, ou ela trabalha, ou fica em casa.

ACS 01: Então é difícil a gente mexer com isso, Ai que a gente adocece, aí que é a nossa frustração, porque tem coisas que a gente consegue, tem coisas que não dá. Tem que seguir o curso que der, como é o caso dessa mulher, que é a nossa colega. Quer dizer, ela vai ter que seguir o curso da vida dela, ou ela corre atrás pra ter alguma coisa na vida dela pra poder dar uma estrutura pra família e ao mesmo tempo arrisca de perder um pouco mais ainda.

ACS 03: São casos também que você tem que avaliar de maneira diferente, porque de repente aquela mãe que está em casa todos os dias, só "coçando" e não cuidam dos filhos.

ACS 01: Não tem qualidade nenhuma pra oferecer pro filho, de estrutura familiar, que não tem nada

ACS 03: Uma mãe que precisa trabalhar e o filho também pode ser que não entenda, ou é mesmo coisa de adolescente, vai fazer coisa errada. Então são coisas, tem casos que você tem que trabalhar de maneiras diferentes

Ana Luísa: Quer dizer, a gente está falando de pobreza

ACS 01: Pobreza de vários tipos.

Ana Luísa: Quais tipos?

ACS 01: De espírito, de pobreza de noção do que é ter família, porque eu acho que os valores em pobreza não é só material, tem espiritual, aí tem mental, aí tem intelectual, aí tem vários tipos de pobreza. Quando falta, é como se fosse um tipo pobreza, é ausência daquilo que te falta.

Ana Luísa: Então vou recolocar. A gente estava falando de falta. Porque também tem família que não resolve porque tem dinheiro. Então gente está falando de uma falta.

ACS 1: É bem complicado

ACS 05: A gente vê muito falta de amor, falta de diálogo. Os pais não conversam. A gente às vezes recebe, igual disse a ACS 01 agora, encaminhamentos que vem da escola, pra criança passar no psicólogo. Você sabe que naquela família, o pai é alcoólatra, a mãe é desempregada, não em paciência com a criança, o pai não tem paciência de chegar, de olhar o caderno, de sentar com aquela criança, de pegar um material e dizer vamos fazer juntos sua lição, se você não sabe, eu te ensino. Eles não fazem isso, a maioria, não faz.

ACS 01: Sabe qual é o vínculo deles com a escola? É o leite, não vai faltar na escola se não você não ganha o leite. Não quer saber do dia da reunião da escola, de ir lá marcar presença, saber como está o filho. No dia do leite vai certinho, ia porque agora o correio entrega em casa. Então a gente vê muito essa fala na comunidade: você não vai faltar na escola porque se não você vai perder o leite. Não vai dizer, olha você precisa estudar pra ser alguém na vida, isso não existe.

ACS 02: Ou leite, ou bolsa escola.

ACS 01: Setenta por cento das famílias são desestruturadas porque eles, é tudo através de benefícios, é governo, é bolsa família, é bolsa aluguel, é auxílio gás, é tudo aí. Tudo é CRAS na vida do povo. Tem muita gente que vive de auxílio, de benefício. Tem mulheres que a gente tem na área, tem muitos casos de mulheres que...

ACS 05: Só através daquele benefício que recebem vale gás, vale, bolsa família, bolsa aluguel, renda mínima, é muita coisa e acabam ficando ali sem procurar outros meios, se acomoda naquilo e vive naquele mundo fechado, parece que não tem outra saída.

ACS 01: E as mulheres que tem um filho de cada pai, pra pegar uma pensão de cada um e não criar nenhum dos filhos, tem casos em todas as áreas. Tem filho como se fosse um investimento.

ACS 05: Tem filho todo ano, entendeu, e um é de cada pai. Faz questão de dizer que um é de cada pai. "Eu recebo pensão aqui". E aí essa criança toda desajustada, dá trabalho na escola, chega com queixa, chega doente, chega sempre com problema, tem coisa da escola, daí vai virar um caso NASF. A gente vai ver tem que cuidar da família, a família toda está comprometida.

ACS 05: A gente passa pro NASF e a gente vai atrás pra ver como é essa estrutura familiar e a gente tem que perguntar da estrutura familiar desde os antepassados, igual ela falou, como foi a geração de lá de trás, que começou dos avós, da mãe, até chegar aqui pra gente ver. Porque muitas vezes, igual a ACS 03 falou, vai da família, por isso que a gente tem que buscar lá atrás, como foi o passado dessa família pra ver, porque é um círculo.

ACS 02: Muitas vezes tem até uma instituição lá, que faz parte da nossa área de abrangência, que oferece cursos pelo SENAI, cursos bons de panificação, cursos de computação, corte e costura, cursos ótimos, e a gente fala pra população e não é muita gente que quer fazer, porque vai se acomodando naqueles benefícios que recebe.

ACS 03: Na unidade mesmo tem uns cursos, por exemplo, começando na gestação, tem shantala, cursos pra gestantes, as mães não se interessam, e não precisa levar nada, não se interessam. Não é interessante acordar cedo pra eles, é um sacrifício acordar cedo e de tarde é porque está muito sol.

ACS 04: Muitos perdem consulta de manhã por causa disso.

ACS 03: As pessoas não têm uma perspectiva.

ACS 05: Não vão quando você não oferece alguma coisa assim tipo uma cesta básica. Se tiver eles vão, eles vão se tiver alguma coisa em troca. Se não tiver alguma coisa em troca, apenas orientação. Apenas eles lá, pra pegar uma informação do que eles devem fazer, eles não vão não.

ACS 01: É por isso que a gente trabalha com estratégia, a gente, até o nome da empresa mudou, Estratégia Saúde da Família, por quê? Porque você tem que montar uma estratégia pra captar essa população, no grupo, se tiver um médico, uma receita, de seja o que for, um hemograma, um exame de fezes e urina, as mães levam as crianças. Se elas tiverem que ir lá receber orientação não vão. A estratégia nossa é fazer o atendimento em grupo, com a estratégia de que ela vai, garantir um atendimento pra ela, ela vai, se não garantir algo, não acontece o grupo. Grupo por grupo pra orientar como seria a base do nosso trabalho, não dá se não tiver estratégia de oferecer alguma coisa pra eles. Assim como teve grupo de adolescentes na unidade que enquanto os profissionais mesmos compravam o lanche da molecada, a molecada comparecia por causa do lanche e acabava participando da palestra. Mas com o tempo os profissionais foram saindo, uns prestaram concurso, aí foi enfraquecendo o grupo e os que estavam lá não conseguiram manter, a verba de estar mantendo o grupo com o lanche da tarde, o grupo acabou, porque a molecada não ia pelo grupo, ia pelo... Aí a estratégia foi montar o lanche. Então a gente tem que montar estratégia.

ACS 05: Enquanto teve algo pra oferecer eles iam, depois que parou de oferecer alguma coisa, a gente dava só as informações, as orientações de como eles pudessem se virar na vida, eles pararam, não era interessante de continuar.

ACS 01: Então a gente trabalha muito com estratégia mesmo, você pensa, o que eu vou fazer, perai, a gente fica pensando, o que eu faço, e a gente vai montando um esquema de conseguir captar, pro bem dele ainda a gente que faz todo um movimento quase por ele. Aí é aquele negócio que a gente fica aflito, que você corre, corre, corre, e ainda com tudo o que você oferece pra dar condição com que ele se cuide e ele vai e não se cuida. Como a gente abre mutirão de papanicolaou pras mulheres que não conseguem ir durante a semana. Agora se faz dois por ano, três, depende da demanda, o que a gente traz da rua, das mulheres com dificuldade por causa do horário de trabalho, vai e abre um sábado só pra aquilo. A gente chama, vai cem mulheres, pra uma área onde tem, nossa não dá nem pra contar quantas mulheres tem, que estão sem fazer, muitas vezes porque não tem oportunidade por causa do serviço. A gente tem uma cobertura excelente de papanicolaou, comparada aos outros postos, mas ainda assim, um serviço que é aberto no sábado pra facilitar a vida da mulher, a mulher vai e não vai: "Ah, não fui porque tive que ir na feira", entendeu? Então você facilita a vida deles. É isso que gera conflito na gente.

ACS 03: Muitas vezes a mulher está em casa sem fazer nada, aí você vai toda vez e cobra a mesma coisa.

ACS 05: Agora se diz assim, vai ter inscrição pra você receber algum benefício, lota, o quarteirão. Olha tal dia vai ter inscrição porque alguém vai dar alguma coisa pra você, uma cesta básica, um litro de leite, um benefício, você vai receber, aí lota que você não dá vencimento, vão até pra dormir.

ACS 04: Aí elas acordam cedo, madrugam lá.

ACS 02: Até com essa questão de receber algo em troca, esse último mutirão de papanicolaou que teve, teve pacientes da minha micro que vieram reclamar: "nossa, esse ano não deram pulseirinha?". Porque o ano passado, o ano retrasado a gente fazia umas pulseirinhas pra dar pra mulher, simbólica de que ela foi, reclamaram: "nossa esse ano vocês não deram pulseirinha."

ACS 01: Acho que muitas vieram buscar a pulseira e resolveram colher o papa. Risos. Você entendeu a parte ingrata do nosso trabalho, é essa, você oferece, oferece, oferece e às vezes você se sente frustrado, você fala, eu corri tanto e precisava de um passo, eu corri uma maratona e precisava de um passo e eles não deram. Poxa, aí você, nossa, você vai desanimando, aí você corre, vai com um que dá um passo, aí você fala agora sim. Quer dizer, você se apegou.

Ana Luisa: Uma micro, você falou, quantas famílias?

ACS 02: Estou com 163.

Ana Luisa: Quantas pessoas mais ou menos?

ACS 02: Não sei, pessoas, depende de cada família.

ACS 01: Uma média de quatro.

ACS 02: Eu tenho uma família que moram na casa treze pessoas.

Ana Luisa: De qualquer forma, a sua obrigação é cuidar de 163 famílias. Você tem idéia, vocês tem esses dados, de quantos desempregados tem, nesses núcleos familiares? Porque o que vocês estão falando é uma doença de outra ordem.

ACS 01: Oficial mesmo é difícil, eventual até pode.

ACS 05: Eu tenho esses dados.

Ana Luisa: Você tem esses dados?

Fabiana: Eu peguei o SIAB e a Escala de Coelho que tem esses dados.

Ana Luisa: Vou propor uma mudança de nome, ao invés de agente de saúde, agente comunitário social.

ACS 05: É, a gente corre atrás de um monte de coisa, às vezes pras pessoas, a gente vai em reunião no CRAS que é o centro de referência da atenção social. A gente vai leva os casos das famílias, às vezes a família não tem condições financeira nenhuma, e a gente através das nossas informações a família às vezes consegue algum benefício, consegue ser encaixada em algum programa, em alguma outra coisa.

ACS 01: A gente faz até, uma coisa assim que não é muito certa, que a gente tem muito cuidado quando faz, de vez em quando a gente faz rateio de alimento e leva pra alguém que está muito necessitado. A gente faz rateio de alimento, vê o que uma ou outra tem em casa, de cobertor, que não está usando, uma roupa sabe, coisa assim, e a gente acaba doando pra alguns pacientes Mas a gente toma o cuidado em dizer que não somos nós, de que a gente arrumou, se não as pessoas vão bater lá, vão querer assistência e a gente não tem recurso. A gente faz.

Ana Luisa: Vamos lá: Antes do almoço acho que dá pra ler, né? A gente podia ler e a tarde a gente pega, né, Acho que é legal ler e complementar o que precisar complementar.

Situação 1 – ACS 02

Posso começar então? Uma história que me emocionou muito, nesse tempo de agente comunitária foi de uma senhora que ela morava sozinha, porque ela tinha um filho e esse filho acabou falecendo. Eu já estava numa situação bem emotiva, porque eu estava grávida, na época que eu comecei a ter convívio com essa senhora. O filho dela faleceu muito novo, com vinte e quatro anos e ela era toda atrofiada. Ela tinha reumatismo, artrite, artrose, e ela toda atrofiada. Então ela não aceitava, não aceita até hoje a perda desse filho. Ela mantinha o quarto do filho como se ele fosse voltar a qualquer momento. Ela não conseguia fazer as coisas porque ela tinha muitas limitações. Ela pagava internet, sem usa computador, porque ela nem sabia mexer no computador. Ela continuava pagando internet, continuava pagando Sky pro filho como se ele estivesse presente. Sempre chorava muito. Eu, quando eu ia lá na casa dela, eu sempre saia com a sensação de que eu não fazia o suficiente. Então isso me deixava muito mal, porque eu queria fazer cada vez mais. Foi a equipe de enfermagem, a Fabiana foi muitas vezes lá, auxiliar de enfermagem, médico. Ela era saúde mental, tomava medicação controlada. Tinha uma pressão altíssima, mas se fosse falar pra ela, olha você vai tomar o remédio de pressão, a gente vai ver sua pressão, pronto ela já ficava descontrolada. Você tinha que ir lá pra fazer visita com a enfermeira, com o médico, mas você não podia falar em pressão que ela se descontrolava. E essa sensação de não fazer muito me deixava muito mal, porque eu saia de lá, era como se eu nem tivesse ido, como se ela fosse sempre uma pessoa abandonada. A gente fez uns adaptadores pra ela, colocamos EVA nas colheres pra ela conseguir segurar melhor. Ensinamos ela a colocar o sabonete dentro de uma meia calça pra ela não ter que abaixar se o sabonete caísse. E isso me deixou assim, muito... E até hoje, ela já foi embora, ela mora Presidente Prudente mas de vez em quando eu sempre tenho essa sensação, será que ela está bem? E ela foi embora e eu achei que isso fosse uma coisa melhor pra ela, mas ela alugou uma casa que tinha dois quartos pra ela montar o quarto do filho dela. Ela falava que se ela fosse embora dessa área ela falava, não eu vou deixar o R lá. Então um meio pra ela não deixar o filho, ela foi e montou um quarto lá e isso me chamou muito atenção, essa assim, não aceitação.

Situação 2 – ACS 05

Eu também, foi um caso de uma senhora e essa senhora eu conheci logo quando eu entrei no trabalho, que não só ela, mas a gente acaba vendo lá no fundo da casa muitos idosos abandonados. O que me tocou mais foi pelo abandono, pelo descaso, que eu via as condições daquela senhora. Ela vivia em condições precárias assim, e subumanas mesmo de vida enquanto a filha morava na casa da frente, uma casa muito bonita, bem estruturada. Condições financeiras muito boas pra cuidar da mãe e não cuidava. E essa senhora vivia sozinha e ela tinha problema, demência, tinha um quadro demencial, Alzheimer, e aí por sinal, ela tinha também convulsões, epilepsia. Quando ela tinha as crises, ela convulsionava às vezes sozinha, quando ela não saia pro meio da rua sozinha andando sem rumo, ela convulsionava dentro de casa. Não tinha atenção da filha, não tinha atenção da família, convulsionava e ali mesmo sentia suas crises sozinha, e retornava, voltava sozinha da crise. E aí ela não tomava banho, ela vivia suja, fazia as necessidades às vezes até na roupa. Aquele sangue, com que ela batia, convulsionava, se batia, batia a cabeça, cortava a cabeça sangrava. Ela ficava dias e dias com aquele sangue seco no cabelo. Aí uma vez eu fiquei muito triste porque nós fomos visitá-la, eu e a auxiliar de enfermagem. Chegamos lá, ela estava, o cabelo chega estava aquele nó aqui atrás, aquele sangue seco. Tinha ponto na cabeça do tempo que não já não sei nem quando mais. Aí ela estava com muitos bichos dentro da carne dela, muitas feridas pelo corpo sabe, os bichos mosca, acho que era larva de mosca que colocou bicho e criou miíase lá dentro. Ali foi feito um trabalho de um banho que a gente deu naquela senhora, e até mesmo de cortar o cabelo, chamamos a filha falamos, olha a gente vai ter que cortar o cabelo da sua mãe porque não dá, não tem condições mais de pentear o cabelo da sua mãe, entendeu? Fizemos o trabalho. A auxiliar de enfermagem foi, passou o caso pra equipe, veio médico. A médica colocou um produto lá, não sei se era éter pra sair aqueles bichos, tirou o bicho de dentro da pele da senhora. Só que assim, continuou, sabe, continuou o descaso. Continuou aquela senhora jogada nos fundos da casa até que veio a falecer. Isso pra mim foi muito triste porque eu acho que o idoso, ele tem que ter pelo menos uma vida digna. Eu acho que hoje em dia tem

muitos ainda , muitos casos de pessoas idosas que vivem, sofrem violência por parte dos próprios familiares, dos próprios filhos e eu não gosto de ver esse tipo de coisa. Eu sinceramente tenho meus pais que são idosos, que inclusive tem problema de Alzheimer, o meu pai, e a gente assim de um jeito ou de outro, trabalhando, a gente vai se revezando pra cuidar. Então, quando eu vi aquela senhora naquelas condições, eu fiquei muito triste, muito abalada com tudo aquilo. Até que ela veio a falecer, praticamente em casa, ela veio a morrer em casa, lá dentro da casa dela sozinha, sem ajuda de ninguém, sem ajuda da família.

ACS 02: Só foi muito estranho quando ela chegou a perguntar: Se por acaso minha mãe morrer em casa o que eu faço? Foi muito estranha essa pergunta.

ACS 05: Ela perguntou mesmo isso pra gente.

ACS 01: Logo ela se foi.

ACS 05: E a mãe morreu por abandono.

ACS 02: Pesando 46kg.

ACS 05: Muito magrinha, muito magrinha mesmo.

ACS 02: A gente chegava lá e ela falava: dê meu café, dê meu café.

ACS 01: Isso depois da equipe ter corrido com a família, feito reunião, falando sobre a responsabilidade, tentando com que estabelecesse um vínculo entre elas. Até que ela falou que a mãe era ruim, que ninguém sabia o que a mãe dela era.

ACS 05: Disse que tinha muita revolta, em uma das reuniões que nós a convocamos no posto pra falar do cuidado com o idoso, de cuidar melhor, pra dar melhores condições de vida, pra que ela pudesse ter um pouco mais de vida. E aí ela dizia que a mãe dela quando eles eram pequenos, os filhos eram pequenos, a mãe era prostituta, então a mãe, ela saía com muitos homens e aí abandonou os filhos, e aí ela não queria cuidar da mãe por conta daquilo, ela disse que tinha uma mágoa, uma revolta muito grande daquela mãe.

ACS 02: Foram tirar a mãe de um abrigo pra colocar a mãe nessas condições.

ACS 05: Foi terrível, terrível. Isso foi um dos...

Situação 3 – ACS 03

Bem, o meu caso é bem conhecido, o A. Elé um paciente que ele é, ele tinha esquizofrenia. Ele não dava tanto trabalho de assim, como eu vou dizer, de família Apesar de que a família abandonava bastante ele. Mas ele dava mais trabalho porque ele ia na unidade e ele fazia barraco, e ele ligava pro Datena (mas ele não ligava pro Datena), ele falava que ia mandar tirar o medico, a enfermeira, o diretor, ele chamava o gerente de alguns palavões. Então o que me chamava atenção é que ele mesmo com os surtos dele, em algumas vezes ele falava que ia se matar, que não tinha sentido mais a vida. Então o que me chamou atenção de saúde mental, é que quando ele pega a confiança em você, mesmo com o surto dele ele para pra te escutar. Então tinha algumas vezes que eu precisava ficar um tempão com ele, assim, porque ele tinha um brechó, onde ele vendia as roupas para a mãe dele, que era na frente da casa do irmão dele. Uma família que xingava, que sempre expulsava ele. As sobrinhas não respeitavam muito ele. Então tinha que perder muito tempo sentada lá no brechó, conversando com ele, falando, não A, não é assim. A, você não pode se matar.

A: Por quê eu não posso me matar?

ACS 03: Porque você tem muita coisa pra fazer, você tem que ajudar a sua mãe. Ele me chamava de agente.

A: Não agente, mas eu tenho que me matar porque minha vida não tem sentido!

ACS 03: E aí você tem que explicar pra pessoa que ela é uma pessoa, não você é uma pessoa, você tem que ajudar a sua mãe, você tem que viver a sua vida. Porque antes dele ter esquizofrenia ele era um homem, eu vi algumas fotos, que ele era um homem até que bonito o A. Ele tinha um pouco de condições e ele ainda se lembrava disso. Ele tinha condições. O que aconteceu com ele é que agora ele tinha essa vida, que ele catava reciclagem, que ele tinha que vender aquelas roupas. Então acho que tinha um pouco de ressentimento dentro dele mesmo pelo o que ele era agora. Ele deu bastante trabalho na unidade. Ele não morreu, não está curado. Ele foi para uma outra unidade e eu não tenho mais notícias dele. Eu ouvi dizer que ele ia voltar. Eu espero que ele não volte pra unidade. Apesar dele não dar assim tanto trabalho, de agressão, de xingar, ele nunca me agrediu, nunca me xingou, pelo contrário, sempre me respeitou. Mas são pessoas que exigem muito sua atenção, a hora que ele quer falar com você, você tem que parar pra ouvir, e o tempo que ele quiser, porque ele não te deixa em paz enquanto você não escutar o que ele tem pra falar. Então quando ele pega uma confiança com você é como se você virasse amigo íntimo, e aí você tem que dar muita atenção pra esse tipo de pessoa, você acaba sendo uma psicóloga não sei o que você acaba sendo, você tem que tirar palavras de onde não tem, um conhecimento que você não tem pra ajudar uma pessoa que você não tem como ajudar. No caso do A também era mais porque ele não tomava o remédio direito.

Situação 04 – ACS 4

Eu vou falar de um caso, que assim, quando eu entrei, durou só dois anos e meio este caso. Ele era restrito ao lar, ele tinha a cuidadora dele lá, que pra mim acho que ela cuidava bem. Mas na visão de outras pessoas que não conheciam realmente aquela família ele não era cuidado. Como teve problemas com a outra agente que brigou muito, pela esta família, onde as pessoas não tiveram o reconhecimento e ninguém quis ajudar. Sempre tinha reclamação da vizinha do lado que dizia que ligava pra polícia, porque que ele incomodava muito, que ele gritava o tempo inteiro, dia e noite.

ACS 01: Ele era esquizofrênico, não era?

ACS 04: É, e quando eu conheci ele, assim, eu em um primeiro momento eu tive medo dele, muito medo. E todas as vezes que a gente ia lá fazer visita, a equipe ia lá, ele atendia a gente nu, às vezes tinha algum momento que a gente pedia pra ele por a cueca, ele ia lá, ele colocava, ele sentava. Ele, com a conversa ele mudava, ele ficava uma pessoa super educada e, muito gentil, tratava muito bem. Teve outros momentos que esse caso se tornou, assim , não sei, pra alguma equipe aí, se tornou interessante a ser discutido em discussão de saúde mental. Teve alguns fóruns que eu participei e assim, umas três vezes, e a nossa auxiliar que foi embora, a C, que quando esse caso era

discutido nessa reunião, muitas pessoas que não conheciam criticavam muito a equipe, muito e dizia que a equipe estava perdida nesse caso sem saber o que fazer. E outras pessoas criticavam a cuidadora, porque dizia que a cuidadora só estava com ele naquele momento porque ele tinha um benefício e esse benefício ela estava em uso dela, que não era feito nada pelo próprio paciente. Mas pra quem realmente ia lá, buscar um pouquinho conhecer a história, não era nada daquilo que era discutido. Muitas das vezes eu fiquei brava mais a C, por isso, por a gente ser criticada, e dizer que a gente nunca fez nada por ele, que ele estava abandonado naquela casa. Mas era a vida que dava, das condições pra ele era aquilo. Muitas vezes ele fez acompanhamento no CAPS, aí deixou de fazer porque a cuidadora não conseguia tirar ele de dentro de casa, tinha momentos que ele dizia que não ia e não ia mesmo, ela não tinha força pra tirar de dentro de casa. Aí deixou o acompanhamento com o doutor. Aí a equipe começou a acompanhar, chegou um momento que assim, que eu cheguei lá que eu fiquei muito, muito triste assim, que foi quando a gente encontrou ele caído dentro do banheiro, a cabeça machucada. Isso ali pra mim era difícil demais. Mas eu criei um vínculo com ele muito bom, que ele até me pediu em casamento, disse que eu era noiva dele. Eu gostava, e hoje eu passo ali, eu sinto muita falta dele, muita. Eu gostei muito desse caso, que eu consegui discutir mesmo no fórum, que eu e a C conseguimos mostrar pra esse grupo que não é isso, saúde mental não era só essa visão que eles tinham ali deles discutirem um caso deles não conhecerem. Um caso que sempre foi falado muito, mas as pessoas não, quando não tem mesmo aquele conhecimento, quando você não tem aquele convívio com aquela família, você vê outra visão, você tem outra visão, que realmente joga toda a culpa na família, na cuidadora. E interessante que eu achei no final dessa história, que quando ele chegou, que ele teve essa queda, que ele foi lá pro hospital, que lá foi descoberto que ele estava com câncer, que teve outras complicações de saúde, que ele teve pressão alterada, ficou o tempo todo mal. Apareceu um filho dele bem na época que ele estava no hospital, que foi levado de casa pro hospital, já numa fase terminal da vida dele. E aí o hospital conseguiu entrar em contato com o filho dele, só que o filho não chegou a ver ele vivo, quando ele chegou no hospital, ele já tinha morrido. Mas eu cheguei a conhecer o filho, que ele voltou lá na rua que eu trabalhava, ele ligou lá na UBS, que queria conhecer quem era o agente que fazia ali. Eu fui lá conhecê-lo. Uma pessoa bem legal, bem parecida com o Carlos, ele era bem parecido, agradeceu muito, que ele gostaria de agradecer a equipe inteira, mas ele disse que não dava pra esperar e ele agradeceu esse tempo todo a UBS ter ajudado o pai dele, quando ele queria estar ali, como ele não tinha conhecimento, que ele não conhecia o pai e ele conheceu de um jeito difícil pra ele, mas isso ficou marcante, muito na minha vida. Pra mim foi um dos casos pra mim, bem difícil, mas até hoje eu sinto falta, eu passo ali a casa nunca foi alugada, continua do mesmo jeitinho e todas as vezes eu passo ali eu lembro de quantas vezes eu tive que descer aquela escada, lá do outro lado.

ACS 01: Escada de madeira, né.

ACS 04: Escada de madeira pra poder descer na casa dele, porque o acesso era um buraco, e ele vivia ali numas condições bem difícil pra ele, mas era as únicas que tinha pra ele.

ACS 01: Nem uma lâmpada ele deixava, que ele quebrava.

ACS 04: Quebrava tudo. Daí chegou num tempo que a gente conseguiu passar, o NASF conseguiu acompanhar, mudou.

ACS 02: Até televisão tinha.

ACS 04: Tinha televisão, tinha um radinho lá que ele deixava, lâmpada ele chegou a deixar, a casa bem mais cuidada. A cuidadora limpava de manhã e a gente chegava lá a tarde estava do mesmo jeito, ele não bagunçava. Quer dizer, o tempo bem bom pra ele foi pouco tempo, porque logo ele faleceu. Mas pra mim foi um caso de saúde mental bem, onde eu aprendi muito a ver outras visões com outras pessoas que exigiam mais a minha atenção, e a dar mais valor na pessoa que a gente vai discutir passagem dos casos. De a gente poder conhecer primeiro aquelas pessoas que convivem ali, pra você não ser criticado mais tarde e dizer que a equipe não fez nada, onde a gente faz tanto e as pessoas, muitos não vêem isso.

Situação 05 – ACS 01

ACS 01: Eu vou ler da forma que eu escrevi, já que eu já fiz um resumo mais ou menos. Eu acompanho essa família desde que eu entrei no serviço já há mais de sete anos. Essa família é composta por seis pessoas: tem a mãe, duas filhas e um filho (esses três filhos são adultos já, mais de trinta anos cada), tem dois netos, que é uma netinha de dois e um neto de oito, que moram na mesma casa. Uma das filhas tem diagnóstico de esquizofrenia, que é essa que eu queria comentar um pouco sobre ela. No período que eu acompanho essa família, essa filha nunca teve crise. Sempre esteve bem compensada, estabilizada, toma os medicamentos direitinho, com regularidade, acompanha os grupos da unidade, no artesanato, faz alguma prática corporal às vezes, que é o xian gong, que tem na atividade do posto também, já fez tapeçaria, origami. Eu sei porque eu já via alguns trabalhos que ela fez, ela já me presenteou uma vez com um tapetinho com um origami, um cartão de natal. Ela tem uma escrita muito boa, ela é uma menina muito inteligente, tem trinta e três anos, essa menina, daí, do ano passado pra cá, apesar de eu já acompanhar essa família há mais de sete anos, eu consegui perceber um pouco mais, com relação a como funciona lá dentro da casa. Porque antes, quando eu chamava a mãe dela pra atender a porta, a mãe dela demorava um pouco, aí descia me atendia, abria eu subia e sentava, e era sempre assim. Do ano passado pra cá, ela não demorava mais a me atender, ela já abria logo, aí que eu percebi que todas as vezes que ela vai abrir a porta ela tranca a filha no quarto pra poder abrir essa porta. Se ela vai no banheiro, ela tranca essa filha no quarto, se ela vai fazer qualquer coisa que tire ela de próximo da filha dela, a metros que seja, dentro da própria casa, ela tem que trancar ela pra se sentir segura com relação a filha e co relação a sei lá o quê. Então eu resolvi mexer nesse caso, porque eu percebi essa dinâmica agora. Eu já me incomodava com a situação dela, porque apesar da condição dela, ela ser esquizofrênica, tudo, ela é super compensada, ela é muito inteligente, ela tem um potencial muito grande que ela não desenvolve com outras coisas. Isso já me incomodava, já tinha até comentado um pouco sobre o caso, mas essa dinâmica de ver dela ficar presa, essas coisas assim. Não é que a mãe é agressiva, a mãe cuida dela como se fosse um bebê, aí é que está, então não deixa ela desenvolver outras coisas na vida dela. Então ela se veste igual a mãe, a mãe tem sessenta e sete anos e ela tem trinta e três, os vestidos que a mãe dela veste é o mesmo que ela veste. Não corta o cabelo, ela é evangélica tem o cabelo assim pela cintura, ela é meio apática, as vezes dela quem faz é a mãe, então se você pergunta alguma coisa pra ela, a mãe responde na frente, ela fica sempre calada. Algum momento que eu consegui ficar com ela um pouco, enquanto a mãe ia na cozinha, pra conversar só com ela, ou quando ia na consulta ou pegar o remédio, ela ficava sentadinha no corredor, eu chegava: oi tudo bem? Abraçava ela, perguntava e ela responde. Então ela tem, ela consegue desenvolver um diálogo, ela consegue desenvolver um diálogo bom. Mas eu estou vendo, é o seguinte, uma senhora com quase setenta anos, que já não tem tanta saúde e uma filha com trinta e três que quando a mãe for vai definhar também, porque a mãe não deixou, não deixa ela avançar, não deixa ela desenvolver. Eu percebi com isso, que a mãe está doente. Esse foi meu modo de perceber isso aí. Daí eu passei o caso para o NASF essa semana e também, a equipe também concordou que realmente ela não melhora da condição dela e ela não desenvolve mais coisas porque a mãe está adoecendo ela com a doença que a mãe está, nessa codependência sobre ela, vivendo a vida dela, e ela não está vivendo a vida dela, nem a de ninguém, a menina. Então eu estou começando a cutucar esse caso agora. Eu já achava já que devia ter visto há mais tempo, mas aí cada visita que você faz uma vez por mês, daí tem outra demanda na casa, ela tem criança, tem outras questões e você vai sendo absorvido e quando você vê... Só que isso a cada dia que passa é uma coisa que me tira o sono, porque é uma menina que tem potencial, que tem condições de estar de outra forma nessa vida a não ser vivendo a margem do que a mãe vive. Sabe, ela não

tem vida própria e daí eu já falei pra mãe dela, não precisa trancar ela no quarto pra senhora abrir. Mas ela diz, ah não, eu fico preocupada, a L às vezes pode ficar nervosa, pode se machucar. Eu falei: mas se machucar com o quê se ela está dentro de casa, há quantos anos que ela não tem crise. Então eu percebo que a mãe não consegue se afastar dela e não consegue deixar ela solta a metros dela, não pode. Ela faz artesanato com a Rosângela, ela não consegue desenvolver uma atividade sem a mãe estar em cima dela. A mãe não aceita que outra pessoa passe atividade pra própria mãe que não seja a filha. Ela tem sempre que esta interagindo entre ela e a filha, ela não abre espaço pra nada nem pra ninguém, entendeu? Aí eu percebi que ela tem dificuldade por preconceitos e preceitos religiosos. Então devido a igreja ela não quer que a filha dela se envolva com mais ninguém do mundo pra ter amizade, uma das coisas que eu percebi que eu fico especulando. Outra questão é pelo fato da filha já ter tido crise, ela ter tanto medo que ela tenha uma outra crise, que ela piore, que se ela por exemplo ficar ansiosa por alguma coisa e tiver uma mania, às vezes ela fica assim com a mão ... aí eu já sei que ela está ansiosa, que a mãe dela não quer que ela assista uma novela, só quer que ela assista cultura. Uma mulher de trinta e três anos de idade. Ela não quer que ela seja mulher, ela quer que ela seja criança. É como se na época que ela teve essa crise, que ela tinha por volta dos treze, catorze anos, que eu fiquei sabendo, buscando lá, perguntando pra ela, como se ela quisesse que ela tivesse ainda naquela fase de lá pra trás, retroativa ainda, não pra cá, que ela tem trinta e três anos. A mãe não consegue enxergar ela como uma mulher, enxerga ela como criança, como bebê, que precisa ser cuidado, então se ela assistir uma novela não pode que é coisa do mundo, as roupas tem que ser aquelas que a igreja manda, lá no pé. E eu acho que a filha é infeliz, por essa vida que ela leva. E até acho que esse diagnóstico dessa menina chegou a isso por causa da criação que foi dada pra ela, hoje em dia já to começando a achar isso.

ACS 05: Nunca arrumou um namorado.

ACS 01: Entendeu? Talvez ela tenha adoecido por causa de viver desse jeito, entendeu.

ACS 05: Ela é bonita, mas acabada.

ACS 01: Ou seja ela pode ser uma pessoa que pegou um diagnóstico de esquizofrenia, que talvez adoeceu por causa da pressão da mãe em cima dela, não teve oportunidade de viver. A mãe vai embora e ela não teve vida, entendeu? Aí é isso aí, isso aí que me tira o sono, porque eu acho que ainda dá tempo de ajudar um pouco.

Ana Luísa: Vocês acham que esses casos retratam as questões do trabalho da saúde mental, do território?

ACS 01: Na minha microárea é o nó.

ACS 02: Na minha também tem um esquizofrênico que nas minhas férias foi na minha casa falar que colocou fogo na casa, que era pra mim chamar o bombeiro.

ACS 05: Eu posso falar de um caso que eu sofri muito? Posso? Eu sofri demais, porque era uma gestante usuária de drogas, e que a gente tentou de todo o jeito que ela fizesse o pré-natal e nós não conseguimos. Acho que ela fez uma ou duas consultas no máximo. Ela era usuária de crack, e o bebê nasceu e ela continuou usando droga, largava o nenê de madrugada sozinho e ia lá pra boca usar drogas. Os vizinhos acordavam na madrugada com o bebê chorando sozinho. Aí um dia, não sei se foi, não sei nem o que dizer daquele dia, que era um dia chuvoso, estava meio frio, mês de julho, o bebê estava com cinco meses. E assim, eu já estava indo pra casa, pro almoço, faltava cinco para meio dia, quando me tocou de entrar naquele quintal, e aí eu entrei naquele quintal, aquele dia, e a mulher começou a gritar, em desespero, que o nenê dela não estava mexendo. Ela pediu ajuda. Eu peguei a criança, olhei o bebê e estava roxo, estava com os lábios roxos, estava quentinho, a temperatura dele estava ainda quente, normal, mas as unhas dele estavam roxeadas e ele não respirava. Aí eu peguei, fiz algumas manobras, liguei no SAMU, o médico me informou por telefone, vai fazendo assim, vai fazendo com o polegar, faz respiração...

Falta uma pequena parte porque a gravação parou!

ACS 02: Eu também tinha um caso de uma mulher que não fazia o pré-natal, muitas das vezes ia a enfermeira Fabiana, a enfermeira C, fazer uma consulta na casa. A bolsa dela rompeu um dia nove horas da manhã. Quando eu cheguei na minha casa, cinco horas da tarde, as filhas foram me chamar: Minha mãe está te chamando. Aí eu liguei pra Fabiana, falei, Fabiana, estou aqui, aí, que ela me falou, minha bolsa rompeu nove horas da manhã. Aí eu falei, não vamos chamar o SAMU. Chamei o SAMU, fiquei lá esperando, conversei com ela, ficava no telefone, falando com ela. Ela não fazia pré-natal e o cigarro era assim, acabava um ela estava acendendo outro, acabava um ela estava acendendo outro. Eu vi que a barriga dela estava diferente. Ela era inchada e não era aquele inchaço de gestação que só inchava embaixo, era até aqui em cima, aqui você apertava e ficava um buraco e ela fumava muito, demais. E aí, quando eu chamei o SAMU, o marido dela chegou era umas 18:15h e aí eu falei, olha eu acabei de chamar o SAMU, e eu vou até usar o termo que ele usou, que foi muito vulgar, ele falou assim, "não é SAMU porra nenhuma, não foi o SAMU que meteu com a minha mulher, eu vou levar", enfiou a mulher no carro e levou. O nenê nasceu em um dia e no outro dia o nenê morreu. Isso foi muito triste, e ela ainda perguntou pra mim, não dá pra fazer o parto aqui, tipo assim, como se eu fosse fazer o parto. Eu disse não, não dá, você tem que ir para o hospital. E foi muito triste. As crianças dela todas tem rebaixamento mental, todas, não sabem ler, não sabem escrever, e é triste, você ver a história de uma família desse jeito. Você sofre com isso, você não dorme com isso. Quando esse nenê morreu eu me sentia culpada, será que eu não fiz certo, será que eu não fiquei muito no pé? Mas tinha visita, assim, uma vez por semana nessa casa, enfermeira, auxiliar, NASF.

Ana Luísa: Como é que vocês se salvaram disso?

ACS 05: Eu acho que a gente é tudo saúde mental. Risos.

ACS 01: Não, mas pra gente ser, pra dar conta a gente tem que encarar como eles encaram,

ACS 02: E a gente só não pira de vez mesmo porque a gente tem umas as outras.

Ana Luísa: Mas, porque vocês não são essas mães?

ACS 05: Como?

Ana Luísa: Porque vocês não são essas mães?

ACS 05: Que abandonam os filhos?

Ana Luísa: É.

ACS 02: Eu acho que é mais um pouco da estrutura familiar.

ACS 05: Eu também acho isso.

ACS 02: É uma estrutura familiar.

ACS 01: A gente é filho de migrante, de gente que sempre precisou trabalhar muito na vida. Na época em que você não tinha tempo pra pensar em besteira, você tinha que trabalhar, desde criança. Eu trabalho desde os dez, a maioria de nós desde criança trabalha, oito, dez anos de idade.

ACS 02: Eu tive uma criação muito ausente de pai e de mãe. Era cuidada por uma avó que fazia horrores. Todo mundo fala que vó é segunda mãe, que vó isso e eu tenho uma história de triste de vó. E eu sempre tinha medo de ser para os meus filhos como eram meus pais pra mim, porque não era assim, uma ausência, de... meu pai trabalhava muito, minha mãe trabalhava muito. Se eu ia chegar na minha mãe pra dar um beijo na minha mãe, a minha mãe se recuava, a minha mãe nunca gostou desse negócio de apego, e eu tinha medo de ser desse jeito com os meus filhos. Teve uma época que eu cheguei ser, quando eu tive a minha primeira filha,. O meu marido tinha que me segurar pra minha sogra colocar minha filha no peito pra mim amamentar. Sabe aí, foi que um dia a minha filha, com dois anos, por essa própria criação, dessa infra-estrutura familiar, que um dia a minha filha falou pra minha sogra, eu queria ficar sempre doente, minha sogra: "que conversa é essa?", porque minha mãe me dá colo. Foi aí que eu falei, nossa, eu estou virando uma Dona A da vida. Então eu vejo assim, as histórias das famílias, é falta disso, de um diálogo, de um carinho, de uma palavra. Igual ela falou, que muitas vezes o Antônio falava que ia se matar, não, você não pode se matar, você tem sua mãe, você tem isso, entendeu? Então se ela não tivesse uma estrutura, não tivesse um carinho, ela não ia passar isso pras pessoas. E como a gente discute muito assim, esses casos entre a gente, eu chego pra ela e falo, olha a família está assim, assim e assim. Igual ela falou, às vezes a gente faz um corre pra conseguir. Olha aqui tem uma família que veio de algum lugar, eu está precisando disso, a gente faz um rateio, a gente consegue. E se a gente não tivesse isso, a gente ia pirar.

ACS 05: A gente é muito companheiras sim. Às vezes até na hora de chorar, a gente desabafa entre nós mesmo.

ACS 01: A gente faz terapia de grupo na nossa sala. A gente faz oração quando está todo mundo ruim. A gente se reúne, puxa uma oração lá, fecha a porta.

ACS 02: Às vezes até um cafezinho, uma garrafa de café que você coloca em cima de uma mesa, daí vem todo mundo, "posso pegar um cafezinho?" Aí vem uma e fala, hoje eu vou pegar a garrafa de café pra trazer café amanhã. Isso é companheirismo, porque se não podia falar: "ah, eu não tomo café",

Ana Luisa: Então, mas de qualquer forma, vocês estão lá, estão vivendo lá há muitos anos, porque vocês não são iguais a essas mulheres, essas pessoas que vocês falaram?

ACS 05: Porque a nossa criação foi diferente, eu penso assim.

ACS 04: Porque a gente acredita, que vai melhorar. Se essas pessoas acreditassem no que a gente acredita, talvez não teria tanta gente numa situação dessas. Se a gente não acreditasse no que a gente faz, na gente mesmo, que lá em cima tem alguém olhando pela gente, a gente seria uma mãe assim.

ACS 03: Mas são situações diferentes, cada uma com uma criação, e cada uma tem uma vivência. Porque eu sou mãe há pouco tempo, porque eu não sou uma mãe assim? Porque eu sou uma filha de uma mãe que teve seis filhos deixou o marido, quer dizer, o marido que deixou minha mãe com seis filhos pequenos pra criar e minha mãe desde então veio batalhando pra criar os filhos. Não foi uma mãe presente, mas foi uma mãe que soube dar educação. Então eu me espelho muito na minha mãe. A minha mãe batalhou por seis filhos e conseguiu, porque eu tenho uma casa boa, a gente tem um carro, minha mãe não tem muito estudo, estudou até a quarta série, mas soube dar pros filhos o que ela não teve. Então eu me espelho muito nela que eu também tenho que ter a mais do que ela teve, eu tenho que ser uma boa mãe, eu tenho que ter a minha casa, eu tenho que ter as minhas coisas, então pra tudo isso eu tenho que trabalhar. Eu preciso trabalhar porque eu preciso dar educação pro meu filho, eu preciso vestir o meu filho, suprir as necessidades do meu filho. Então acho que cada um aqui tem um histórico familiar, o porquê que não é uma mãe que abandona o filho, uma mãe estressada, uma mãe que espanca os filhos. Tudo, como a gente falou vem de trás, você se espelha em alguém, ou você faz o que alguém fez por você.

Ana Luisa: Quem juntou vocês?

ACS 05: Quem juntou assim, como? Como assim?

Ana Luisa? Como é que vocês se encontraram então?

ACS 03: Processo seletivo.

ACS 05: O trabalho. Nós não nos conhecíamos antes de entrar, a não ser de vista né, ACS 03? Eu já era agente dela, fui agente dela.

ACS 03: Mas na verdade é mais a oportunidade de emprego mesmo. Assim, acho que o emprego. Agente Comunitário, a gente ganha, eu mesmo acho que a gente ganha bem, não é nossa que salário, mas a gente também não está ganhando tão ruim.

Ana Luisa: Quanto ganha, me desculpa?

ACS 03: Mil e setenta e três mais VR e VA. Então eu saí de uma empresa que eu ganhava quatrocentos reais, na época quando eu entrei pra ganhar seiscentos e pouco.

Fabiana: Você acha que a maioria das pessoas ganham mais ou menos isso lá? A gente não tem um levantamento de salário das pessoas.

ACS 01: De onde? Da unidade?

Fabiana: Da área.

ACS 04: Ganham bem menos.

Ana Luisa: Mas mil, vocês tem que gastar com transporte?

ACS 02: Não, nós não gastamos transporte.

Ana Luisa: Entendi, vai dar uns mil e seiscentos?

ACS 05: Não, com o benefício mil e quatrocentos e pouco.

ACS 03: Então a gente, perto de algumas pessoas que sustentam a família com trezentos reais, a gente está ganhando bem. Então é mais u a oportunidade de você estar ganhando um pouco a mais.

Ana Luisa: Mil e quatrocentos.

ACS 05: E a equipe que nós trabalhamos, é a equipe que menos sai os agentes, não sai os agentes, a gente está lá.

Ana Luisa: Mas ainda não pensaram porque vocês não são iguais a elas.

ACS 01: Eu vou falar por mim, eu não sou uma mãe igual a essas porque eu escolhi ser diferente. Porque o meu pai, ele era extremamente agressivo, batia na minha mãe, ele era alcoólatra, ele vendeu tudo o que tinha dentro de casa. A gente passou fome pra caramba. Eu trabalho desde os oito anos de idade. E eu olhava pra minha vida e falava, o meu filho não vai passar por isso. Eu optei por uma escolha diferente.

ACS 01: Então a vida da gente é feita de escolhas. Tive oportunidade de me prostituir, tive oportunidade até de vender drogas. Eu moro sozinha desde os dezessete anos e depois conheci o meu marido. Já morava fora da casa da minha mãe. Mas eu falei, não, eu quero ser diferente, eu vou procurar outro caminho. Trabalhei de faxina. Saía da casa de mensalista e ia pra faxina a noite pra construir a minha casa. Depois fiz um empréstimo no banco, agora estou no posto há sete anos, sete anos de empréstimo, estou terminando de pagar logo-logo o meu terreno, entendeu? O meu filho faz curso de inglês, fez curso de informática, fez curso na ETEC. Não teve uma vez que eu desliguei a televisão, ou várias vezes da minha vida que eu desliguei o fogo de fogão pra sentar e conversar com o meu filho, porque eu fiz a escolha de ser melhor pra ele, entendeu? Então, a gente passa muito sufoco nessa vida, mas a vida da gente é feita de escolhas. Eu poderia ser pior do que o meu pai. Meu pai, ele fazia assim, ele passava na rede da gente, de cinco anos de idade que eu me lembro pra cá. Antes era mais violência ainda, a gente dormia em rede, porque eu sou de Belém do Pará, fui criada lá e é muito calor, o povo tudo dorme em rede porque é muito quente pra dormir em coxão, também se tivesse coxão a gente também não teria. Ele batia no punho da rede e dizia: levanta seus vagabundos pra merecer o prato de comida do dia. O prato de comida que vinha em forma de pão com café preto no fim da tarde, a única refeição do dia, quando tinha, comi várias vezes farinha com água... muito, muito, muito... Então, quer dizer, eu olhava pra aquilo assim e falava não, um dia vai ser diferente. Então eu falo assim, a vida da gente é feita de escolhas, o destino da gente é a gente que escolhe. Tendo estrutura familiar, não tendo, mas o ser humano, ele escolhe a vida dele, a vida que ele quer levar, ele escolhe, quando ele é totalmente são, quando ele tem as faculdades dele mentais preservadas, ele tem escolha na vida dele, quero ser bandido, quero ser prostituta, quero ser o quê? Quero ser ladrão? Ou eu quero estudar, ou quero construir, quero trabalhar, se não puder estudar, preciso trabalhar pra construir alguma coisa, vou trabalhar pra construir alguma coisa. Eu escolhi trabalhar, eu trabalho desde os oito anos de idade, já trabalhava fazendo pão com o meu pai. Com dez anos eu fui arrimo de família, porque meu pai, ele fazia concerto de fogão, ele estava amolando um facão, o facão passou no braço dele, ficou preto, ele teve que ir pra Brasília pra não perder o braço. Minha tia de lá, tinha um pouco mais de recursos, mandou buscar ele. De seis meses a um ano eu larguei a escola porque eu fazia a massa do pão meia noite pra assar o pão quatro horas da manhã, então eu fazia o pão, enrolava o pãozinho, minha mãe quatro horas assava. Eu pegava uma saca de cem pães e saía duas a três vezes pra entregar na taberna, pegava o dinheiro venda do dia, comprava o material de fazer o pão de novo. Comprava o quilo feijão do dia e o quilo de farinha, a gente comia feijão com farinha, Eu sustentei a casa da minha mãe, e ela tendo que cuidar dos meus irmãos, por quase um ano da minha vida, com dez anos de idade. Era difícil pra mim, porque eu era uma criança, eu passar vendendo pão e as minhas colegas, porque eu vendia de manhã e a tarde, tiravam onde da minha cara, "olha lá a machadão trabalhando", elas brincando e eu trabalhando. Mas a vida é feita de escolhas. Hoje meu filho estuda, faz um monte de coisas, ele acabou o SENAI agora, curso de informática básica, segundo ano de inglês já na vida dele. Sempre que o meu filho tinha alguma agonia, alguma coisa, eu desligava, fazia e não vamos sentar, vamos conversar. Então, ele é um ótimo filho, é um excelente aluno na escola. Dei disciplina pra ele, dizia filho a vida é feita de horários, de disciplina, você tem horário pra tudo. Pode brincar? Pode, cuida dos seus deveres. Então ele fazia o dever de casa e dizia posso brincar? Pode. Então ele tinha o tempo de brincar, o tempo de estudar. Começou a crescer um pouco mais, eu disse você vai ter que organizar as suas coisas a gaveta dele ele arruma desde os cinco anos de idade, foi uma forma que eu achei de ele se responsabilizar por uma coisa dele, dele sentir que a vida não é fácil, que a gente tem que parar, tem que ser organizado, tem que ser higiênico, essas coisas e ele foi aprendendo. Hoje ele me ajuda em um monte de coisas. No dia de ir no curso ou não, ele já está com dezesseis anos hoje. Eu deixo roupa batendo na hora do almoço ele pega e estende. Não é aquele adolescente rebelde, revoltado, não gosta de rua, não gosta de ficar na rua, é calmo, é tranquilo. As meninas conhecem ele e sabem. Foi tudo uma construção. Eu procurei dar pro meu filho e ser pra ele melhor do que meu pai foi pra mim, e ser melhor e não deixar ele passar por dificuldade, mas fazer ele valorizar cada coisa que ele tem. Não procurei, não é porque eu não tive que eu vou dar tudo pro meu filho, não. Eu vou dar, mas vou ensinar o valor que as coisas têm na vida. Eu também nunca falei eu não tive isso, não tive aquilo. Porque ele não é obrigado a sentir o que eu senti, nem passar pelo que eu passei pra aprender. Eu mostrei com amor pra ele, eu disse filho a gente passa por necessidades na vida, mas cada dia é uma conquista, cada dia é uma luta, e é isso. Então, por isso que eu digo, com tudo o que a gente falou aqui, a gente fala muito de escolha, a gente não corre muito, não orienta, não fala pro paciente, faz isso, faz aquilo, olha isso é melhor, ele não escolhe. A gente não se frustra, não é porque nem sempre ele escolhe o que é melhor pra ele? Mas a gente coloca a disposição, olha o melhor pra você seria isso, eu oriento, faça a sua dieta, tome os seus remédios, vá no grupo de alongamento. Ele escolhe. Quando você vai lá o cara está descompensado, ele não fez a dieta, não foi no grupo de alongamento e não tomou o remédio.

ACS 03: Na última avaliação a Fabiana falou que eu naturalizo muito as coisas, porque eu penso assim, você corre tanto atrás do paciente pra ele fazer uma coisa que ele sozinho deveria fazer. A saúde não é sua? Logicamente eu ganho pra fazer isso, pra ir lá, pra orientar, pra correr atrás dele. Mas chega uma hora que a gente fica frustrada, de que a pessoa não fez o que ela deveria fazer. Então, por isso que é um trabalho ingrato, porque você tem que correr atrás do outro, pra fazer uma coisa que é ele que tem que fazer. Muitas vezes a gente recebe xingo, a pessoa te esnoba, a pessoa diz que você enche o saco. Você vê a pessoa dentro de casa, você grita, grita, grita e a pessoa não sai pra te atender. Então você correr atrás da saúde de outra pessoa que não está nem aí pra ela mesma. Você tem que conscientizar ela de que ela precisa daquilo. Dizer, olha você precisa tomar o seu remédio, você tem que tomar seu remédio nesse horário, você precisa colher o papa, tal dia tem o papa, vai e não foi, daí você vai lá de novo, olha você precisa colher o papa, tal dia tem o papa, vai, todo mês a mesma coisa. Aí acaba sendo um trabalho que a gente chama de trabalho ingrato, porque você tem que fazer pelo outro o que ele mesmo deveria se conscientizar de fazer, sem ninguém estar atrás dele toda semana, a cada quinze dias a cada mês.

ACS 01: Então, aí que cabe a escolha.

ACS 03: Mas isso também bom porque se não tivesse essas pessoas, nós não teríamos esse emprego, mas também é uma coisa que frustra a gente, a pessoa não quer cuidar dela mesmo. Você está ali orientando a pessoa, tentando ajudar a pessoa, mas ele não acorda.

Ana Luisa: Entendi.

ACS 05: Entendeu agora?

ACS 01: Aí que a gente fica com diabetes, com asma, compressão alta, com cardiopatias. Aí que a gente se frustra.

ACS 05: A gente tem escolha, a gente poderia ter escolhido ser igual, mas não escolhemos ser.

Fabiana: Será que todo mundo tem escolha?

ACS 05: Eu acho que sim, porque a vida da gente, a gente é quem decide.

ACS 03: Em algum momento ela teve.

ACS 01: É o livre arbítrio, talvez não sempre, mas em algum momento tem que tomar um caminho por onde você quer percorrer, a não ser que você seja condicionado a isso.

ACS 05: Eu podia ser uma mulher que vivesse apanhando do marido, porque meu primeiro noivo, quando eu tinha dezoito anos eu fui noiva com um rapaz, que ele era super agressivo, ele me batia, ele me quebrava a cara. Eu ia trabalhar com o olho roxo. Eu escolhi ficar com ele? Fiquei com ele, agüentei ele até o dia que eu cheguei e falei, eu não quero isso pra minha vida, se eu casar com você, antes de casar eu já estou sofrendo isso, se eu casar com você eu vou continuar sofrendo e eu não quero. Ele me perseguia, eu larguei ele e ele me perseguia. Ele ia atrás de mim no meu trabalho, era um inferno a minha vida, mas eu fui firme na minha decisão. Eu falei eu não volto, não quero, some da minha vida, desaparece, eu falei eu vou dar parte de você se você não sumir. Ai um dia ele chegou em mim e falou, eu ou me atirar de cima da ponte, e eu falei, se atira. Vou me jogar de baixo de uma carreta, eu falei, se joga, a escolha é sua, eu não volto mais pra ti, não volto e não voltei. Eu poderia ser igual a essas mulheres, que ficam sofrendo violência em casa, eu poderia ser uma delas, mas eu escolhi não ter isso na minha vida, eu escolhi estudar, lógico que eu não pude fazer uma faculdade, mas eu fui até onde eu consegui, que foi estudar até o ensino médio, e depois construir uma família. Trabalhei desde novinha, constituí uma família com uma outra pessoa que também não foi as mil maravilhas. Todo mundo aqui sabe que o que eu passei com o meu esposo, que era alcoólatra, amputado e alcoólatra. Tinha a perna amputada e bebia demais, de chegar em casa a ponto de quebrar a porta, só não batia em mim, porque eu não dava moleza não. Se ele viesse eu batia nele, e eu bati mesmo. Ai um dia também, eu cansada dele eu falei, chega eu não agüento mais, você vai procurar o seu rumo, eu vou procurar o meu. Ai eu fui na delegacia fiz um boletim de ocorrência. Ai pronto, resolveu, o boletim de ocorrência foi um santo remédio. Ai ele pegou, saiu de casa por uma semana, não agüentou viver na casa dos outros porque parente é uma coisa enquanto você não está lá, quando você passa a viver junto é diferente. Parente dizem que não é aderente. Ai uma semana depois ele voltou. Voltou pra casa dizendo que ia mudar. Eu falei, tudo bem, se você for mudar realmente você pode voltar e ficar, agora se você não mudar pode levar a sua vida adiante que eu vou viver a minha com os meus dois filhos, eu trabalho. Eu tinha uma criança que era doente, pequenininha, que tinha problema sério de pulmão, ficava internado no hospital, ficava entubado. Ai minha vida era mais dentro do hospital. Trabalhava de dia e ficava a noite no hospital. Eu ia querer um homem pra quê? Ele era aposentado por invalidez, aposentado e alcoólatra. Não, não preciso disso. Ai ele escolheu que também, ele teve a escolha dele. Eu falei, você tem duas opções, ou você vai viver a vida como você quer viver, ou você se ajeita e vai viver com a sua família. Ai ele escolheu viver com a família dele e hoje a gente está bem, graças a Deus. Vamos casar agora, dia onze de maio. Mas eu poderia ser igual aquelas mulheres que sofrem, sofrem, sofrem e que não tomam a decisão nunca. Eu escolhi ser diferente e tenho dois filhos. Tenho uma filha na fase da adolescência que é um amor de pessoa. A educação que eu tive, que graças a Deus a minha mãe me deu uma boa educação, ela não me deu tudo que ela podia me dar, mas educação ela me deu, meu pai também. O que eles me passaram eu passo pros meus filhos e aí vai. Por isso que a gente é diferente dessas mulheres.

ACS 03: Eu queria fazer uma pergunta, que eu não sei: a maioria das mulheres que apanham do marido são mulheres que não trabalham ou é impressão minha?

ACS 02: Não.

ACS 04: Não, tem mulheres que trabalham fora.

ACS 01: Trabalham, sustentam o marido e ainda apanha. Era a mulher do meu parente, ela era assim, até o dia que ela escolheu ir embora e largar ele. Ele não trabalhava, ela chegava e ele dava uma surra nela todo dia, fazia ela obrigada ainda até o dia que ela resolveu ir embora. Ela decidiu ir embora e hoje ela vive muito bem, casou de novo, o outro marido dela assumiu a filha que ele não assumiu, criou, teve o segundo filho, fez faculdade, fez a segunda faculdade que ela tem e ela tem quarenta e dois anos. Quer dizer, ela ficou um ano com ele e ela decidiu parar com aquele sofrimento. No primeiro dia de casada, ela casou de tarde, de noite ela levou um soco dele. No outro dia ela foi trabalhar com a cara inchada, e ela escolheu ir embora e viver a vida dela.

Ana Luisa: Tá, pra esse grupo, a palavra é escolha?

ACS 01: Isso.

Ana Luisa: É que vocês estão me confundindo.

ACS 05: Aqui a gente já falou até de si, já desabafou.

ACS 01: Cada uma falou o que estava sentindo.

ACS 04: É que a gente ainda não falou o que ela quer ouvir.

Ana Luisa: Não, não. Eu não estou aqui pra ouvir só o que eu quero ouvir, aliás, eu não sei nem o que eu quero ouvir. Eu estou querendo ouvir o que vocês têm a dizer. Mas veja a nossa situação, a Fabiana quer fazer uma conversa sobre o trabalho de agente comunitário de saúde na saúde mental. Ela tinha uma hipótese, vamos dizer assim, ela tinha uma hipótese que vocês fazem coisas, coisas que são importantes e que essas coisas ficam sem nome, sem reconhecimento, é isso? Sem nome e sem reconhecimento. Eu estou pondo aqui pra gente não perder a linha de raciocínio. O que eu escuto aqui? Que vocês fazem escolhas, tanto no trabalho, quanto na vida.

ACS 1: E que o resultado do nosso trabalho depende da escolha do outro. É principalmente isso. A gente corre muito e que se o outro não escolher correr junto não adianta, se ele não decidir, não optar. Por isso que a escolha é a palavra.

ACS 05: Ai é onde entra a frustração da gente, porque às vezes a gente corre tanto pelo outro e aí a gente se decepciona porque vê que o outro não está correndo consigo mesmo.

ACS 01: E pela falta, muitas vezes da definição do nosso trabalho, pela falta da nossa qualificação profissional, quanto ao nível de instrumentalização pra que traga informações: olha você faz isso, isso e aquilo. Como a gente só teve o primeiro módulo de técnico e no caso seriam três, faltou o restante. Acaba que a gente fica um pouco sem identidade, que cabe nisso que a Fabiana colocou aí. Um pouco sem identidade a gente vai fazendo muita coisa ao mesmo tempo, não consegue abraçar tudo, não consegue direcionar porque não foi qualificada pra isso e entra em sofrimento justamente porque não tem a técnica de avaliar o que é meu, o que não é, até onde eu vou, o que eu faço, o que eu não faço, não é verdade? Que até hoje, lá no serviço, quantas de nós fez o curso, que está no serviço? Umas seis?

Ana Luisa: Ah, tá. Agora tá. Agora fez. Essa aqui é a hipótese da Fabiana, certo? Que faz coisas importantes e que falta reconhecimento, talvez da equipe de trabalho de vocês, essa é a hipótese da Fabiana, que a equipe não valida, não reconhece.

ACS 05: Não só a equipe, o próprio paciente.

Ana Luisa: Mas agora tem uma outra hipótese, a hipótese que é da ACS 01. A hipótese da ACS 1 é que se eu tiver formação eu terei identidade e reconhecimento, essa é a sua hipótese.

ACS 01: Justamente, essa é a minha hipótese. Porque o agente comunitário às vezes é visto como Office Boy.

Ana Luisa: Por que o que nós estamos falando aqui? Nós estamos falando de alguém que tem formação, que é a Fabiana, que tem uma hipótese. E nós estamos falando de alguém sem formação cuja hipótese é absolutamente diferente. Com formação e sem formação. Está certo?

Fabiana: Não sei. Vamos pensando.

Ana Luisa: Quem tem formação acha que o que vocês fazem tem um sentido, tem uma lógica, mas não tem reconhecimento e não tem algo que vocês tenham propriedade daquilo que estão fazendo.

ACS 01: tenham uma identidade.

Ana Luisa: Não. Quem olha de fora fala assim, fazem coisas, mas parece que não conseguem dar nome para aquilo que estão fazendo. Vocês estão falando pra mim, eu sei, eu escolho fazer coisas, o problema é que eu faço a partir das minhas escolhas e o outro não acompanha e não faz as melhores escolhas. Vocês estão falando pra mim, eu sei o que eu estou fazendo, vocês estão falando isso pra mim ou não?

ACS 01: A gente consegue reconhecer sim.

Ana Luisa: Vocês sabem o que vocês estão fazendo?

ACS 01: De acordo com a dinâmica do trabalho, a gente consegue reconhecer, agora a gente não consegue disseminar isso. A gente não consegue ampliar e direcionar isso, por quê? Porque quando eu, agente comunitária, decido fazer alguma coisa com relação às coisas que eu aprendi, do que é e do que não é pra eu fazer é uma coisa. Quando o profissional que compõe a equipe e os outros profissionais não conseguem identificar isso é outra. Porque até hoje tem enfermeira que entra e não sabe qual é o trabalho do agente comunitário, entendeu? Não sabe. Ela chega a entrar em impasse com a gente, mandando fazer coisas que não é pra fazer. Como a gente acabou de ter uma discussão lá, que eu fui inclusive, eu que fui que falei junto, me reuni com as meninas, as meninas decidiram... posso ser porta-voz? Posso. E tivemos que entrar numa discussão, amparado por lei, com parâmetro legal, com relação a atribuição do agente comunitário, levantamos toda a documentação e mostramos, isso não é o nosso ofício, sabe? Se não fosse isso, se nós não tivéssemos tido essa capacitação técnica, a gente jamais saberia, e nós estaríamos fazendo, desenvolvendo uma atribuição que não seria a nossa, fazendo a de outro profissional e sem poder desenvolver a nossa. Ou seja, a gente não ia ser respaldada com respeito a aquilo lá. Mas a gente teve mecanismo legal, pra discutir com base lá nas atribuições, na lei tal, no artigo tal. Mas se a gente não tivesse tido o curso técnico, a gente não saberia. É disso que a gente está falando.

Ana Luisa: Tá. Você está falando de uma coisa que é a legalidade. E a Fabiana está falando de uma coisa que é habilidade Vamos almoçar?

Transcrição de 03 de Maio de 2013 - Tarde

Ana Luisa: Então o que vocês estão dizendo que o trabalho que é adoeceador é menos o trabalho, porque é duro, o trabalho é terrível, é uma miséria, é desumano, mas isso dá pra fazer, isso vai lá e faz, com ajuda, sem ajuda, com a equipe. É dura, mas é possível de fazer e se dá um jeito. O problema é que esse trabalho ainda não tem esse reconhecimento.

ACS 01: Não tem esse reconhecimento e porque a falta da compreensão de quanto é complexo o trabalho do agente comunitário, faz com que muitas vezes a gente não se sinta tão respaldado quanto seria, pela insegurança de não saber se o outro sabe qual é o seu papel e se o outro valoriza o que você faz ou não. Às vezes a gente é responsabilizado por coisas que não são nossas, isso acontece muito. É isso que traz o sofrimento, porque se você vai num caso e você vê que o caso é difícil e você faz todo esse processo que é trazer pra discutir, trazer pra defender o seu caso, pra mostrar como que é a realidade daquele caso e você for ouvido e valorizado em tudo que você fez, é uma coisa, você dorme tranquilo e você fala eu dividi a carga. Porque cuidar de um outro, de um ser humano é muito difícil, é muita responsabilidade com a vida das pessoas, que é o que a gente faz, diariamente, mas a gente sabendo que o colega de trabalho, que a equipe, que o programa entende que eu fui lá e fiz tudo o que eu era capaz de fazer e fiz até um pouco mais, talvez eu durma mais tranquila. Mas eu ficar pensando, será que eles viram que eu fiz tudo isso. As cobranças vêm mais do que o reconhecimento. É difícil alguém dizer pra você, nossa você fez, você conseguiu fazer isso, bacana. Não... mas você fez o que? Não, vai lá ver isso pra mim... quer dizer é complicado sim, eu acho que isso aí que você está falando é bem importante mesmo. A gente ter a nossa identidade, a gente ter esse reconhecimento de saber até onde a gente vai, até onde a gente é capaz de fazer, o que é pertinente ser feito, a gente consegue e é por isso que a gente luta. Que a gente não quer ficar em balcão, que a gente não quer ficar em coleta, que a gente não quer ficar fazendo o trabalho do outro. Não porque se o outro precisar da gente a gente não vai estar lá pra apoiar. Como apoiadores sim, mas eu preciso ter o tempo de fazer o meu trabalho, pra que eu possa dormir melhor, porque se eu for tirada da minha atribuição eu vou deixar de cumprir com o meu ofício, eu vou estar responsável por aquilo que eu deixei de fazer. Aí é que cabe aquela questão do meu direito de exercer o meu papel... pra que eu estou aqui? Pra ser agente comunitário, me deixe fazer o meu trabalho. Por isso que a gente briga muito, a gente briga muito. Então, ultimamente a gente tem realmente levantado a bandeira de fazer o nosso trabalho e algumas questões que fogem a isso a gente não... Como apoiadores e colaboradores sim, porque a gente é uma equipe, mas que seja uma exceção da regra, que não vire regra essa exceção, entendeu. Todo mundo concorda?

ACS 05: Sim...

(todas acenam que sim)

Ana Luisa: Se tivesse um horizonte pra onde como agente comunitário de saúde do ponto de vista do trabalho, profissional, até onde vocês iriam?

ACS 01: Até concluir o trabalho, se dependesse da gente.

Ana Luisa: Desculpe, eu não formulei direito. Em termos da regulamentação da profissão.

ACS 01: Bom em termos de regulamentação, eu até hoje me pergunto porque o governo mandou seis meses de módulo de técnico, sendo que a gente teria que fazer três. Nós já deveríamos estar capacitadas tecnicamente pra ser agente comunitária. A gente que fez o primeiro módulo ainda temos essa capacidade de lutar, de desenvolver nosso trabalho melhor e de lutar por desenvolver ele melhor, de acordo com as nossas atribuições porque a gente teve uma base que foi seis meses de curso, o primeiro módulo, os outros dois não veio até hoje que era pra gente fazer três, não é ACS 05? Noventa por cento dos agentes não tem curso de agente comunitário de saúde. Porque eu digo isso até por nós mesmo, pelo tanto de gente que tem na sala de ACSs que fez, que já não está mais aí. Digo por aqui mais ou menos, uns oitenta por cento não teve essa base de estudo, o estudo de agente comunitário de saúde, o técnico do primeiro módulo que trouxe conhecimento pra nós.

Ana Luisa: Então, um horizonte é uma formação teórica mais consistente?

ACS 01: É, eu acho que é isso aí.

Ana Luisa: Que outros? Um horizonte é, pra ser agente comunitário tem que ter uma capacitação teórica, uma formação técnica. Isso caracteriza a profissão, a formação.

ACS 05: E a profissão ser respeitada,

Ana Luisa: Como que a profissão pode ser respeitada?

ACS 05: Sabe por que eu falo? Porque ainda existe diferença, quando tem um a pessoa de avental branco e uma de azul. A de azul pode estar falando o que for, aí o de avental branco chega, a de azul deixa de ser atenção e a de avental branco passa a ter aquela atenção. As pessoas não tem respeito, muitas vezes, pelo nosso trabalho, pela nossa profissão. Porque a gente não tem estudo, entendeu? E quem tem um avental branco geralmente tem um estudo melhor, capacitação profissional, fez lá uma faculdade, essas pessoas tem um pouco de, um respeito maior.

ACS 01: Isso tanto é verdade que recentemente nós brigamos pelo direito de fazer nosso trabalho e não fazer o do colega, porque queriam por escalas pra nós. A profissional, não vou dizer quem, a profissional de avental branco chegou e disse, eu tenho curso disso e daquilo outro e formação disso e daquilo outro, estudei tantos anos, eu sei o que eu estou falando. Eu falei, pois eu não tenho curso, eu estudei seis meses de agente comunitário, estou com o documento aqui na sua frente e sei o que eu estou falando.

ACS 05: Entendeu, aí a gente não deve nunca se sentir por baixo do outro porque ele tem uma, graças a Deus ele teve oportunidade de estudar. E nós tivemos oportunidade de estudar, de chegar até aqui onde nós estamos. A gente não deve nunca se sentir por baixo do outro por ele ter uma capacitação melhor do que a nossa, tem que ter respeito, tem que ter o seu valor.

ACS 1: Cada profissional tem o seu valor, a gente valoriza o enfermeiro, valoriza o auxiliar e a gente quer ter o nosso valor, só que o que a gente percebeu é que as pessoas valorizam um certificado quando a base do trabalho do Programa Saúde da Família é o agente comunitário, e ainda assim, que cinquenta por cento da demanda de tudo o que acontece, pra desenvolver o trabalho do Programa Saúde da Família é através do trabalho do agente comunitário, mas nem dez por cento é reconhecido.

Ana Luisa: E vocês?

ACS 03: É isso mesmo. Bom, quando ela fala muito da parte sobre o curso que ela teve, eu não tive esse curso, então a parte de legislação, muitos dos agentes só sabe porque a Ana fala com base com o que ela teve no curso. Então a gente concorda com o que ela disse. Mas o que ela disse também tem razão. Você pode estar falando a coisa certa, mas se um avental branco, tanto faz se é um auxiliar, um enfermeiro ou um médico chegar e disser que não está certo, não está certo, você faz o seu trabalho certo, mas se ele disser que não está certo, vai vigorar o que ele disse, que não está certo, pela credibilidade que o avental branco passa.

ACS 05: A gente não pode deixar as pessoas humilharem a gente porque a gente não fez um curso, não tem uma graduação. As pessoas tem que aprender a ter respeito com a gente também, da mesma maneira que a gente respeita eles. Eu não admito se eu estiver lá na sala da diretora, conversando com ela, um médico ou uma enfermeira venha falar na minha frente e ela dar atenção, eu falo na cara dela, eu estou falando com você. Um dia desses eu fiz isso com um auxiliar administrativo, "ah, porque a enfermeira chegou", eu falei, a enfermeira é mais importante do que eu? Não é, do jeito que ela é ser humano eu também sou e eu estava na frente, você vai terminar de falar comigo e depois você fala com ela, falei bem assim pra ela. De lá pra cá ela ficou de cara feia, por mim pode ficar, eu não estou nem aí.

ACS 01: Por isso que eu aperto muito a tecla com respeito a questão do nosso curso e capacitação profissional técnica, porque? Porque a gente não pode abrir a boca pra falar, que você não está respaldado pra colocar ali. A gente se respaldou através do documento norteador com relação a atribuição do agente comunitário, onde tinha lei, artigo, um monte de documentação que provava o que a gente estava falando. Porque se a gente não provasse o que a gente estava falando a gente ia rodar. O que fez a gente lutar pelos direitos da gente? Foi saber e conhecer quais eram eles. Então a gente era tipo analfabeto. Tipo aqui está escrito tal coisa, segue isso, mandava a gente seguir e a gente seguia porque a gente não sabia o que estava fazendo. Olha aqui está escrito pra você tomar tal remédio, toma! Mas eu não sabia se era aquele remédio mesmo que eu tinha que tomar. A partir do momento que a gente fez o técnico lá a gente conseguiu através do documento, através do curso, da realidade do que é o papel do agente comunitário no programa, foi que a gente conseguiu lutar e reivindicar nosso direito. Agora porque será que o governo não manda o restante do nosso curso? Será que a clareza de saber o nosso papel traria esse tipo de situação de você estar reivindicando, de você estar desenvolvendo melhor o seu trabalho, mas muito mais reivindicando quais são os seus direitos enquanto profissional, e deveres enquanto profissional. É muito melhor um profissional estar leigo, onde eu posso direcionar onde ele vai fazer, o que ele vai fazer ou não, do que ele estar esclarecido e dizer eu não vai fazer porque não é obrigação dele, não, ele tem que fazer isso eu sei que ele tem que fazer isso. O que a gente conhece, aquilo que passa a ser conhecimento nosso é nossa responsabilidade. Então a partir do momento que eu sei onde eu devo pisar e não piso naquele lugar e vou pisar onde eu não devo eu me responsabilizo. Mas eu sei que eu não devo pisar ali, porque eu tenho um documento que prova e que diz que eu não devo pisar ali. Aí eu não tenho como dizer não.

Ana Luisa: Tem uma política obviamente que, a estratégia saúde da família tem uma intencionalidade, quando você vai no programa lá no começo na década de noventa. Obviamente que é produzir esses intelectuais orgânicos que eu estou falando, pra ser intelectual orgânico você tem que ter apropriação daquilo que você está fazendo, tem que saber das coisas, o problema não é ACS 01, que agente sabe, é que a política local depende do gestor local. Então não adianta o ministério criar o programa pronto, ter as estratégias de capacitação, de formação, de qualificação das pessoas e o município não fazer. Então é óbvio que a gestão passada não tinha o menor compromisso em instrumentalizar os trabalhadores, não só os agentes comunitários de saúde, nenhum trabalhador foi capacitado durante gestão do Kassab. Isso é público, notório, não tem um compromisso de melhorar a capacitação dos trabalhadores pra melhorar a assistência prestada, acho que é isso, acho que não, a despeito de ter uma política ministerial que incentiva, que paga. O ministério dá o dinheiro pra formar os profissionais da rede, mas se o município se habilita, não se alinha ao ministério. Então eu acho que você fala dessa dimensão da política local, da capacitação como uma estratégia de empoderamento de apropriação e de reconhecimento, é isso?