

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Faculdade de Medicina**  
**Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**

Geraldina da Costa Ribeiro Matos

**TRABALHO E SAÚDE:**  
**A perspectiva dos Agentes de Combate a Endemias de Belo Horizonte**

Belo Horizonte  
2017

Geraldina da Costa Ribeiro Matos

**TRABALHO E SAÚDE:**

**A perspectiva dos Agentes de Combate a Endemias de Belo Horizonte**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção de título de mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

**Área de Concentração:** Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

**Linha de pesquisa:** Promoção de saúde e suas bases: Cidadania, Trabalho e Ambiente.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Andréa Maria Silveira

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Jandira Maciel da Silva

Belo Horizonte

2017

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor:**

Prof. Jaime Arturo Ramírez

### **Vice-Reitora:**

Prof<sup>a</sup>. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação:

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa:

Prof<sup>a</sup>. Adelina Martha dos Reis

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor da Faculdade de Medicina:**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

### **Vice-Diretor da Faculdade de Medicina:**

Prof. Humberto José Alves

### **Coordenador do Centro de Pós-Graduação:**

Prof<sup>a</sup>. Luiz Armando Cunha de Marco

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:**

Prof. Antônio Tomaz Gonzaga da Matta Machado

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

### **Coordenadora:**

Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

### **Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**

Prof<sup>a</sup>. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof<sup>a</sup>. Cristiane de Freitas Cunha

Prof<sup>a</sup>. Eliane Dias Gontijo

Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

Prof<sup>a</sup>. Efigênia Ferreira e Ferreira

Prof<sup>a</sup>. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Representante Discente: Maria Beatriz de Oliveira

Suplente: Marcos Vinícius da Silva

BELO HORIZONTE

Maio/2017



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**TRABALHO E SAÚDE: A perspectiva dos Agentes de Combate a Endemias de Belo Horizonte**

### GERALDINA DA COSTA RIBEIRO MATOS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 18 de maio de 2017, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Andrea Maria Silveira - Orientador  
UFMG

Prof(a). Jandira Maçel da Silva  
UFMG

Prof(a). Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro  
UFMG

Prof(a). José Newton Garcia de Araújo  
PUC - MG

Belo Horizonte, 18 de maio de 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Andréa Maria Silveira, pelo apoio, disponibilidade e confiança.

Ao Luciano, pelo carinho e compreensão no decorrer deste percurso.

À minha querida Letícia, pelo amor incondicional.

Aos meus amigos do NASF, por estarem ao meu lado sempre.

Às minhas Gerentes, Inêz e Romilda, pela confiança, disponibilidade e parceria.

À minha amiga Crisane Rossetti, por toda sua generosidade, apoio e incentivo.

Aos professores do mestrado, preciosa contribuição à nossa formação.

À professora Elza, que nos inspira a buscar sempre o melhor de nós e dos outros.

À professora Jandira, por sua contribuição na pesquisa.

Aos agentes de combate às endemias que se disponibilizaram a participar da  
pesquisa.

E a todos que contribuíram para a realização deste estudo.

## **APRESENTAÇÃO**

O presente trabalho constitui Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gérias, na linha de pesquisa Promoção de Saúde e suas Bases: Cidadania, Trabalho e Ambiente. É apresentado no formato artigo científico, conforme estabelecido no regulamento do Programa de Pós-Graduação, no seu Capítulo VII, art. 43.

Está estruturado em duas partes: a primeira consta da revisão da literatura e metodologia. A revisão de literatura discute os conceitos de trabalho, saúde e atividade sob a ótica da Psicossociologia e da Clínica da Atividade, teorias que têm como foco de estudo a relação entre trabalho e subjetividade. Aborda também o contexto de trabalho do Agente de Combate a Endemias. Recupera a história das políticas públicas de controle de zoonoses e discute a organização do trabalho do serviço de zoonoses no município de Belo Horizonte. São apresentados também os aspectos do trabalho do Agente de Combate a Endemias a partir da revisão de outras investigações sobre o tema.

A segunda parte é constituída pelo artigo que apresenta os resultados e as discussões do estudo qualitativo, cujos dados empíricos foram coletados por meio da análise de documentos e de grupos focais.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar e compreender a percepção do Agente de Combate a Endemias (ACE) acerca do seu contexto de trabalho, com enfoque na relação entre o trabalho e a saúde, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG). Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, sob o aporte teórico das Clínicas do Trabalho, com ênfase na Psicossociologia e Clínica da Atividade. Os procedimentos metodológicos adotados foram pesquisa bibliográfica, documental e grupo focal. A análise de dados baseou-se na análise de conteúdo de Bardin (1977). A pesquisa evidenciou que os profissionais percebem que o serviço de zoonoses não está integrado efetivamente na área saúde. Esta seria uma das causas da precariedade das condições de trabalho, do sentimento de invisibilidade e da marginalização simbólica e concreta relatada pelos profissionais. Os ACE reconhecem os riscos à saúde a que estão expostos, com destaque para as diversas formas de violência e falta de equipamentos de segurança. Recorrendo às estratégias de resistência face à organização do trabalho, estes profissionais constroem alternativas criativas na defesa do trabalho bem feito e da preservação da saúde no trabalho.

**Palavras-chave:** Agente de combate a endemias. Saúde do trabalhador.

## **ABSTRACT**

The purpose of this study was to understand the perception of the Endemic Diseases Combat Agents about their work context, mainly focusing the relationship between work and health, within the Municipal Health Department of Belo Horizonte. This is a qualitative study, under the theoretical contribution of the Work Clinics, with emphasis on Psychosociology and Clinic of Activity. The methodological procedures were bibliographic search, document analysis and focus group. The analysis of the data was based on the Bardin's content analysis (1977). The study showed that the professionals realize that the zoonosis service is not effectively integrated in health units. This not-belonging is one of the causes of the precarious working conditions, the feeling of invisibility and the symbolic and concrete marginalization reported by the professionals. The Endemic Diseases Combat Agents recognize the risks to which they are exposed, highlighting the various forms of violence and lack of adequate equipment. Given the organization of the work, they use strategies of resistance and build creative alternatives in order to defend the good work and for preservation of health at work.

**Keywords:** Endemic Diseases Combat Agents. Workers' Health



## LISTA DE SIGLAS

ACEI .....	Agente de Combate a Endemias
ACEII .....	Encarregado
BCMRI .....	Bonificação por Cumprimento de Metas e Resultados
CONASS ....	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS .....	Conferência Nacional de Saúde
CLT .....	Consolidação das Leis de Trabalho
DPCAS .....	Departamento de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde
DNC .....	Doença de Notificação Compulsória
FUNASA ....	Fundação Nacional de Saúde
GGTE .....	Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
GGTRE .....	Gerência de Gestão do Trabalho Regional
GERPEC .....	Gerência de Registro de Pessoal Celetista
GERCZO ....	Gerência de Controle de Zoonoses
GVSI .....	Gerência de Vigilância em Saúde e Informação
SMSA .....	Secretaria Municipal de Saúde
NASF .....	Núcleo de Acompanhamento Sociofuncional
OMS .....	Organização Mundial de Saúde
OIT .....	Organização Internacional do Trabalho
PNAB .....	Política Nacional de Atenção Básica
PSF .....	Programa de Saúde da Família
PDCA .....	Planejamento, Desenvolvimento, Checagem e Ação
PA .....	Ponto de Apoio
SUS .....	Sistema Único de Saúde
UBS .....	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	OBJETIVOS.....	16
3.1	Objetivo geral.....	16
3.2	Objetivos específicos.....	16
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
4.1	Conceito do trabalho.....	17
4.2	Trabalho e saúde.....	20
4.3	Trabalho, atividade e saúde.....	25
4.4	Construção das políticas públicas de controle de zoonoses e os aspectos do trabalho do agente de combate a endemias – entre o passado e o presente.....	31
4.4.1	O SUS – contexto de trabalho do ACE.....	33
4.4.2	Os riscos presentes na atividade do ACE – breve descrição da literatura.....	35
4.4.2.1	Fatores de risco químicos.....	38
4.4.2.2	Fatores de risco ergonômicos.....	38
4.4.2.3	Fatores de risco psicossociais.....	39
4.4.2.4	Fatores de risco físicos.....	40
4.4.2.5	Fatores de risco biológicos.....	40
4.4.2.6	Fatores de risco de acidentes.....	41
4.5	A organização do serviço de zoonoses em Belo Horizonte.....	42
4.5.1	Atenção básica – dados epidemiológicos de Belo Horizonte.....	50
5	METODOLOGIA.....	54
5.1	Primeira etapa - revisão bibliográfica narrativa.....	54
5.2	Segunda etapa – análise de documentos.....	54
5.3	Terceira etapa - grupo focal.....	56
5.4	Análise de dados.....	58
5.5	Aspectos éticos.....	59

	REFERÊNCIAS .....	60
6	ARTIGO DE RESULTADOS.....	64
	APÊNDICE A - TEMÁRIO GRUPO FOCAL.....	99
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	101
	ANEXO A - COEP/UFMG .....	103
	ANEXO B - COEP/SMSA.....	104

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho constitui o elemento estruturante da sociedade, ocupa lugar central na vida do homem, além de ser um dos principais instrumentos através do qual o sujeito relaciona-se com o seu meio social. Clot (2006) ressalta que o trabalho é um processo criativo e construtivo, por meio do qual o sujeito se desenvolve e se reafirma.

No entanto, o trabalho não está isento de contradições. Enriquez (2014) observa que a produção, principal fonte de sustentação da sociedade capitalista, tem sufocado as possibilidades de criação e que a alienação nunca foi tão intensa. O autor afirma que o “culto a *performance* e a urgência estão reinando, os coletivos estão se rompendo, o estresse profissional e até mesmo o assédio se tornam uma realidade cotidiana” (p.172).

A Organização Internacional do Trabalho apresenta um cenário preocupante no que se refere à relação trabalho e saúde. Segundo o relatório publicado em 2013, estima-se que cerca de 2,34 milhões de pessoas morrem todos os anos em decorrência de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho. O documento destaca ainda que, embora alguns riscos tradicionais tenham diminuído em virtude de uma melhor regulamentação e dos avanços tecnológicos, estes ainda estão presentes nos contextos laborais e convivem com novos riscos suscitados pelas novas tecnologias e novas formas de organização do trabalho voltadas ao aumento da produtividade, dentre os quais se destacam os riscos psicossociais (ORGANIZAÇÃO..., 2013).

A exigência do cumprimento de metas, resultados e indicadores, dissociados da oferta de condições de trabalho adequados, é cada vez mais comum nas organizações privadas e públicas, inclusive nos serviços de saúde. Oliveira (2002) destaca que a organização das ações de controle de endemias apresenta forte tendência a gestão verticalizada, com estabelecimento de metas objetivas e quantificáveis. Além disso, atualmente as novas doenças associadas ao *Aedes aegypti* constituem o maior desafio das autoridades sanitárias, o que gera intensificação das ações e maior expectativa em relação ao desempenho do serviço de zoonoses.

O controle de endemias é objeto de discussões permanentes na mídia e nos serviços de saúde, já que as zoonoses estão entre os mais frequentes riscos à saúde aos quais a população está exposta, o que contrasta com a invisibilidade do agente de combate a endemias no seu contexto de trabalho. Segundo Costa (2004), a invisibilidade pode ser pensada como um fenômeno intersubjetivo, caracterizado pelo desaparecimento psicossocial de um homem no meio de outros homens e aparece como um reflexo da sociedade em que vivemos, na qual predomina a relação de coisificação das relações sociais.

O Agente de Combate às Endemias I (ACE I)<sup>1</sup> exerce ações de vigilância, prevenção, controle de doenças e promoção da saúde, tendo como cenário de intervenção o ambiente em que as pessoas residem, com todas as questões do cotidiano das comunidades, como a violência e as situações de vulnerabilidade que perpassam as condições de vida da população. Apesar da importância do agente de combate a endemias no enfrentamento das novas e velhas doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*, os estudos acerca das condições de vida e saúde destes profissionais são incipientes (NOBRE, 2012).

O objetivo desta pesquisa foi identificar e compreender a percepção dos Agentes de Combate a Endemias I, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sobre o seu contexto de trabalho, com enfoque na relação entre trabalho e saúde. Foram discutidos os conceitos de trabalho, atividade e saúde. A revisão de literatura aborda o conceito de trabalho e saúde na perspectiva das clínicas do trabalho, especialmente sob a ótica da Psicossociologia e da Clínica da Atividade. Neste sentido, busca-se estabelecer um diálogo com o conceito de saúde desenvolvido por Canguilhem (2007), com o qual as clínicas do trabalho se identificam, trazendo uma reflexão sobre a relação trabalho e saúde a partir do capitalismo. Procura-se também fazer uma articulação entre as teorias das clínicas do trabalho acerca do conceito de atividade, via de transformação do trabalho prescrito e de produção de sentido no trabalho.

Faz-se um breve resgate da história das políticas públicas de controle de zoonoses, identificando pontos de convergência e de ruptura entre o passado e o presente no contexto de trabalho do ACE. Busca-se compreender os avanços e

---

<sup>1</sup> Agente de Combate a Endemias I (ACE I) exerce as atividades operacionais de controle de zoonose nos territórios (SMSA, 2009).

desafios embutidos nas relações de trabalho destes profissionais, como a forma de contratação, de gestão, de organização do trabalho, assim como os riscos à saúde descritos em outros estudos.

Por último aborda-se a organização do trabalho do ACE no município de Belo Horizonte, sua história, sua estrutura e o processo de descentralização e inserção nos serviços de saúde.

Os resultados e as discussões da pesquisa serão apresentados na forma de um artigo de resultados.

## 2 JUSTIFICATIVA

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte tem em torno de 1.070 Agentes de Controle de Endemias, distribuídos nas nove regionais do município. Para gestão e planejamento da cidade, Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas regionais, que coincidem com nove distritos sanitários<sup>2</sup> (BELO HORIZONTE, SMSA, 2008).

Segundo a Gerência de Registro de Pessoal Celetista (GERPEC) há muitos processos na Corregedoria Geral envolvendo o ACE, por conta de conflitos com os gestores. Há registros de rotatividade, absenteísmo, registros de afastamentos por licenças e recomendações médicas. Em 2015, 52% dos profissionais estiveram afastados do trabalho por adoecimento, pela Perícia Médica da Prefeitura de Belo Horizonte, totalizando 6.301 dias de ausência do trabalho naquele ano (BELO HORIZONTE, SMSA, 2015). Atualmente, 11% dos profissionais têm recomendação médica, que restringe parcialmente ou integralmente o exercício das atribuições do cargo.

A pesquisadora trabalha na Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SMSA/BH, exercendo sua atividade no Núcleo de Acompanhamento Sócio Funcional (NASF) desde 2007. O NASF realiza o acompanhamento do trabalhador individualmente ou coletivamente, em situações que envolvem algum tipo de sofrimento, adoecimento físico ou psíquico, conflito ou violência. A necessidade e o aumento da demanda de acompanhamento sócio funcional dos trabalhadores do serviço de zoonoses foram muito discutidos na Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (GGTE) no último ano. E em 2016, o adoecimento do ACE I foi definido como prioridade por todas as Gerências de Gestão do Trabalho Distritais em reunião de planejamento das ações da GGTE.

Estes dados apontam para a necessidade de aproximação das condições reais de trabalho desta categoria. A falta de compreensão acerca do cotidiano de trabalho no serviço de zoonoses reduz as ações da GGTE, restringindo-as, muitas vezes, a transferências de local de trabalho.

---

<sup>2</sup> Distrito Sanitário Barreiro, Venda Nova, Noroeste, Nordeste, Centro Sul, Oeste, Leste, Norte, Pampulha.

Estudo com profissionais da área da saúde têm demonstrado que estes profissionais são particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico e estresse devido ao trabalho, apontando para a necessidade de se criar dispositivos institucionais para o seu cuidado. Tais dispositivos começam pela criação de espaços de fala e escuta (GUIDA et al., 2012). Compreender o trabalho real no serviço de zoonoses amplia o olhar da instituição para esse trabalhador e oportuniza reflexões acerca do fazer dessa categoria.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Identificar e compreender a percepção dos ACE acerca do seu contexto de trabalho, com enfoque na relação entre trabalho e a saúde, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a. Descrever o contexto de trabalho do ACE; atividade e condições de trabalho<sup>3</sup>.
- b. Compreender a percepção do ACE acerca da organização do processo de trabalho e dos riscos a sua saúde.

---

<sup>3</sup> As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho (17.1.1, NR17, 1990).

---

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 Conceito do trabalho

A palavra trabalho vem do termo latino *tripalium*, um instrumento de tortura do exército romano. Na antiguidade, as ideias sobre trabalho mais referenciadas são aquelas associadas ao pensamento de Platão e Aristóteles, que exaltavam a ociosidade. A filosofia clássica caracterizava o trabalho como degradante, inferior e desgastante, restrito aos escravos e associado às atividades braçais ou manuais (DRUMOND, 2002).

Porém, o trabalho ao longo dos séculos, passou a ter um valor fortemente positivo. Essa mudança na concepção do sentido do trabalho foi revelada por alguns teóricos. Para Jacob (1995, p. 2) a mudança de sentido em relação ao trabalho é identificada em um curto período, porém resulta de uma evolução lenta, sobre a qual o pensamento econômico teve um papel significativo.

Assim, por seu trabalho, os homens são reconhecidos como parte da sociedade e do fim do século XVIII até hoje, esse pertencimento pelo trabalho é reforçado. Mas foi preciso convencer os homens a trabalhar e são os textos ditos econômicos que desenvolvem os argumentos para apresentar o trabalho como útil e necessário a sociedade. Jacob (1995) revê a história e os textos em que aparece a reconstrução do valor social do trabalho. A autora cita Colbert, Domat, Montesquieu, teóricos que escreviam sobre o estímulo para o trabalho e a defesa que os homens só trabalhariam obrigados pela necessidade.

Para Jacob (1995), a economia para fazer o trabalho produzir, construiu uma moral social pela necessidade de sobrevivência, para depois persuadir os homens a produzir mais, para além das necessidades de sobrevivência.

Lafargue (1883 citado por JACOB, 1995) refere ao trabalho na era capitalista como:

O trabalho é a causa de toda degenerescência intelectual, de toda deformação orgânica [...] olhai o nobre selvagem que os missionários do comércio e os comerciantes da religião ainda não corromperam com o cristianismo, a sífilis e o dogma do trabalho (p.7).

Jacob (1995) afirma que a concepção de trabalho imposta pela economia superou os objetivos da mesma ao ponto de não ter trabalho para todos. A autora evidencia ainda: “se o trabalho se transformou na trama do tecido social, o não trabalho é doravante a fonte primeira de sua desintegração (p.8).”

A mudança na concepção do sentido do trabalho no século XVIII foi revelada por Enriquez (1999). O autor também faz uma análise crítica ao discurso de valorização do trabalho ao afirmar que:

Neste momento [...] justamente porque a indústria se desenvolve, começou-se a perceber que os homens não somente sofrem sua história, mas também podem produzir sua história. E para produzi-la, é preciso também produzir economia. O trabalho, que não era tido em alta consideração [...] de repente passou a ser valorizado, porque se transformou num símbolo de liberdade do homem, para transformar a natureza, transformar as coisas e a sociedade (p.70).

A relação entre o homem e o trabalho, vista sob a sua dimensão transformadora, foi introduzida por Marx (1973, p.297), que afirmou:

Antes de tudo o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu intercambio com a Natureza. [...]. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modifica-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.

Ao afirmar que o trabalho cria o homem, e, por força da dialética, que o homem cria a si mesmo pelo trabalho, Marx provoca uma reavaliação do trabalho, que até então fora uma atividade desprezada, conferindo-lhe novo status. Marx é uma das referências na construção do conceito de trabalho. O trabalho ocupa um lugar central no pensamento marxiano, concebido como a categoria fundante do ser social (MARX, 1973; ZANELLI et al., 2004).

Para Marx, sem atividade não há trabalho e não há vida. Marx introduz o princípio da intencionalidade como elemento de distinção entre o trabalho humano e o trabalho animal ao dizer da diferença entre o pior arquiteto e da melhor abelha, trazendo a questão da subjetividade no trabalho.

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início

---

deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto, idealmente (MARX, 1973, p.298).

No entanto, Marx destaca a dualidade no que se refere ao trabalho, entendido como instrumento de desenvolvimento e de alienação, ato de humanização e de sujeição, revelando as contradições do sistema capitalista (MARX, 1844/2007 citado por LHUILIER, 2014). Outros autores contemporâneos corroboram a afirmação de Marx quanto à face de alienação do trabalho. Zanelli (2004), por exemplo, entende que quando uma forma de organizar o trabalho tenta eliminar a intencionalidade humana ou as suas capacidades cognitivas, a instituição está tentando descaracterizar o próprio trabalho em uma condição humana central. O autor faz uma referência ao mito de Sísifo, o homem que foi condenado a empurrar eternamente montanha acima uma rocha que, pelo seu próprio peso, rolava de volta tão logo atingisse o cume é considerado o símbolo do trabalho inútil (CAMUS, 1989; ZANELLI et al., 2004). Segundo a interpretação de Camus (1989), o desespero de Sísifo não está na subida, mas na descida, momento em que Sísifo é confrontado com sua sina, ao trabalho inútil. O que poderíamos dizer hoje do trabalho esvaziado de sentido, alienado. A comparação reflete as contradições que permeiam o trabalho, que perpassa um espaço de criação e transformação, mas também de sofrimento e adoecimento. É o paradoxo que encerra o trabalho: sua combinação com precarização, com adoecimento e sofrimento dos sujeitos. Na perspectiva de que a relação entre trabalho e adoecimento não constitui um problema individual, mas um problema de saúde pública que atinge as pessoas e que cresce a cada dia (DRUMOND, 2002).

Freud ([1920/1922]1996) teoriza sobre a questão do trabalho na economia psíquica. Destaca a importância do trabalho e das relações sociais que dele originam, enquanto possibilidade de transferência dos componentes psíquicos agressivos, narcísicos e libidinais através da sublimação. Assim, trabalhar pode ser fonte de prazer quando está a serviço da criação e da descoberta, da inventividade. No entanto, Freud destaca que esse prazer em relação ao trabalho é para poucos, apenas para aqueles que não trabalham exclusivamente pela remuneração. Para o autor, a grande maioria dos homens trabalha somente pela pressão da necessidade.

Lhuillier (2013) ressalta que a concepção de trabalho associado ao sofrimento evoluiu, mas uma dimensão de limitação, pressão e constrangimento

perdura até hoje, através da noção de esforço: não existe trabalho sem que a atividade se apoie sobre uma mobilização de energia, uma tensão em direção ao objetivo. A autora destaca ainda que o trabalho é “fundamentalmente social”, sendo assim, é realizado com os outros, para os outros, ele é subordinado a um objetivo coletivo, organizado, gerido o que o torna objeto de enfrentamentos e conflitos, evidenciando neste sentido, a concepção de trabalho como fundamento da construção do sujeito e das unidades sociais (p.486).

Lhuillier (2013) destaca que apesar do caráter fortemente econômico que predomina na história do sentido do trabalho, é um equívoco equacioná-lo ao emprego ou assalariamento. Segundo a autora, o trabalho tem uma função social essencial que permite a interação com os outros, inclusão e identidade. “O trabalho não nasce com uma economia de mercado, que faz dele uma entidade abstrata, independente de seu conteúdo e concebido como uma mercadoria de troca por um salário” (p.487).

O trabalho tem uma função psicológica para o sujeito, através do trabalho o sujeito se envolve em outra história que não a sua, contribui para outra causa que não seja só se preocupar consigo mesmo. A psicologia do trabalho vem se debruçando sobre a questão do sofrimento no trabalho, numa dupla perspectiva: questionando as inscrições sociais que o produzem, como os modos de organização e divisão do trabalho e as respostas psíquicas que imprimem no trabalhador. Sendo assim, não associam o sofrimento, exclusivamente, às características individuais do trabalhador, mas à interface entre este sujeito e o campo social no qual está inserido (BENDASSOLI, 2011; CLOT, 2010).

## **4.2 Trabalho e saúde**

Estudos recentes apontam expressivo aumento nas patologias relacionadas ao trabalho, principalmente as associadas aos distúrbios psicológicos. Estima-se que os transtornos mentais e comportamentais sejam as principais causas de afastamentos por adoecimento do trabalho no Brasil, sendo menores somente que casos de afastamentos por contusões e lesões por esforços repetitivos (CHIAVEGATO FILHO, 2015).

Os danos à saúde mental do trabalhador são reconhecidos pelo Ministério da Saúde. A classificação - “Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionado ao Trabalho” faz referência aos fatores de risco relativos à organização do trabalho tais como: ritmo de trabalho, trabalho penoso, má adaptação ao horário de trabalho, e outros (SOUZA, 2013).

A forma como o trabalho afeta a saúde do trabalhador é abordada em muitos estudos a partir de vertentes teóricas diferentes, já que o trabalho é objeto de muitos e ambíguos significados e/ou sentidos. A relação entre o trabalho e a saúde nem sempre foi foco de atenção, mas cada vez mais essa relação é tema de reflexão no campo da Saúde do Trabalhador, principalmente com o surgimento do capitalismo, que consolida uma mudança mais visível na organização do trabalho.

Foucault (1979) afirma que no capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas o contrário. Nas palavras do autor:

O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista (p. 80).

Brant e Minayo-Gomes (2004) recuperam os conceitos de Foucault, afirmando que na gestão do trabalho pós-industrial, a disciplina como técnica de exercício do poder não tem mais só a função de controlar os gestos e os corpos, mas o também o pensamento, a criação e as manifestações do sofrimento.

Com o advento do capitalismo e da instalação de uma nova ordem econômica, foram criadas novas normas, novos padrões de vida e de normalidade. A produtividade passou a ser indispensável para a manutenção da economia e para isso necessitava da preservação da saúde. O objetivo era normalizar o homem para produção, intervir sobre o indivíduo para mantê-lo normal e produzindo.

Em relação a essa imposição do normal, Canguilhem (2007) traz uma contribuição importante para refletir sobre o conceito de saúde e doença. Para Canguilhem (2007), a noção de saúde é definida como a busca pelo sentido ético-político, evidenciando a importância do significado e dos sentidos atribuídos pelos

---

indivíduos tanto à saúde, a doença, ao corpo, quanto ao trabalho e suas implicações. Nesse caso, a saúde não tem estatuto próprio e nem mesmo é uma condição definida biologicamente.

Nessa perspectiva, a saúde relaciona-se com a forma pela qual o sujeito interage com os eventos da vida. O limiar entre saúde e a doença é singular. Os contextos de vida influenciam cada um de forma diferente, por isso, os indivíduos expostos a uma mesma situação patogênica, terão efeitos diversos no processo saúde e doença.

Canguilhem (2007) afirma que a doença é uma instauração de novas normas de vida por uma redução do nível de atividade em relação com um meio novo, mas limitado. “A patologia é um sentimento de vida contrariada” (p.96). O autor observa que é a indiferença do sujeito diante de suas condições de vida e à qualidade de sua interação com o meio que é anormal. E exatamente a doença está presente no sujeito por ter deixado de ser normativo, ou seja, poder instaurar uma nova norma. “Quem passou pela experiência patológica instaurou em si outra maneira de existir, ele conserva vestígios da tempestade. Ao superá-la, ele está, ao mesmo tempo, aguerrido e fragilizado” (CLOT, 2010 p.113).

Para Canguilhem (2007), a saúde não se reduz a um discurso normativo, ela é, sobretudo, a possibilidade de normatividade pelo indivíduo. A saúde implica poder transgredir, produzir ou transformar e o patológico é a perda da capacidade normativa, a impossibilidade de mudança, a fixação e obediência irrestrita à norma.

Atualmente, os impasses para o desenvolvimento da capacidade de ação nas situações de trabalho têm sido bastante frequentes. Isso porque, em razão das reestruturações produtivas e dos novos formatos organizacionais, os quadros gerenciais têm se concentrado, sobretudo, na prescrição da subjetividade (CHIAVEGATO FILHO, 2015).

Nesse sentido, as abordagens das clínicas do trabalho preocupam-se com as diversas situações de vulnerabilidade no trabalho e com as diferentes manifestações do mal-estar pelos sujeitos e coletivos, as quais aparecem na forma de adoecimento físico, mental e psicossocial. Embora as clínicas do trabalho não reduzam a sua abordagem às questões envolvendo o sofrimento no trabalho, é

---

nesse campo que elas deixam uma contribuição mais significativa (BENDASSOLI, 2011).

Portanto, segundo Bendassoli (2011), um importante tema de pesquisa e intervenção das clínicas do trabalho são as manifestações de mal-estar e sofrimento no trabalho. O autor descreve três grupos de patologias identificados na literatura da área, os quais têm em sua origem, o aumento das exigências e demandas colocadas pelas organizações de trabalho aos sujeitos e a redução dos recursos pessoais e coletivos para o seu enfrentamento.

O primeiro grupo de patologias envolve as patologias da atividade, como os diversos quadros de transtornos músculo-esqueléticos, como também o estresse, a fadiga e as formas brandas ou graves de dissociações psicológicas. Bendassoli (2011) destaca que neste grupo, o aspecto mais patogênico diz respeito à atividade impedida. O autor coloca que a forma de organização do trabalho taylorista em que predomina a divisão entre planejamento e execução, permanece em diversos serviços na atualidade e pode ser campo propício a essas patologias (BENDASSOLI, 2011).

O segundo grupo abarca as patologias da solidão e da indeterminação no trabalho. A solidão ocorre devido à fragilização do ofício como coletividade, como as diversas modalidades de gestão com remuneração variável por desempenho individual. Nesse caso, a possibilidade de adoecimento acontece pela ruptura do coletivo de trabalho, o que Clot (2010) nomeia como gênero profissional, que nas palavras do autor é o instrumento coletivo da atividade, o que permite acesso aos recursos da história acumulada de um ofício. “Sem quadro de referência do coletivo, nem manutenção de uma história comum, a ação individual desregula-se no trabalho” (CLOT, 2006, p.20).

Clot (2010) refere-se ao ofício como uma arquitetura social que “pode adquirir uma função psíquica interna”. Esta arquitetura possui quatro dimensões: a pessoal, interpessoal, transpessoal e impessoal, que estão permanentemente em discordância criativa ou destrutiva, mas que mantém o ofício vivo, em movimento e em construção permanente (CLOT, 2010). A dimensão impessoal está embutida nas tarefas prescritas, diz respeito à tarefa, fluxos, normas. O ofício permeia também as relações interpessoais, nas trocas, no dissenso e nos diálogos que os profissionais



realizam sobre o real do trabalho, constituindo-se na dimensão interpessoal do ofício.

A dimensão transpessoal diz respeito ao gênero profissional. O gênero profissional é “o interlocutor profissional que, atravessando a atividade de cada um, coloca, justamente, cada um na interseção do passado e do presente”. Portanto, o coletivo de trabalho sustenta o trabalho coletivo (CLOT, 2010, p.169). As dimensões impessoal e transpessoal do ofício são instituídas pela atividade pessoal e interpessoal dos sujeitos. O enfraquecimento da história do gênero deixa o coletivo sem interlocução diante do real e constitui um risco à saúde do trabalhador, na medida em que produz o isolamento (CHIAVEGATO FILHO, 2015; CLOT, 2010).

O terceiro grupo de patologias associa-se aos maus-tratos e a violência no trabalho. Bendassoli (2011) afirma que pensa-se aqui nas diversas formas de assédio moral como também na exposição dos indivíduos a situações humilhantes ou ofensivas com as quais nem sempre consegue lidar. O sofrimento psíquico surge quando, neste contexto, os sujeitos são entregues a seus únicos recursos pessoais, que pela ausência de mediação coletiva, se encontram em assimetria de poder com a organização. Neste sentido, Enriquez (1997, p.73) assinala que “a experiência vivida nas instituições é a de um poder totalitário, mas que esconde a violência com toda uma série de cerimônias iniciáticas feitas para o bem do indivíduo”. Para o autor, as instituições revelam assim sua função: elas têm a função de mascarar os conflitos e as violências possíveis e de outra parte expressá-las.

Para Clot (2010), a saúde é um poder de agir sobre si e sobre o mundo, adquirido junto dos outros, mediada pela atividade de vida de cada um na relação com a atividade do outro. O autor afirma que para lutar contra as doenças no trabalho, não encontramos nada melhor que a saúde.

Não somos nada adaptados a viver em um contexto já dado. Somos feitos para fabricar contextos para nele vivermos. Uma vez que essa possibilidade esteja diminuída, e principalmente se ela desaparece de modo continuado, não vivemos, apenas sobrevivemos submetidos que estamos aos contextos profissionais, sem poder verdadeiramente nos reconhecer naquilo que fazemos. E não é raro que aí percamos a saúde antes mesmo de fazermos uma doença (CLOT, 2013, p. 5).

A clínica da atividade propõe que a luta contra as doenças do trabalho consiste menos em suprimir as doenças e mais em cuidar da saúde, ou seja,

---

“desenvolver entre as coisas relações que não surgiriam sem nós, que são o produto da atividade humana” (CLOT, 2013, p.5).

### **4.3 Trabalho, atividade e saúde**

O conceito de atividade tem sido utilizado na busca de compreensão do trabalho em sua dinâmica e em seu meio organizacional (BENDASSOLI, 2011). Esse conceito vem sendo pensado em várias abordagens da psicologia do trabalho. Neste estudo, utiliza-se o conceito de atividade abordado nas clínicas do trabalho, especialmente da psicossociologia e da clínica da atividade.

A ergonomia foi a primeira disciplina a trabalhar a concepção de trabalho prescrito e trabalho real ao reconhecer que o trabalho tem sempre duas faces distintas, uma relativa ao que é para ser feito – a tarefa e outra, relativa ao que se faz – a atividade (SOUZA, 2013). O trabalho prescrito refere-se às atribuições de um cargo, ao conjunto de condições e exigências presentes para a realização da tarefa e está diretamente associado às normas de organização do trabalho. Mas mesmo num trabalho caracterizado com regras e ritmos bem estabelecidos os trabalhadores têm que tomar decisões e controlar incidentes permanentemente, surgindo daí a definição de atividade. Assim, para a ergonomia, a atividade é a forma como é realizada a tarefa prescrita, é uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho, com os imprevistos, as dificuldades, isto é, as condições reais de trabalho.

Na concepção da ergologia, todo trabalho para existir é constituído a partir das normas antecedentes, que quando colocadas em prática, confrontadas com as variabilidades na realização das atividades, geram renormalizações. Trata-se de uma tentativa do homem ajustar o trabalho ao seu próprio meio, como uma apropriação, de acordo com o seu modo de estar em atividade (SCHWARTZ, 2000; SOUZA, 2013).

No hiato entre o que deve ser feito e o que é possível ser realizado, encontra-se a possibilidade da construção do sujeito e de sua identidade. O exercício profissional “confronta o indivíduo a algo como suas escolhas ou seus dramas” (SCHWARTZ, 2000, p.41). Para o autor, trabalhar envolve uma dramática do uso de si. O uso de si por si e o uso de si pelos outros. O uso de si por si refere-se as decisões que cada trabalhador toma diante das normas com as quais se

---

depara, confrontando-as e alterando-as, escolhendo, assumindo riscos, fazendo uso dos seus recursos singulares, como de sua inteligência, de sua história, de seus valores, buscando uma adequação a sua realidade. O uso de si pelos outros remete ao trabalho alienado, ao que foi prescrito, às exigências da instituição, do gestor. O sujeito está submetido a muitas exigências no trabalho, relacionadas ao tempo, à eficácia, produção que demandam dele um uso de si pelo outro (SCHWARTZ, 2000; 2006).

A expressão “uso de si” retrata a complexidade do humano, remetendo ao fato de que não há somente execução nessa dramática, mas um uso. Trata-se do sujeito sendo convocado em toda a sua subjetividade, com seus recursos, suas habilidades, mas também com suas motivações e desejos conscientes e inconscientes, com toda a mobilização que nenhum planejamento anterior do trabalho consegue prever. O uso de si por si mesmo remete a uma busca de realização de si no trabalho e sinaliza o encontro do singular e do social, não no sentido de adaptação ao que está posto, mas de construção (LHUILIER, 2013; SOUZA, 2013). Nas palavras de Lhuilier (2013), nesta perspectiva, pode se entender que a “questão do sofrimento ou do prazer no trabalho como aquela de um mau uso de si ou, inversamente, como um uso que satisfaz as exigências de afirmação de um EU, de uma identidade” (p.485).

A ideia de atividade para ergologia está associada a uma dimensão transformadora das situações de trabalho. A ergologia pode ser considerada uma abordagem do trabalho humano em situações reais, um jeito de melhor conhecer e de melhor intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las (SOUZA, 2013).

Para a psicossociologia, a “atividade é a colocação à prova das representações socialmente construídas, propondo uma definição de tarefas, visando a orientá-las e a normalizá-las” (LHUILIER, 2013, p.483). Para Lhuilier (2014), o trabalho real jamais corresponde exatamente ao que foi prescrito, a tarefa é sempre repensada, reorganizada, transformada, em função das questões concretas de trabalho e da singularidade de cada sujeito. Para a autora, a atividade é caracterizada pelo “duplo selo: a singularidade do modo como as ações se desenrolam e os sujeitos que delas se ocupam” (p.10).

---

A psicossociologia, tendo como uma de suas referências Gerard Mendel, aborda o conceito de “ato-poder”, que trata do poder do ato como poder de transformação da realidade e do poder sobre o ato, este último, remete ao poder que o autor dispõe, no sentido de ação mais “consciente e voluntária” (LHUILIER, 2014, p.10). Assim, a atividade refere-se ao que o sujeito se sente responsável, e que assume de acordo com seus valores.

Segundo Lhuilier (2014), a psicossociologia oferece um conjunto de recursos para os campos da investigação e ação, constituídos pela “articulação entre o campo social, condutas humanas e vida psíquica, com base nas instancias mediadoras entre o indivíduo e sociedade: o grupo, a organização e a instituição” (p.6). A psicossociologia enfatiza as dimensões relacionais das experiências profissionais. Interessa-se pela relação de poder no seio das organizações, envolvendo forças de dominação e resistência. Nas palavras de Lhuilier, “o sujeito não está somente engajado na intersubjetividade, ligado aos outros pelo imaginário e simbólico”, mas também por meio das “relações de transformação da realidade, uma via essencial de confrontação com o real” (p. 11).

A clínica da atividade compartilha com a psicossociologia e ergologia alguns pressupostos, um deles é o interesse central em ser instrumento de transformação dos contextos de trabalho. A clínica da atividade tem como objetivo contribuir para a ampliação do poder de agir daqueles que trabalham e acredita que somente as transformações que resultam da ação dos próprios trabalhadores permanecem.

A atividade é mais que a realização da tarefa, é o movimento de apropriação de um meio de vida pelo sujeito. Por esta razão, a clínica da atividade entende o trabalho como fonte permanente de recriação de novas formas de viver, e não somente a resposta às prescrições (CLOT, 2010).

Essa forma de pensar a atividade está presente no conceito de atividade construído por Canguilhem em que a atividade, em oposição à inércia, é uma disposição do sujeito para lidar com o meio e modificá-lo de acordo com seus próprios valores. Remete à afirmação da vida na sua dimensão dialética e criativa, não se limitando a uma adaptação ao já dado, às regras prescritas (BENDASSOLI, 2011).

---

Para viver o trabalho e dar sentido a ele, é preciso desenvolver sua atividade, seus objetos, instrumentos e destinatários, afetando a organização do trabalho por sua própria ação (CLOT, 2010). O autor alerta que o trabalho pode perder o sentido se a atividade do sujeito se vê amputada de seu poder de agir, isto é, quando os objetivos da ação a ser realizada estão desvinculados do que é realmente importante para o sujeito e outros objetivos, considerados válidos não podem ser realizados. O autor aponta que essa atividade impedida pode estar na raiz comum dos sofrimentos no trabalho.

O trabalho contemporâneo, organizado de forma a reduzir ao máximo o trabalho improdutivo e garantir a produtividade, atingir metas e indicadores no curto prazo, pode impedir muitas atividades profissionais. Segundo Clot (2010), a perda do sentido da atividade produz uma desvitalização da mesma e um desinteresse em fazê-la, tornando o que o autor chama de “psicologicamente artificial”. Mesmo a ação tendo sido realizada, as metas e resultados atingidos, podem deixar de ter qualquer significado para os sujeitos, cujo objeto e valor estão em outras ações que deveriam e/ou poderiam ser realizadas.

As tensões da atividade realizada e da atividade não realizada introduzem uma reflexão sobre o trabalho e a saúde quando remetem aos prejuízos que a atividade impedida pode representar para o trabalhador. A destituição do poder de agir afeta o sujeito, podendo levá-lo ao sofrimento. Souza (2013) conclui que a atividade impedida pode ser vista como um tipo de atividade intoxicada, envenenada, danosa à saúde de qualquer homem.

Muitas vezes, o trabalho real, aquele efetivamente realizado e os movimentos que os sujeitos fazem para realizar aquilo que não foi planejado são desconsiderados como parte do processo de trabalho. Essa invisibilidade implica no não reconhecimento daquilo que, efetivamente, os sujeitos fazem e as estratégias que desenvolvem para atingir as metas da produção, as interações necessárias, as ações de prudência e zelo e, sobretudo, os riscos aos quais os trabalhadores estão submetidos, entre eles, os conflitos e agressões (BENDASSOLI, 2011).

A atividade possui em si, um volume que excede sua realização, ou seja, no momento de agir é preciso decidir entre algumas ações concorrentes o que será feito. Em função disso pode-se dizer que surgem os conflitos do real, já que uma das ações será efetivamente realizada, mas as outras não desaparecem (o real da

atividade), de forma consciente ou inconsciente continuam afetando a ação, dando sentido à atividade (CHIAVEGATO FILHO, 2015; SOUZA, 2013).

Assim, entende-se que o real da atividade não perde o seu valor. Isto porque o estresse, a fadiga e o desgaste estão presentes mesmo naquilo que o profissional não consegue efetivamente realizar. As atividades excluídas, ocultas ou suspensas, não estão ausentes da vida do trabalho (CLOT, 2010; SOUZA, 2013).

Nesse contexto, a Clínica da Atividade aponta a necessidade de cuidar do trabalho para se obter avanços na saúde dos trabalhadores. A Clínica da atividade entende que a subjetividade é constituída pela e na atividade. “Cuidar do trabalho é transformar a sua organização, ou seja, criar situações e encontrar técnicas nas quais os trabalhadores sejam sujeitos da situação, fazendo-os protagonistas da transformação” (CHIAVEGATO FILHO, 2015, p.85).

Enriquez (1997) destaca que o pensamento inventivo é desejado e temido pelas organizações. Desejado no sentido de produção, temido porque pode ameaçar a ordem definida pela organização. O autor afirma que há um temor da organização em relação ao pensamento em seus aspectos inventivos e criativos. Nas palavras do autor, “o prazer da reflexão desinteressada, da faculdade de julgamento é considerado como inconveniente, porque permite questionar os valores em nome dos quais as decisões são tomadas assim como os modos de pensar dominantes” (p.87).

Para Lhuillier (2013, p.485), “quando o trabalho se faz não sem o desejo, mas contra ele, quando o peso das pressões é tal que não há nenhum espaço para o jogo da sublimação, acontece uma luta contra si”. Dentro desta perspectiva a autora aponta que uma das possibilidades, em face da falta de sentido advindo desse engessamento, é recorrer à inteligência “fundamentalmente transgressiva”, através da inovação, da criação, da “bricolagem”, sendo estas as maiores fontes de prazer e saúde no trabalho (p.485). Neste sentido, a autora reforça que mesmo que se achem meios e estratégias de prescrever o que é realmente praticado como tentam algumas formas de organização, os imprevistos não desaparecem e novas formas de fazer e ajustar as provas do real continuam existindo.

Enriquez (1997) assinala que os grupos em que se desenvolvem os sentimentos fraternais dentro das organizações são “reagrupamentos de produção e

de luta” (p.89). É porque tem de resolver conjuntamente os problemas de organização de seu trabalho, cujos aspectos diversos se dirigem reciprocamente, que os operários formam obrigatoriamente coletividades elementares que não são mencionadas no organograma de nenhuma empresa. É a partir da situação de produção que os trabalhadores se associam espontaneamente para resistir, se defender, lutar.

Rossetti (2016, p.122) afirma que “resistir é agir, no sentido da transformação, frente a um real que ameaça cercear e dominar o espaço subjetivo e intersubjetivo, sobre o qual incidem relações de poder e dominação”. O conceito de resistência no sentido mais genérico do termo significa força que se opõe à outra, que não cede (FERREIRA, 1999). No entanto, a resistência no trabalho é discutida por autores da psicossociologia que apontam o caráter ambíguo deste conceito. Segundo Lhuillier e Roche (2009 citado por ARAÚJO, 2014, p.33), a resistência remete a “negação e afirmação, conservação e criação, reatividade e atividade”. As resistências são constitutivas e inerentes às atividades de trabalho, manifestadas em grandes movimentos coletivos ou em atos menos visíveis, micro escolhas, transgressões e invenções para tornar o trabalho possível.

Enriquez (1997) também afirma que o espaço de luta não é privilégio dos sindicatos e não se restringe apenas aos movimentos explícitos, como as greves e manifestações. Mas a resistência está presente nas experiências e comportamentos nos grupos minoritários, no cotidiano do trabalho. O autor observa que as normas que emergem no grupo e que são vividas coletivamente não são outra coisa senão a expressão da luta cotidiana do trabalhador contra o que deseja a gestão fazer dele. Uma luta implícita que torna a reavivar os embates diários de todos os indivíduos submetidos ao sistema de dominação social. Essas lutas acontecem no cotidiano, que apela pela inventividade, a espontaneidade e ao dinamismo dos trabalhadores. Para Enriquez (1997) “a transgressão não só questiona de maneira virulenta as instituições e as condutas estabelecidas, mas propõe novas ideias, maneiras de ser inovadoras” (p.94).

#### **4.4 Construção das políticas públicas de controle de zoonoses e os aspectos do trabalho do agente de combate a endemias – entre o passado e o presente**

As zoonoses sempre estiveram presentes na história da humanidade, seja isoladamente ou como epidemia. Zoonoses são enfermidades transmitidas naturalmente dos animais ao homem. A incidência de zoonoses permanece alta em todos os países em desenvolvimento. A ocorrência destas doenças está relacionada, principalmente, ao modo pelo qual a sociedade se organiza política, econômica e culturalmente (OLIVEIRA, 2002). A autora assegura que a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução política, social e econômica da sociedade brasileira, não podendo dissociá-la da determinação da lógica do capitalismo. A dengue, por exemplo, é motivada pelo crescente aumento da população em aglomerados urbanos e pela falta de planejamento a partir de um plano diretor eficiente em cidades com grande industrialização, o que ocasiona deficiências de saneamento básico como água e esgoto, má captação do lixo doméstico e falta de reciclagem (RIBEIRO et al., 2013). Mesmo com a melhoria das condições socioeconômicas da população e o advento de vacinas e antimicrobianos ao longo do século XX, as doenças infecciosas são responsáveis anualmente por cerca de 10 milhões de óbitos no mundo e estão entre as principais causas de anos de vida perdidos (OLIVEIRA, 2002). Os países mais acometidos são aqueles denominados em desenvolvimento, que muitas vezes padecem simultaneamente de agravos transmissíveis, agravos crônicos não transmissíveis e causas externas, na denominada tripla carga de doença.

No Brasil, no início do século XX, a falta de um modelo sanitário deixava as pessoas expostas aos riscos das doenças e epidemias. Foi nesse cenário que o então presidente Rodrigues Alves, em 1903, nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento de Saúde Pública para erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro.

O movimento deu início às medidas de desinfecção e intervenções com forte característica militar, na qual o uso de força e autoridade foi considerado estratégia legítima. A reforma incluía a demolição das favelas e cortiços, expulsando seus moradores para as periferias, a criação das Brigadas Mata-Mosquitos, que



---

eram grupos de funcionários do serviço sanitário e policiais que invadiam as casas, matando os insetos encontrados. Essas medidas causaram revolta na população que começou a fazer ataques à cidade, destruir bondes, prédios, trens, lojas e bases policiais. Esse modelo de intervenção foi conhecido como campanhista e gerou um movimento de resistência que culminou em uma mobilização da população conhecida como a Revolta da Vacina, principalmente com a obrigatoriedade da vacinação antivaríola em todo território nacional (SEVCENKO, 2010).

Apesar das intervenções se basearem na premissa de que os fins justificam os meios e nas ações abusivas e autoritárias, o modelo campanhista obteve importantes resultados no controle das doenças e epidemias, o que fortaleceu essa concepção e a tornou predominante na área da saúde coletiva durante anos, repercutindo também na organização dos serviços até os dias atuais (SEVCENKO, 2010)

O modelo de sanitarismo campanhista foi muito utilizado no combate às endemias e epidemias pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), a qual foi incorporada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). A FUNASA era o órgão responsável pela contratação e treinamento dos agentes de combate a endemias, na época, chamados de guardas de endemias, agente sanitário ou, mata mosquito (BRASIL, 2000).

A FUNASA foi criada em meio a um contexto de transformações sociais, econômicas e políticas, instituída em 1991 para assumir todas as ações de combate e de controle às endemias e de saneamento público domiciliar do país. Durante os primeiros anos, a FUNASA desenvolveu suas atividades de forma centralizada e pouco regular. Foi um período em que se observou o desenvolvimento de intervenções pontuais, setoriais e desarticuladas (GUIDA et al., 2012).

Em 2000, através do Decreto 3.450, foi celebrado um convênio entre FUNASA, estados e municípios para que os profissionais que executavam as ações de controle de doenças transmitidas por vetores pudessem ser a eles cedidos (BRASIL, 2000). Foi o início da descentralização do controle de zoonoses para os estados e municípios e Distrito Federal. O profissional ficava vinculado a FUNASA, mas sob a gerência administrativa do órgão cessionário. Em 2006 foi criado o cargo de ACE através da lei 11.350. Após a implementação do processo de descentralização do controle das endemias, até então restrito à FUNASA, o

Ministério da Saúde vem investindo recursos e apoiando os municípios para implementação da rede.

Uma das iniciativas do Ministério da Saúde neste sentido foi a Portaria nº 1.007, publicada em 2010 que, definiu os critérios para regulamentar a incorporação do ACE na atenção primária visando fortalecer as ações de vigilância em saúde junto as Equipes de Saúde da Família. Esta portaria considerou a necessidade de integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica para consolidar a construção da integralidade na assistência, um dos princípios do SUS. A incorporação dos ACE nas equipes de saúde da família pressupõe ainda a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais dos Agentes Comunitários e dos ACE. A adesão a esta portaria é opcional e ocorrerá por decisão do gestor municipal, tendo inclusive incentivo financeiro para as equipes de Saúde da Família que incorporarem os ACE na sua composição. No entanto, mesmo com a determinação em lei, esse espaço de trabalho do ACE no SUS parece que ainda não está consolidado.

#### **4.4.1 O SUS – contexto de trabalho do ACE**

A Lei 11.350 determina que o exercício das atividades de Agente de Combate a Endemias dar-se exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi criado em 1988, definido pela Constituição e regulamentado em 1990 pela Lei 8.080, a qual propõe a sua forma de organização e funcionamento. O SUS é considerado uma grande conquista social, resultado de uma luta da base da sociedade que defendia a democratização da saúde e reestruturação do sistema de serviços, composta por estudantes, pesquisadores, universidade, profissionais, sindicatos, entidades comunitárias e sociedades científicas. O processo de criação do SUS fundamenta-se no conceito ampliado de saúde, em políticas de promoção de saúde, no imperativo da participação social na construção do sistema e na intersetorialidade (BRASIL, CONASS, 2007).

A conferência Nacional de Saúde (CNS), movimento crucial para a Reforma Sanitária, constituiu-se em um fórum de luta pela descentralização do sistema e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida, através de um sistema democrático e inclusivo. O relatório final elaborado na

---

conferência, um documento de referência na história do SUS traduz a sua essência: um sistema solidário, equânime, integral, universal e descentralizado. Destaca-se que o movimento da reforma sanitária para além de repensar a saúde, teve um caráter de redemocratização política e social (BRASIL, 2009).

O SUS, enquanto política pública estabelece as ações e os serviços públicos de saúde. A gestão tem como ator principal o Ministério da Saúde, sendo também compartilhada com estados, municípios e sociedade. O SUS é um sistema de saúde muito abrangente, a partir do qual, desenvolveram-se muitos projetos e políticas, tanto nos aspectos da recuperação da saúde, como nos de prevenção e promoção da saúde, através de uma estrutura concreta que inclui unidades de saúde, ambulatórios, hospitais, laboratórios, entre outros. Um dos principais programas desenvolvido no SUS é o Programa de Saúde da Família, na Atenção Básica, criada em 1994, a qual se integra as equipes de zoonoses (BRASIL, 2006; BRASIL, CONASS, 2007).

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, composta por equipes multiprofissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita de uma determinada área. As equipes de saúde da família (ESF) realizam ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2012)

Apesar da mobilização dos diferentes segmentos envolvidos na criação e na idealização desse sistema, criar condições e estrutura para seu funcionamento tem sido difícil, principalmente face às desigualdades socioeconômicas no Brasil e a influência do modelo neoliberal predominante. Após quase 30 anos da sua criação, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios e sua consolidação ainda enfrenta muitos desafios em todo o país. Dentre os principais desafios está o da universalização, do financiamento, do modelo institucional e da gestão do trabalho (CONASS, 2007). O relatório final da VII Conferência Nacional de Saúde já apontava que as limitações para o acesso à saúde como direito é “estrutural”, já que se vive numa sociedade na qual coexistem de forma naturalizada altas concentrações de renda e bolsões de pobreza, formas rudimentares de trabalho produtivo e a mais avançada tecnologia da economia capitalista.

Como afirma Merhy (2007, p.11)

[...] enfrentar com competência política as perspectivas neoliberais que têm hegemonizado a reforma institucional no plano das políticas sociais tem sido um desafio para o conjunto de participantes do processo de construção do SUS no Brasil.

Nada mais atual do que a observação do autor de que um dos temas mais discutidos atualmente é a defesa do SUS e um dos pontos mais problemáticos é o modo como são estruturados e gerenciados os processos de trabalho, nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde, “essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva” (MERHY, 2002, p.19).

Apesar das lacunas e das limitações na sua implantação, o SUS é um dos maiores programas de saúde pública do mundo e na prática, é a única possibilidade de atenção à saúde para mais de 140 milhões de brasileiros (BRASIL, CONASS, 2007).

#### **4.4.2 Os riscos presentes na atividade do ACE – breve descrição da literatura**

A definição de risco não é consenso entre as diferentes áreas que se ocupam do tema. Na economia e na engenharia industrial ele é definido como a probabilidade de ocorrência de um dano em um tempo ou número de ciclos operacionais. O risco nessa concepção assume uma característica externa e torna possível seu controle e redução a partir de uma intervenção programada sobre as condições objetivas (RANGEL, 1994).

Os estudos na área de saúde ocupacional denominam os fatores de risco como fatores ocupacionais, os quais se baseiam principalmente em análises matemáticas sobre as relações que estabelecem em torno dos riscos e que participam da determinação dos acidentes e doenças no trabalho. Mas no campo das ciências sociais, este conceito de risco é rejeitado por diversos autores, já que esta definição de risco privilegia algumas dimensões que são “apenas fragmentos de uma totalidade complexa”, sem considerar a dimensão política, econômica e ideológica. A epidemiologia também utiliza o conceito de risco pautado num modelo matemático. Outras abordagens introduzem elementos mais dinâmicos e procuram resgatar o caráter social da produção dos riscos, via estudos dos processos de trabalho. Um dos representantes dessa linha teórica é o modelo operário italiano,

difundido principalmente pelos estudos de Oddone et al. (1986). As definições do conceito de risco dentro destas abordagens tentam romper com a perspectiva de fatores isolados de seus determinantes sociais (RANGEL, 1994).

Rangel (1994), no campo das ciências sociais, assim como outros pesquisadores da área de engenharia ou ergonomia têm buscado outras abordagens para tratar a questão do risco em suas disciplinas. A autora defende uma discussão de risco enquanto fenômeno social. Os riscos de acidentes e doença em ambientes de trabalho podem ser percebidos de forma diferente pelos trabalhadores, que podem ir da negação até a ênfase. A autora ressalta que os riscos no trabalho podem ter significados com base não apenas econômicas, mas no conjunto de relações complexas que se dão no processo de trabalho. Para compreender os riscos nos locais de trabalho, é preciso levar em conta o processo de trabalho, considerando os aspectos de natureza política, econômica e ideológica envolvidos na organização destes, assim como a intersubjetividade dos profissionais. Rangel (1994, p.144) afirma que:

[...] O enfoque do risco como uma construção social possibilita análises ricas do processo saúde/doença, já que permite perceber e explicar as diferentes maneiras como os sujeitos se relacionam com as situações de risco nos locais de trabalho, valorizando as construções próprias das pessoas e dos grupos sociais.

Dessa forma, pode compreender o modo singular em que os sujeitos se vêm em situação de risco, como o reconhecem e como se protegem.

O ACE é a categoria profissional mais suscetível aos efeitos dos inseticidas nas campanhas antivetoriais, pois a exposição se dá desde o preparo do produto até a aplicação nas áreas intra ou peridomiciliares, onde absorvem esses produtos pelas vias dérmica e aérea. Fatores como a falta de equipamentos de proteção individual (EPI) ou desconhecimento da forma correta de manipulação de cada produto aumentam os riscos de intoxicação (NOBRE, 2012).

Segundo Lima et al. (2006), no Brasil, o efeito dos inseticidas sobre a saúde é bastante investigado entre os agricultores. Segundo os autores, vários estudos realizados internacionalmente e no Brasil apontam os efeitos nocivos dos agrotóxicos para os agricultores. Mas as grandes empresas do setor químico contestam as evidências das pesquisas, já que estas prejudicam a comercialização de seus produtos.

Os estudos em relação aos efeitos dos inseticidas sobre os ACE são escassos. Alguns estados têm desenvolvido manuais de orientação técnica junto aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSATS) para proteção da saúde dos ACE, mas as iniciativas ainda são incipientes. Conforme Lima et al. (2006), da década de 1980 até 2013 foram realizadas investigações sobre os níveis de organoclorados no sangue de servidores de Minas Gerais, Bahia, São Paulo e Mato Grosso, revelando concentrações, principalmente de DDT<sup>4</sup> acima dos níveis estabelecidos pela legislação de saúde ocupacional. A autora ressalta que um estudo realizado com profissionais expostos a organofosforados e a piretoídes, com o objetivo de avaliar as alterações auditivas periféricas, apontou que entre os expostos aos inseticidas houve 63,8% de perda auditiva.

O estado da Bahia, a partir de 2008, determinou a realização de exames de dosagem de atividade de colinesterase, com a finalidade de monitorar a situação de pós-exposição do ACE que manipula inseticida organofosforados e carbamatos. Verificou-se que “entre os agentes avaliados nos anos de 2009 e 2010, 0,37% e 0,53, respectivamente, de exames que apresentaram inibição da atividade da colinesterase plasmática, possivelmente em decorrência e exposição ocupacional aos produtos utilizados no trabalho de campo no controle de vetores responsáveis pelas endemias” (NOBRE, 2012, p.11).

Neste contexto, destacam-se os diversos fatores de riscos a que estão expostos os Agentes de Combate às Endemias (ACE), tais como os químicos, ergonômicos, sociais, físicos, biológicos e de acidentes, que podem agir ao mesmo tempo, expondo esses trabalhadores à possibilidade de desenvolver diversas doenças e agravos a sua saúde. Quanto às ações de monitoramento da saúde desses profissionais, até então têm sido incipientes, sem levar em conta os diversos riscos aos quais estão expostos, na maioria dos casos resumindo-se à dosagem da atividade da colinesterase sérica e ao fornecimento de equipamentos de proteção individual.

A partir de 2008, o Governo da Bahia, iniciou um movimento de desprecarização dos vínculos de trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde e do Agente de Combate a Endemias, visando desenvolvimento de ações de melhoria da

---

<sup>4</sup> O DDT sigla de diclorodifeniltricloroetano é o primeiro pesticida moderno, tendo sido largamente usado após a Segunda Guerra Mundial para o combate aos mosquitos vetores da malária e do tifo (LIMA, 2009).

gestão e do ambiente de trabalho e educação em saúde destes trabalhadores (NOBRE, 2012). Dentro desta perspectiva, foi feito um levantamento dos riscos que estes profissionais estavam expostos, descritos a seguir.

#### **4.4.2.1 Fatores de risco químicos**

São considerados fatores de risco químico “as diversas substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pelas vias respiratórias, dérmica ou oral, sob a forma de poeira, fumos, nevoas, neblinas, gases, vapores ou líquidos” (NOBRE, 2012, p.18). A exposição a esses fatores de risco pode ser decorrente da manipulação dos agentes químicos ou do meio ambiente por eles contaminado: água para consumo humano, ar atmosférico e solo. Os agrotóxicos estão entre os mais importantes fatores de risco para a saúde dos trabalhadores e para o meio ambiente. São utilizados em grande escala por vários setores produtivos, inclusive pelos serviços de saúde pública no combate às endemias.

Os agrotóxicos podem ser classificados quanto à ação, ao seu poder tóxico e ao grupo químico a que pertencem (NOBRE, 2012). Os agrotóxicos podem causar quadros de intoxicação aguda e crônica que poderão se manifestar de forma leve, moderada ou grave. Antes da aplicação de qualquer agrotóxico, faz-se necessário que o trabalhador conheça os efeitos que este possa causar à sua saúde e as medidas (coletivas e individuais) recomendadas para sua proteção, além de utilizar adequadamente os equipamentos de proteção individual.

#### **4.4.2.2 Fatores de risco ergonômicos**

As condições de trabalho devem ser adaptadas às características psicofisiológicas dos trabalhadores, a fim de evitar ou reduzir fatores de risco tais como: elevação dos membros superiores acima dos ombros; trabalho em pé com deslocamento de peso; flexão e extensão dos membros superiores e de tronco; agachamentos; esforço físico; sobrecarga de trabalho e pressão da chefia no cumprimento das tarefas. Os ACE estão expostos aos fatores ergonômicos nas seguintes situações: manuseio de equipamentos, aplicação de agrotóxicos e carregamento manual de peso. Em decorrência deste último, os agentes de saúde

---

podem apresentar desgaste nas estruturas osteoarticulares e músculo-tendinosas causado pelo peso da balança, entre outros, ocasionando agravos tais como hérnia de disco, lombalgias, tendinites.

#### **4.4.2.3 Fatores de risco psicossociais**

Segundo Neffa (2012), o termo psicossocial refere-se à interação entre vários fatores que provocam perturbações nos mecanismos psíquicos e mentais presentes no contexto de trabalho como as condições de trabalho, relações interpessoais com equipe, hierarquia, usuários, ou outras pessoas fora da empresa mas que atuam sobre ele como família, amigos, as violências dentro e fora das empresas.

Para Costa e Santos (2013), os riscos psicossociais estão atualmente sendo foco de interesse de várias disciplinas, justificado pelo seu aumento, mas também pelo aumento de sua visibilidade. Contribui para o recente e crescente interesse pelos riscos psicossociais, as alterações no conceito de saúde, “que remetem a algo global, conquistável e dependente de todos os aspectos da vivência do ser humano” (p.41). Os autores destacam também que os riscos psicossociais não são uma realidade da última década, mas que especialistas de psicopatologia do trabalho, desde o início dos anos 80, têm demonstrado as repercussões que as diferentes dimensões do uso da saúde na atividade de trabalho têm sobre a saúde mental dos trabalhadores, “sublinhando em particular os efeitos nocivos da falta de reconhecimento no trabalho, mas também os fortes constrangimentos de tempo” (p.42).

Rossetti e Araújo (2016, p.118) entendem que os riscos psicossociais incluem “aspectos relativos às condições e a organização do trabalho, aos modelos deletérios de gestão, bem como aos contextos sociais e ambientais que causam danos de tipo físico, social ou psicológico”. Os autores observam também que os riscos psicossociais podem estar na origem do absenteísmo, da alta rotatividade e de vários adoecimentos no trabalho, como o estresse, a depressão, abuso de drogas, as doenças osteomusculares. Estudo realizado por Oliveira (2002), na Bahia, revelou que os ACE estão expostos a muitos riscos, entre eles o risco



---

psicossocial no qual se destaca a precariedade do vínculo empregatício, assédio moral, isolamento e a sobrecarga de jornada, além da violência urbana e rural.

#### **4.4.2.4 Fatores de risco físicos**

Dentre os fatores de risco físicos, destacam-se aqueles que os agentes de saúde estão mais expostos: radiações não ionizantes (RNI), calor e umidade. Todos os trabalhadores envolvidos nas atividades de campo estão submetidos a longos períodos de exposição à radiação solar podendo causar os efeitos nocivos à saúde, a médio e longo prazo.

A prevenção de alterações de pele provenientes da exposição ocupacional crônica às radiações não ionizantes, principalmente a radiação ultravioleta (UV), baseia-se na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. Uma das medidas preventivas mais importantes é a limitação da exposição à luz UV e aos demais tipos de radiação, a fim de minimizar a exposição à radiação solar sobre a pele: mudança nos horários de trabalho em que a exposição à luz solar é mais intensa, diminuição do tempo de exposição e uso de EPI adequado à proteção da radiação (camisa de mangas compridas, calça comprida, chapéu com abas largas)

#### **4.4.2.5 Fatores de risco biológicos**

Consideram-se agentes biológicos os microrganismos, geneticamente modificados ou não, as culturas de células, os parasitas, as toxinas, os príons, os protozoários, os vírus, entre outros, que, ao interagirem com o organismo humano, podem resultar em doenças. Embora pouco registrado como tal, um problema de saúde muito comum entre os ACS e ACE são as doenças respiratórias causadas por ácaros, pólen, detritos de origem animal, bactérias e fungos. Além dessas, os trabalhadores, a partir do contato diário com a população ou com os vetores e reservatórios, podem adquirir doenças, transmissíveis ou não transmissíveis, endêmicas ou não, destacando-se a dengue, febre amarela, raiva, tuberculose, chagas e leishmaniose.

#### 4.4.2.6 Fatores de risco de acidentes

Os acidentes de trabalho são fenômenos determinados por uma série de fatores presentes nos ambientes de trabalho, nos quais estão implicados, além das características próprias dos processos produtivos, as formas de organização e de gestão do trabalho, os critérios de seleção de tecnologias, os julgamentos quanto à relação custo-benefício e as opções tomadas quanto à proteção da saúde dos trabalhadores. Esses acidentes podem ser considerados previsíveis e, portanto, preveníveis, dado que os fatores causais estão sempre presentes bem antes do desencadeamento da ocorrência. As atividades dos ACS e ACE os expõem a situações de risco de acidentes, podendo-se citar como principais: quedas de diferentes alturas, choque contra obstáculo, projeção de partículas, perfurações, cortes, contusões, ferimentos, ataques de cães, picadas de animais peçonhentos e de insetos. Não se pode deixar de citar as agressões interpessoais e os acidentes de trajeto, que vão desde atropelamentos, colisões e incêndio, bem como os assaltos. Os acidentes com animais peçonhentos podem ocorrer principalmente com ofídios, aracnídeos e escorpiões, podendo acontecer também com abelhas, vespas (maribondos), entre outros. Vale ressaltar, ainda, a ocorrência com outros animais como as mariposas. Algumas das fontes de contaminação a que os agentes de saúde estão expostos são as águas contaminadas existentes nas comunidades visitadas, devido a problemas de saneamento ambiental (NOBRE, 2012).

Um estudo feito pelo Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador (NUVAPT) de Campina Grande apontou que os Agentes de Combate a Endemias daquele município estavam expostos aos riscos psicossociais. Observou-se que a organização do trabalho deste profissional está pautada na produtividade, em relações interpessoais autoritárias, coibindo sua subjetividade e criatividade (LIMA, et al., 2006). A história das relações de trabalho do ACE aponta para fragilidade na identidade profissional, baixos salários, precário vínculo empregatício e más condições de trabalho (FRAGA, 2014).

A organização do processo de trabalho para o controle de endemias teve origem nas experiências dos serviços de saúde dos exércitos coloniais e no modelo biomédico para explicação das doenças. A concepção de ações com foco em vigiar, punir e controlar, presente no início do século, teve influências significativas nas

políticas de saúde de controle das zoonoses. A organização das ações de controle das endemias apresenta forte tendência à gestão verticalizada, com estabelecimento de metas objetivas e quantificáveis, priorizando estratégias instrumentalizadas nos mecanismos de controle e supervisão do trabalho do ACE para intensificação das ações (OLIVEIRA, 2002).

Além disso, um estudo realizado em 2012 relacionando trabalho e saúde do ACE no Rio de Janeiro apontou que estes profissionais, por trabalharem na rua, estão sujeitos a várias intempéries, convivendo diariamente com a violência urbana e seus diversos contornos, como o tráfico de drogas, agressões físicas e verbais durante as visitas. A violência urbana é um dos fatores que pode interferir na condição de saúde e qualidade de vida do ACE, potencializando o desenvolvimento de agravos psicológicos procedentes do medo e ansiedade do que pode ocorrer no campo (GUIDA et al., 2012).

#### **4.5 A organização do serviço de zoonoses em Belo Horizonte**

O controle de endemias no município de Belo Horizonte começou com uma parceria com a FUNASA, em que funcionários contratados pelo município eram treinados e trabalhavam sob a supervisão dos inspetores da FUNASA. Mas os primeiros registros que tratam do controle de zoonoses em Belo Horizonte, foram em 1943, com o Decreto 138, que tratava de preocupações com as posturas municipais.

Nesta época, o serviço de saúde compreendia: o serviço médico, que abrangia a assistência médica e hospitalar; o serviço veterinário municipal, composto pela Inspeção Sanitária Animal (serviço sanitário do matadouro e dos mercados) e Defesa Sanitária Animal (profilaxia antirrábica e assistência veterinária).

Em 1970, o Decreto nº 1.927 regulamentou a organização da Secretaria em três departamentos: Assistência, Medicina Preventiva e Fiscalização Sanitária. A partir dessa organização, instituiu-se o departamento de Fiscalização Sanitária, com uma Seção de Polícia Sanitária, a qual cabia participar dos trabalhos de controle das endemias no município. Em 1983, o Decreto 4.537 dispôs a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde em três órgãos e cinco departamentos: Planejamento, Administração e Finanças; Ações Básicas de Saúde; Controle de Zoonoses; Fiscalização Sanitária e Saúde Escolar. Em 1984, com a aprovação do

---

regimento interno da Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento de Controle de Zoonoses ficou com as seguintes atribuições: executar as atividades necessárias ao controle físico, químico e biológico das zoonoses; executar o controle da população de murinos, artrópodes e outros vetores, executar programas de erradicação da raiva, dentre outras (JARDIM et al., 1998).

De 1988 a 1990, a secretaria direcionou as discussões e decisões para o processo de municipalização e descentralização das ações de saúde, em consonância com a Constituição de 1988. Em 1990, a descentralização das atividades de controle de zoonoses se concretizou com o remanejamento dos profissionais do Departamento de Controle de Zoonoses para os Distritos Sanitários. O Serviço de Controle de Zoonoses foi reconhecido dentro do Departamento de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde (DPCAS), mas só foi incorporado a eles efetivamente em 1993. Neste ano, o serviço muda a forma de organização do processo de trabalho, passando a fazer um planejamento anual e os técnicos começam a se apropriar da informação gerada no campo (JARDIM et al., 1998).

Assim, o conhecimento acumulado pela FUNASA no controle de endemias foi absorvido pelo município, sendo discutido em todos os níveis. As rotinas de trabalho, os instrumentos de coleta e as metodologias propostas para o controle são revistos e adaptados à realidade do município. Em 1995 e 1996, os serviços de controle de zoonoses foram descentralizados para os Centros de Saúde, objetivando que os agentes de saúde trabalhassem com a população da área de abrangência.

Algumas mudanças na metodologia da FUNASA precisaram ser feitas, como as formuladas para as zonas rurais, impossíveis de serem incorporadas na íntegra para o município. Uma das primeiras mudanças foi a utilização dos mapas feitos pela FUNASA, que foi abolida e substituída pelos mapas já existentes na cidade. Mas a metodologia de identificação de quarteirões foi mantida. Em 1992, foi feito o primeiro levantamento de índices de *Aedes aegypti* realizado por profissionais contratados pelo município.

Jardim et al. (1998) destacam que o processo de descentralização enfrentou muitos desafios. Um deles foi o corporativismo.

[...] corporativismo é mais do que simples defesa dos interesses de classe, mas também um instrumento pelo qual o governo ameniza os conflitos internos, é fácil perceber por que instituições extremamente verticais, como a Fundação de Serviços de Saúde Pública e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, trabalharam de forma bastante hegemônica a ideia de um corpo funcional coeso, em que a corporação institucional funcionava como instrumento de consenso em complementação aos mecanismos coercitivos existentes (JARDIM et al., 1998, p.377).

Jardim et al. (1998) assinalam que, para as associações e os sindicatos que representavam os trabalhadores da FUNASA, defender alternativas que protegessem os trabalhadores e que fossem consoantes com os ideários do SUS era um desafio. Nas palavras dos autores,

Ao contrário do que se possa pensar, várias das propostas que nasceram dos debates e fóruns legítimos dos trabalhadores buscaram este caminho: incorporar a bandeira de luta do SUS pela massa de funcionários enquanto luta da classe (JARDIM et al., 1998, p.377).

Os autores destacam também outros problemas técnicos e políticos no processo de descentralização como o financiamento, decisão política e falta de preparo dos municípios.

O cargo de Agente Combate a Endemia foi criado em 2008 através da Lei 9.490. Até então, estes profissionais eram chamados de agentes de saúde, guardas de endemias, agente de controle de zoonoses. Atualmente as equipes de zoonoses são compostas pelos Agentes de Combate a Endemias I, Agente de Combate de Endemias II (encarregado). Em Belo Horizonte, os agentes são empregados públicos, regidos sob o regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e o Regime Geral de Previdência Social, mas existem ainda funcionários com vínculo estatutário, os que são nomeados como Agentes Sanitários e os contratados por contrato administrativo. Sendo assim, coexistem três formas de vínculo diferentes no serviço de zoonoses (SMSA, 2009).

O agente sanitário é servidor efetivo da SMSA/BH e seus direitos e deveres constam no estatuto do servidor. A partir de 2008, quando foi criado o cargo de agente de combate a endemias em Belo Horizonte, o vínculo com a instituição passou a ser celetista e o profissional é um empregado público. As diferenças entre Agente Sanitário, o ACE celetista e o profissional ACE contratado baseiam-se no salário e nos benefícios inerentes a cada vínculo, a atividade é a mesma. O Agente Sanitário cumpre carga horária de seis horas diárias de trabalho e tem plano de

carreira como qualquer outro servidor, tendo então mais benefícios ao longo da carreira. O ACE celetista tem que cumprir oito horas diárias de trabalho e não tem plano de carreira (BELO HORIZONTE, SMSA, 2009).

A inserção no cargo de ACE I celetista se dá por seleção pública. O cargo exige ensino fundamental completo e o processo seletivo prevê prova escrita, teste físico e aprovação no curso de capacitação com duração de oito horas.

São critérios para desligamento dos agentes de combate a endemias:

- a. prática de falta grave, entre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho;
- b. acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;
- c. necessidade de redução de quadro de pessoal por excesso de despesa, nos termos da Lei Federal nº 9.801, de 14 de junho de 1999;
- d. insuficiência de desempenho, conforme dispuser o regulamento da Lei 9.490/2008, que cria o cargo em Belo Horizonte;
- e. concorrer a cargo eletivo;
- f. desenvolver atividades político-partidária durante sua jornada de trabalho devidamente comprovada;
- g. ausentar-se do local de atuação sem prévia autorização do gerente e/ou enfermeira de equipe;
- h. negligenciar qualquer item relativo às suas atribuições, conforme previsto no edital de seleção;
- i. não ter conduta ética com os servidores e com usuários, de acordo com os critérios estabelecidos para a função do cargo;
- j. não manter sigilo profissional sobre as informações adquiridas no exercício da função (BELO HORIZONTE, SMSA, 2009)

O contrato administrativo é feito diretamente com a instituição, não tem processo seletivo, exige-se apenas o atestado de bons antecedentes. Podem ser demitidos a qualquer tempo. Aplica-se aos agentes de combate a endemias, no que for compatível com o regramento da CLT, o regime disciplinar previsto na Lei nº 7.169/96 e compete a Corregedora-Geral do Município coordenar e executar as atividades relativas à disciplina desses profissionais (Lei 9.490, 2008).

Está previsto que os exames periciais, admissionais, periódicos e demissionais dos Agentes de Combate a Endemias serão feitos sob a supervisão da

Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica da Secretaria Municipal Adjunta de Recursos Humanos, inclusive para fins da caracterização das atividades insalubres.

A perícia médica da PBH é responsável pelas licenças médicas correspondentes ao período de até 15 dias. Quando a incapacidade ultrapassar esse período, o profissional deverá ser encaminhado à perícia médica da Previdência Social (SMSA, 2009).

O profissional em auxílio doença, insusceptível de recuperação para atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade.

No edital do concurso as atribuições do Agente de Combate a Endemias I são:

- a. atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde;
- b. discernimento e execução das atividades dos programas de controle de zoonoses;
- c. pesquisa e coleta de vetores causadores de infecções e infestações;
- d. vistoria de imóveis e logradouros para eliminação de vetores causadores de infecções e infestações;
- e. remoção e/ou eliminação de recipientes com focos ou focos potenciais de vetores causadores de infecções e infestações;
- f. manuseio e operação de equipamentos para aplicação de larvicidas e inseticidas;
- g. aplicação de produtos químicos para controle e/ou combate de vetores causadores de infecções e infestações;
- h. execução de guarda, alimentação, captura, remoção, vacinação, coleta de sangue e eutanásia de animais;
- i. orientação aos cidadãos quanto à prevenção e tratamento de doenças transmitidas por vetores;
- j. participação em reuniões, capacitações técnicas e eventos de mobilização social;
- k. participação em ações de desenvolvimento das políticas de promoção da qualidade de vida

As diretrizes do serviço são dadas pela Gerência de Controle de Zoonoses, no nível central, vinculada a Gerência de Vigilância em Saúde e Informação, na Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, SMSA, 2009).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), para permitir a efetivação de uma nova consciência sanitária que vem sendo implantada no país, baseada na reivindicação da saúde como direito social, optou pela reorganização dos serviços de saúde em base territorial, através da definição de nove Distritos Sanitários (BELO HORIZONTE, SMSA, 2009). Cada Distrito Sanitário tem uma Gerência de Controle de Zoonoses (segundo nível), com coordenadores. Esses coordenadores são responsáveis por fazer o elo entre as orientações oriundas do nível central e os encarregados que ficam nas Unidades. Cada coordenador é responsável por aproximadamente duas unidades de saúde ou pontos de apoio de *leishmaniose* e tem como atribuições: planejar ações, supervisionar e acompanhar os resultados do trabalho do ACE em reuniões com os encarregados e Gerente de Unidade (BELO HORIZONTE, SMSA, 2009).

O trabalho dos agentes é organizado por agravo, dengue ou leishmaniose. Em Belo Horizonte, o controle de zoonoses iniciou suas atividades visando o controle do *Aedes aegypti*, vetor transmissor da dengue e Zika, e posteriormente incorporou o controle de *leishmaniose* e outros vetores. Os trabalhadores de zoonoses aprovados na seleção pública podem escolher exercer a função no programa de dengue (equipe fixa, atua em uma área de abrangência) ou no de leishmaniose (equipe volante, atua em diversas áreas de abrangência dentro de uma regional).

Os profissionais que trabalham no controle da dengue e outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* são lotados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e fazem parte da equipe de atenção primária daquela unidade. Os agentes que atuam no programa de dengue são subordinados ao encarregado e ao coordenador de zoonoses, que é um profissional de nível superior, normalmente biólogo ou veterinário, que fica no distrito sanitário correspondente, e ao gerente de zoonoses distrital. Além disso, é subordinado também ao gerente da unidade, principalmente administrativamente.

Os agentes do programa de *leishmaniose* visceral são subordinados ao encarregado, ao coordenador e ao gerente de zoonoses distrital. Estes profissionais



são lotados no Distrito Sanitário e ficam em Pontos de Apoio, que geralmente são casas alugadas pela Prefeitura ou espaços institucionais utilizados por outros setores como Centro de Referência de Assistência Social, Academia da Cidade.

A descentralização das operações de campo implicou na incorporação de novas atividades e serviços, o que por sua vez, determinou o desenvolvimento de novos modelos de organização de processo de trabalho adequados a cada caso particular, preservando as diretrizes gerais do SUS (BELO HORIZONTE, SMSA, 2009). Assim, cada área de zoneamento é vinculada a um ACEI ou um Agente Sanitário.

Para um grupo de oito a dez agentes haverá um ACE II ou um Encarregado, que é responsável pela equipe, que por sua vez é coordenado por um Técnico Superior de Saúde ou um Coordenador de área, este assumirá mais áreas de abrangência (BELO HORIZONTE, SMSA, 2009).

As atividades operacionais de campo da GERCZO são desenvolvidas no âmbito das áreas de abrangência referente a uma unidade básica, que é subdividida em zonas restritas, denominadas áreas de zoneamento, que correspondem à área de atuação e responsabilidade de um Agente de Combate a Endemias I (ACE I). Cada zona tem em média 1.000 imóveis.

O ACE trabalha por quarteirão. O quarteirão é a representação de determinado número de imóveis limitados por ruas, avenidas, rios, córregos, estradas, linhas férreas, e outras, totalmente circundadas ou não. Ao iniciar a visita em um quarteirão, o agente deverá seguir sempre pela direita mudando apenas quando concluí-lo. Os quarteirões se classificam em:

- a. regular: é aquele que pode ser circundado totalmente, ou seja, partindo-se de um ponto, retornasse ao mesmo;
- b. irregular: é aquele que não pode ser circundado totalmente.

O trabalho do ACE I é supervisionado diretamente pelo encarregado (ACEII). Segundo o manual de dengue que orienta o fazer destes profissionais a supervisão é um conjunto de atividades que visam avaliar os principais aspectos da operacionalização dos trabalhos desenvolvidos no campo. A supervisão é uma atividade que deve ser executada rotineiramente pelo ACEII/Encarregado e também pelos técnicos / coordenadores.

As supervisões podem ser:

- a. supervisão direta: realizada com a presença do agente;
- b. supervisão indireta: calculada por amostragem (sorteio dos boletins de campo) é realizada através de informações fornecidas pelos responsáveis pelos imóveis visitados que tenham acompanhado a vistoria realizada pelo agente supervisionado. A meta estipulada é de no mínimo de um agente por dia, com no mínimo cinco visitas por dia e no mínimo cinco agentes supervisionados por semana.

Cada território é composto de 116 quarteirões, que têm que ser feitos em 30 a 35 dias úteis para cumprir a meta. São feitas cinco visitas anualmente por residência para fazer o tratamento focal<sup>5</sup>, o que corresponde visitar mais ou menos seis a sete mil imóveis.

Em 2011, o Prefeito de Belo Horizonte decretou a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI), instituída pela Lei nº9.985/10, que poderá ser paga aos servidores e empregados públicos em efetivo exercício de suas atribuições e, que submetidos a processo avaliativo institucional, por equipe e individual, conforme a periodicidade e os critérios estabelecidos no regulamento desta Lei, demonstrarem desempenho satisfatório das atribuições de seus respectivos cargos e empregos públicos:

- a. ocupantes dos empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate a Endemias I e II, atuando em atividades de campo;
- b. ocupantes do cargo público de Agente Sanitário, atuando em atividades de campo.

O valor da BCMRI será fixado mediante fórmula de cálculo definida em Decreto, e não poderá ser superior ao valor da última remuneração percebida pelo servidor ou empregado público no período de apuração, excluídas as vantagens pecuniárias de natureza eventual ou indenizatória.

A BCMRI poderá ser paga uma vez a cada ano civil, sendo o seu valor calculado proporcionalmente aos meses de duração do período avaliativo, sendo vedado o seu pagamento ao servidor ou empregado público pelo cumprimento de metas, resultados e prazos que não se vinculem a projetos e programas

---

<sup>5</sup> No tratamento focal é utilizado o controle químico que consiste na aplicação de um larvicida nos depósitos que não possam ser vedados, removidos ou eliminados mecanicamente (SMSA, 2009).

institucionais definidos em ato do Prefeito. A BCMRI não se incorporará aos salários, à remuneração ou à aposentadoria ou pensão do servidor público efetivo.

O BCMRI objetiva viabilizar a estratégia de governo, por meio de mecanismos de incentivo e gestão por resultados, melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços prestados, otimizar a utilização dos recursos públicos (BELO HORIZONTE, SMSA, 2011).

A Avaliação de Resultado compreende a aplicação, exclusiva ou em conjunto, dos seguintes procedimentos:

- I- Avaliação institucional, referente ao resultado obtido pelo órgão no processo de avaliação respectivo;
- II- Avaliação por equipe à qual se vincule o servidor ou o empregado público;
- III- Avaliação individual do servidor ou, empregado público (BELO HORIZONTE, 2011, art. 21, §1º).

Para avaliação individual considera-se, entre outros critérios, a contribuição em dias para atingir as metas, devendo o profissional ter contribuído 95% dos dias do período de avaliação. Assim, os afastamentos por adoecimento têm um impacto na produtividade da equipe e individualmente, com consequências financeiras para o profissional. O ACE com vínculo empregatício através de contrato administrativo não recebe o BCMRI.

#### **4.5.1 Atenção básica – dados epidemiológicos de Belo Horizonte**

A Portaria 1.007/2010, criada pelo Ministério da Saúde definiu os critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde. Esta incorporação visa a fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às Equipes de Saúde da Família (ESF), oferecendo inclusive benefícios financeiros para as equipes que incorporarem o ACE na sua composição. A Atenção Básica é a terminologia utilizada no país e internacionalmente para denominar atenção primária à saúde, atualmente um componente essencial para o bom desempenho dos sistemas de saúde. A Atenção Básica é definida como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

A atenção básica se orienta pelos princípios da universalidade, do vínculo, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada pela Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 tem na Estratégia da Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2012). As Equipes de Saúde da Família (ESF) têm que prover atenção integral, organizada e contínua à sua população adstrita, coordenar o cuidado e desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social para o desenvolvimento desta atenção integral. (BRASIL, 2012).

No Município de Belo Horizonte, a atenção básica é reconhecida como a rede de centros de saúde que se configuram como a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e realizam diversas ações na busca de atenção integral aos indivíduos e à comunidade (SMSA, 2009). Na organização territorial estabelecida na SMSA/PBH são adotadas as seguintes Subdivisões: Município – Distrito Sanitário - área de abrangência da Unidade de Saúde - área da equipe - microárea – moradia (BELO HORIZONTE, SMSA, 2009).

As definições territoriais das áreas de abrangência são estabelecidas com base nos setores censitários definidos pelo IBGE, sendo constituídas por um agrupamento de setores contíguos, respeitados seus limites, e com possibilidades de modificações dinâmicas de acordo com a mobilidade da população (BELO HORIZONTE, SMSA, 2009). A base de organização da rede municipal são os 148 centros de saúde, distribuídos no município com base nas regiões de responsabilidade sanitária, chamadas de áreas de abrangência (BELO HORIZONTE, SMSA, 2009).

A dicotomia entre ações curativas e ações de promoção e prevenção precisa ser melhor discutida. Ainda se faz necessário esclarecer qual o potencial do trabalho de promoção à saúde para que se possibilite o avanço da prática baseada

em evidências científicas, com realização de ações comprovadamente eficazes na promoção da saúde e prevenção de doenças (BELO HORIZONTE, SMSA, 2009).

Entre as doenças que causam maior impacto no sistema de saúde está a dengue. A dengue é considerada um dos principais problemas de saúde pública no mundo estimando-se que 80 milhões de pessoas se infectem anualmente em 100 países de todos os continentes, exceto a Europa. Cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência da doença (RIBEIRO et al., 2013)

É a doença de notificação compulsória (DNC) com maior número de registros em Belo Horizonte, tendo representado mais de 70% de todas as notificações ocorridas em 2010. Em 2011 e 2012 houve uma redução no número de casos, passando a corresponder a 19% das notificações em 2012. Em 2013, com a ocorrência de uma epidemia, as notificações de dengue constituíram 84% das DNC. No ano não epidêmico de 2014 os casos voltaram ao patamar anterior, representando 35% do total de notificações (BELO HORIZONTE, SMSA, 2015).

Em 2015 houve um aumento dos casos notificados em relação ao ano anterior, representando 54% do total de notificações. Esse percentual de notificações de dengue comparado com as demais DNC demonstra seu grande impacto na população e no sistema de saúde, mesmo considerando os anos não epidêmicos (BELO HORIZONTE, SMSA, 2015).

Segundo o Relatório de Gestão 2015/SMSA, o Distrito Sanitário (DS) Noroeste apresentou o maior número de casos confirmados, 3.130 (71%), (positividade de todos os casos notificados do DS); em segundo lugar, o Distrito Sanitário Norte com 3.129 (66%). O distrito sanitário com menor número de casos confirmados foi o Distrito Sanitário Centro Sul, com 642 (48%) casos confirmados.

Os casos de Zica e Chikungunya, também transmitidos pelo *Aedes aegypti*, foram registrados no município. Em 2015 foram confirmados oito casos importados de Chikungunya.

Em 2015 foram notificados 18 casos suspeitos de Zica, desses, cinco casos foram descartados e foi confirmado o primeiro caso autóctone do vírus Zica, isto é, adquirido no próprio município. Até o momento 12 casos ainda continuam em investigação (BELO HORIZONTE, SMSA, 2015).

Outra zoonose de importância para o município é a *Leishmaniose visceral* (LV). A vigilância tem atuação importante na investigação de casos e também participa da atualização de protocolos e de proposição de estratégias para seu diagnóstico oportuno. Além da busca na redução da incidência da doença, o grande desafio tem sido reduzir sua letalidade. Entre 2008 e 2015 foram notificados 713 casos humanos autóctones de LV, em Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, SMSA, 2015).

## **5 METODOLOGIA**

Trata-se de estudo transversal, qualitativo, sob aporte teórico das clínicas do trabalho, com ênfase na Psicossociologia do Trabalho e na Clínica da Atividade, considerando que “[...] o objeto comum dessas teorias é a situação do trabalho, que, em síntese, compreende a relação entre sujeito, de um lado, o trabalho e o meio, de outro” (BENDASSOLI, 2011, p.4).

Para o desenvolvimento do estudo foram utilizadas as técnicas de revisão bibliográfica narrativa, análise de documentos e grupo focal.

### **5.1 Primeira etapa - revisão bibliográfica narrativa**

Foi realizada uma revisão de artigos que abordam a relação do contexto de trabalho e os riscos no trabalho dos Agentes de Combate a Endemias, principalmente aqueles com referencial teórico nas clínicas do trabalho. Foram pesquisados artigos nos sites oficiais de pesquisa birem (http://bvsalud.org/), scielo (www.scielo.br) e alguns artigos e livros indicados pelas orientadoras e banca de qualificação. As pesquisas e artigos específicos sobre o trabalho dos agentes de combate a endemias são incipientes, e embora muitos façam referência à questão do uso dos inseticidas e outros tratem da educação em saúde, todos foram aproveitados. Utilizou-se as seguintes palavras chave: agente de combate a endemias, saúde do trabalhador, clínicas do trabalho. A seleção dos artigos foi feita pelo título e resumo.

### **5.2 Segunda etapa – análise de documentos**

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar documentos com uma finalidade específica. A análise de documentos são registros que proporcionam informações para compreender fatos e relações, ou seja, possibilitam conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes (OLIVEIRA, 2007). A escolha deste procedimento se deu por possibilitar conhecer a descrição e os registros sobre as condições de trabalho, as causas mais comuns de adoecimento dos agentes e do perfil destes trabalhadores.

A análise foi feita em quatro documentos relativos ao serviço de zoonoses da SMSA/BH pertencentes e arquivados no NASF/ GGTE/SMSA/BH. Estes documentos constituem uma fonte primária por não terem recebido nenhum tratamento analítico qualitativo anteriormente. Os documentos foram separados em envelopes para análise.

#### Documentos analisados

1. PDCA (*Plan-Do-Check-Adjust*) instrumento de Gestão utilizado pela GGTE para planejamento de ações no serviço de zoonoses em 2016;

O documento foi construído em conjunto com as Gerências de Gestão do Trabalho Regionais, visando o levantamento de problemas nas equipes de zoonoses, identificados pela Gestão do trabalho, coordenadores de zoonoses e encarregados de cada Distrito Sanitário, com o objetivo de elaborar estratégias para conduzir/encaminhar os casos dos profissionais ACE afastados das funções. Surgiu a partir da constatação de que havia muitos profissionais em readaptação funcional/reabilitação profissional neste serviço.

2. Relatório de Inspeção realizada em 2011, no serviço de zoonoses, pela Gerência de Saúde e Perícia Médica e Gerência de Engenharia e Segurança do Trabalho.

Este documento foi construído em 2010/2011 pela Gerência de Saúde e Perícia Médica e Gerência de Segurança do Trabalho para avaliar as condições de trabalho do serviço de zoonoses. Contém descrição de 44 Pontos de Apoio de zoonoses (PA), com relatório final de orientações de como deveria ser o PA de uma equipe de zoonose. É o último relatório/registro sobre esse serviço que consta no NASF/ GGTE estruturado pela Perícia Médica e Segurança do Trabalho.

3. Relatório de bonificação por cumprimento de metas, resultados e indicadores do ano de 2015 - BCMRI.

O relatório de bonificação é elaborado anualmente pela GGTE para servir como base para o cálculo da bonificação sobre metas, indicadores e resultados. Este relatório apresenta dados sobre os dias e motivo dos afastamentos do trabalho.



Ele traz também dados sobre idade, tempo de serviço dos profissionais e situação funcional.

#### 4. Dois relatórios de intervenções em equipes de zoonoses.

Os relatórios foram elaborados a partir das intervenções realizadas por Referências Técnicas em duas equipes de zoonoses:

- a. o relatório de intervenção I, identificado na pesquisa como (RI), foi elaborado pelas Referências Técnicas do Distrito Sanitário da Unidade onde foi realizada a intervenção. A demanda surgiu porque a equipe de zoonoses apresentava altos índices de afastamento do trabalho por adoecimento, muitas situações de conflito entre trabalhadores e gestores, rotatividade na equipe e reivindicações frequentes de apoio ao sindicato. A intervenção teve duração de três meses. O relatório foi enviado para a Gerência do Distrito, para Gerência de Zoonoses Distrital e para o NASF;
- b. o relatório de intervenção II, identificado na pesquisa como (RII), foi elaborado pela equipe do NASF, da qual a pesquisadora participou, a partir da intervenção em uma equipe de zoonoses. A intervenção foi uma demanda do Sindicato, após a denúncia dos trabalhadores de situações de abusos de poder do encarregado, causando sofrimento e adoecimento nos profissionais, com impacto significativo no desempenho da função. A intervenção teve duração de quatro meses, totalizando oito encontros.

As intervenções foram realizadas em regionais diferentes da regional na qual foram realizados os grupos focais.

### 5.3 Terceira etapa - grupo focal

O grupo focal é um procedimento de coleta de dados no qual o pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, além de observar as interações características do processo grupal (CATHERINE, 2009). Visa obter uma variedade de informações, sentimentos, experiências e representações, por isso foi escolhido neste estudo. Teve como objetivo identificar a percepção do trabalhador sobre seu contexto de trabalho, seus sentimentos e percepções sobre

as condições de trabalho, os riscos e as estratégias que utiliza para proteger a saúde física e mental no trabalho.

Os grupos focais foram realizados em um Distrito Sanitário de Belo Horizonte escolhido por atender a região com maior número de casos confirmados de dengue na cidade. Além disso, apresentou a maior proporção de ACE afastados do trabalho por motivo de saúde, em 2015. Os grupos focais exploraram a percepção do trabalhador sobre seu contexto de trabalho, seus sentimentos e percepções sobre as condições de trabalho, os riscos e as estratégias que utilizam para proteger a saúde física e mental no trabalho. Os encontros foram planejados com perguntas chaves para abrir a discussão, com roteiro pré-definido (APÊNDICE A).

O Distrito Sanitário tem 121 agentes de combate à endemia; 75 que atuam no programa da dengue, distribuídos em 16 unidades de saúde e 46 que trabalham na equipe de *leishmaniose*, distribuídos em dois Pontos de Apoio. Considerando as possíveis perdas na participação dos grupos, estes foram realizados em equipes de zoonoses que tinham acima de 10 agentes. Participaram desta pesquisa os ACE I, em efetivo exercício na equipe de zoonoses, com vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde como empregado público ou como contrato administrativo.

Foram identificadas junto à Gerência de Gestão do Trabalho Regional (GERGETR) seis equipes com mais de 10 agentes: quatro que trabalhavam com dengue e duas com *leishmaniose*. A organização dos ACE, em grupos focais, designados como G1, G2, G3, G4, G5, G6, foi feita junto com o distrito, gerentes, encarregados e trabalhadores, por meio de *e-mail* e telefone. Nem todos os agentes das equipes convidadas participaram, assim, o número de agentes em cada grupo focal variou entre seis e treze agentes (três grupos com seis, um grupo com oito, dois com 13) perfazendo o total de 52 profissionais participantes da pesquisa. A coleta de dados teve a duração de dois meses

A duração dos encontros variou entre 90 a 120 minutos. Quatro grupos tiveram duração de 90 minutos e dois tiveram duração de 120 minutos. Quanto ao perfil dos grupos, a maioria dos participantes era do sexo masculino; dos 52 participantes, 36 (69%) eram homens. A faixa etária esteve entre 24 a 53 anos,

(média de 37 anos); e o grau de escolaridade foi de segundo grau completo. Em média os trabalhadores têm dez anos de dedicação à função.

A pesquisa foi bem aceita pelos ACE. Apenas em uma unidade os agentes não compareceram ao grupo, deixando apenas um agente para avisar que eles não participariam. A pesquisadora aproveitou a presença no local para esclarecer ao agente que estava no PA sobre os objetivos da pesquisa, pediu para que ele conversasse com o grupo e que depois entraria em contato para saber o retorno. Após uma semana a pesquisadora fez contato por telefone com o encarregado e foi agendado o dia e horário do grupo. Antes de iniciar o grupo a pesquisadora perguntou sobre a ausência na data anteriormente agendada e eles informaram que o entendimento, a princípio, foi de que a reunião era com representantes da SMSA. A equipe neste dia estava completa, com 13 agentes.

Os grupos foram realizados nos Pontos de Apoio de Zoonoses de cada equipe em horário combinado com os profissionais (dois grupos foram realizados pela manhã e o restante à tarde). Ao iniciar o grupo, foi feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Todos os grupos autorizaram a gravação dos encontros. As falas foram gravadas e transcritas posteriormente pela pesquisadora na mesma semana que ocorreu o grupo. O grupo focal foi conduzido pela pesquisadora e teve a presença de um observador de apoio, profissional da área da assistência social, que registrou observações sobre o andamento dos trabalhos. Foi realizado um grupo com cada equipe.

#### **5.4 Análise de dados**

A análise dos dados dos dois procedimentos de coleta (análise de documentos e grupo focal) foi feita através da análise de conteúdo baseado em Bardin (1977), definida como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”, tendo como finalidade principal a interpretação dessas comunicações e compreendeu quatro etapas:

- a. pré-exploração do material durante a qual foram realizadas sessões de leituras e releitura flutuante do material, visando apreensão global das ideias principais e os seus significados gerais;

- b. seleção das unidades de análise (temas) orientada pelas questões de pesquisa - palavras, sentenças, frases, parágrafos;
- c. categorização apriorística<sup>6</sup> (grandes enunciados abarcando conjunto de temas por afinidade ou proximidade) da percepção do ACE sobre seu contexto de trabalho, de saúde e dos riscos no trabalho e das estratégias de proteção à saúde, de acordo com a fundamentação teórica adotada na pesquisa. A categorização e subcategorização foram realizadas por frequenciamento<sup>7</sup>;
- d. categorias não apriorísticas que emergiram da leitura das transcrições também foram registradas.

### **5.5 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - CAEE 01140812.1.0000.5149. (ANEXO A) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) - CAEE 01140812.1.3001.5140 (ANEXO B).

---

<sup>6</sup> Categorias pré-definidas pelos pesquisadores com base na literatura.

<sup>7</sup> Frequenciamento ou categorização quase quantitativa se faz pela repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. N. G. Figuras de resistência. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v.17, n. spe. 1, p.33-42, 2014.

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

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Decreto nº 14.394**, de 29 de abril 2011. Regulamenta a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores - BCMRI - instituída no art. 7º da Lei nº 9.985/10, e dá outras providências. Diário Oficial do Município, Ano XVII - Edição N.: 3816, 2011. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1057055>> Acesso em: 02/05/2016.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Lei nº 9.490**. Cria os empregos públicos efetivos de agente comunitário de saúde e de agente de combate a endemias I e II e dá outras providências. 2008. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2008/949/9490/lei-ordinaria-n-9490-2008-cria-os-empregos-publicos-efetivos-de-agente-comunitario-de-saude-e-de-agente-de-combate-a-endemias-i-e-ii-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 06/02/2017.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica e Gerência de Engenharia de Segurança do Trabalho (GSST/ GEESEG). **Relatório de inspeção dos pontos de apoio do serviço de zoonoses**. Belo Horizonte: Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, 2011.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de padronização de dengue no município de Belo Horizonte**, 2009. Disponível em: <[www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br)>. Acesso em: 10/07/2016.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão**, 2015. Disponível em: <[www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br)>. Acesso em: 02/05/2016.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de intervenção nas unidades de saúde**. Núcleo de Acompanhamento Sócio Funcional, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, RI 2015; RII 2016.

BENDASSOLI, P. F. Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.10, n.1 p.63-98, mar. 2011.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. Do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho: a transformação do sofrimento em adoecimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.213-223, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Participativa e Cogestão**. Secretaria de Atenção. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Brasília: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional da Saúde**. Instrução Normativa N°003 de 17 de julho de 2000. Disponível em: <[www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/in\\_003\\_2000.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/in_003_2000.pdf)>. Acesso em: 05/12/2015.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CAMUS, A. **O mito do sísifo**: ensaio sobre o absurdo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

CHIAVEGATO FILHO, L. G. Apontamentos da clínica da atividade para compreensão das relações entre saúde e trabalho In: ARAÚJO, J. N. G.; FERREIRA, M. C; ALMEIDA, C. P. (Orgs.). **Trabalho e saúde, cenários, impasses e alternativas no contexto brasileiro**. São Paulo: Opção, 2015.

CLOT, Y. Prefácio à edição brasileira. In: **Escritos de Louis Le Guillant**: da ergoterapia à psicopatologia do Trabalho. Tradução de Guilherme Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

CLOT, Y. O ofício como operador de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, Brasil, v.16, p.1-11, Junho, 2013.

COSTA, F. B. **Homens invisíveis**: relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo, 2004.

COSTA, L. S.; SANTOS, Marta. Fatores psicossociais de risco no trabalho: lições aprendidas e novos caminhos. **International Journal on Working Conditions**, n. 5, p.39-58, June 2013.

DRUMOND, V. A. T. **O princípio da integração do trabalhador na empresa no sistema constitucional brasileiro**. 2002. Dissertação (Mestrado em Direito do Trabalho) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG), 2002.

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Tradução: Francisco da Rocha Filho. Petrópolis: Vozes, 1997

ENRIQUEZ, E. **Perda do trabalho, perda da identidade**; relações de trabalho contemporâneas. IRT - Instituto de Relações do Trabalho - PUC Minas, Belo Horizonte, 1999. p. 69-83.

ENRIQUEZ, E. O trabalho, essência do homem? O que é o trabalho? **Cad. Psicol. Soc. Trab.**, São Paulo, v. 17, n.spe.1, p.163-176, 2014.

FERREIRA, A.B.H **Dicionário Aurélio**, Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1979.

FRAGA, L. S. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no Serviço de Controle de Zoonoses em Belo Horizonte. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.3, p.993-1006, 2014.

FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud [1920-1922]**. Edição Standard Brasileira, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FUNASA. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.21, n.4, p.858-870, 2012.

GUIDA, H. F. S.; SOUZA, K. R.; SANTOS, M. B. M.; SILVA, S. M. C.; SILVA, V. P. As relações entre saúde e trabalho dos agentes de combates a endemias da FUNASA. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.4, p.858-870, 2012.

JACOB, A. **Emergência do valor social do trabalho no pensamento econômico do século XVIII**. Texto extraído do livro L' Inscrition Sociale du Marché. Sous la Direction de A. Jacob et H. Vérin. Tradução de Leila de Melo Franco Sarriddine Araújo. Paris: L' Harmattan, 1995. p.51-75.

JARDIM, C. C. G.; OLIVEIRA, C. L.; CUNHA, M. C. M.; BRANDÃO, S. T. A descentralização do controle de endemias; uma aposta do município de Belo Horizonte. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte; reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 365.

LHUILIER, D. Introdução a psicossociologia do trabalho. **Cad. Psicol. Soc. Trab.**, São Paulo, v.17, n.spe.1, p.5-19, 2014.

LHUILIER, D. Trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v.25n. 3, p.483-492, 2013.

LHUILIER, D.; ROCHE, P. Introduction. **Nouvelle Revue de Psychosociologie**, v.7, p. 7-18, 2009 apud ARAÚJO, J. N. G. Figuras de resistência. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v.17, n. spe. 1, p.33-42, 2014.

LIMA, V. B. et al. **Análise das atividades laborais dos agentes de vigilância ambiental**. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 58. Anais... Florianópolis, SC. Julho, 2006. Disponível em: <<http://www.sbpcnet.org.br/livro/58raSENIOR/RESUMO>>. Acesso em: 05/03/2015.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

NEFFA, J. C. **Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio**. Buenos Aires: Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajadores, 2012.

NOBRE, L. C. C **Orientações técnicas e atenção à saúde do trabalhador.** Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador, Salvador: CESAT / DIVISA / DIVEP / DAB / SAIS / CIAVE, 2012.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho:** a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, M.V.A.S.C. **A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das endemias de Camaragibe:** uma ciranda que acaba de começar. 364f. 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, 2002.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **A prevenção das doenças profissionais.** Genebra: OIT, 2013. Disponível em: <[www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/safeday2013\\_relatorio.pdf](http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/safeday2013_relatorio.pdf)>. Acesso em: 06/02/2017.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção a saúde.** (Orgs.). 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RANGEL, M. L. Risco e saúde nos locais de trabalho. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, p. 133-146, 1994.

RIBEIRO, A. L. N.; BALSAN, L. A. G.; MOURA, G. L. Análise das políticas públicas de combate a endemias, contribuciones a las ciencias sociais, 2013. Disponível em: <[www.eumed.net/rev/cccsc/24\\_politicaspUBLICASdengue.html](http://www.eumed.net/rev/cccsc/24_politicaspUBLICASdengue.html)>. Acesso em: 05/08/2016.

ROSSETI, C. C.; ARAÚJO, J. N. G. Resistência e criatividade: trabalho dos médicos do Programa Saúde da Família. **Trabalho En Cena**, v.1, n.1, p.117-131, janeiro a junho, 2016.

SCHWARTZ, Y. Entrevista. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.4, n.2, p.457-466, 2006.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. **Pro-Posições**, v.1, n.5, p.34-50, julho 2000.

SEVCENKO, N. **A revolta da vacina:** mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Cosac Naify, 2010. (Coleção Ensaios).

SOUZA, K. M. O. **A análise da relação trabalho e saúde na atividade dos Bombeiros Militares do Rio de Janeiro.** 22.ed. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2013.

ZANELLI, J. C.; ANDRADE, J. E. B; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004.



## **6 ARTIGO DE RESULTADOS**

**TRABALHO E SAÚDE: A PERSPECTIVA DO AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

## TRABALHO E SAÚDE: A PERSPECTIVA DO AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

**Geraldina da Costa Ribeiro**  
**Jandira Maciel da Silva**  
**Andréa Maria Silveira**

### RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar e compreender a percepção do Agente de Combate a Endemias (ACE) acerca do seu contexto de trabalho, com enfoque na relação entre o trabalho e a saúde, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG). Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, sob o aporte teórico das Clínicas do Trabalho, com ênfase na Psicossociologia e Clínica da Atividade. Os procedimentos metodológicos adotados foram pesquisa bibliográfica, documental e grupo focal. A análise de dados baseou-se na Análise de Conteúdo de Bardin (1977). A pesquisa evidenciou que os profissionais percebem que o serviço de zoonoses não está integrado efetivamente na área saúde. Esta seria uma das causas da precariedade das condições de trabalho, do sentimento de invisibilidade e da marginalização simbólica e concreta relatada pelos profissionais. Os ACE reconhecem os riscos à saúde a que estão expostos, com destaque para as diversas formas de violência e falta de equipamentos de segurança adequados. Recorrendo às estratégias de resistência face à organização do trabalho, estes profissionais constroem alternativas criativas na defesa do trabalho bem feito e da preservação da saúde no trabalho.

**Palavras-chave:** Agente de Combate a endemias, saúde do trabalhador.

### ABSTRACT

The purpose of this study was to understand the perception of the Endemic Diseases Combat Agents about their work context, mainly focusing the relationship between work and health, within the Municipal Health Department of Belo Horizonte. This is a qualitative study, under the theoretical contribution of the Work Clinics, with emphasis on Psychosociology and Clinic of Activity. The methodological procedures were bibliographic search, document analysis and focus group. The analysis of the data was based on the Bardin's Content Analysis (1977). The study showed that the professionals realize that the zoonosis service is not effectively integrated in health units. This not-belonging is one of the causes of the precarious working conditions, the feeling of invisibility and the symbolic and concrete marginalization reported by the professionals. The Endemic Diseases Combat Agents recognize the risks to which they are exposed, highlighting the various forms of violence and lack of adequate equipment. Given the organization of the work, they use strategies of resistance and build creative alternatives in order to defend the good work and for preservation of health at work.

**Keywords:** Endemic Diseases Combat Agents, Workers' Health

## 1 INTRODUÇÃO

Elemento estruturante da sociedade e central na vida do homem, o trabalho é um dos principais instrumentos através do qual o sujeito relaciona-se com o seu meio social. Clot (2006) ressalta que o trabalho é um processo criativo e construtivo, por meio do qual o sujeito se desenvolve e se reafirma.

No entanto, o trabalho não está isento de contradições. Enriquez (2014) observa que a produção, principal fonte de sustentação da sociedade capitalista, tem sufocado as possibilidades de criação e que a alienação nunca foi tão intensa. O autor afirma que o “culto à *performance* e a urgência estão reinando, os coletivos estão se rompendo, o estresse profissional e até mesmo o assédio se tornam uma realidade cotidiana”. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) apresenta um cenário preocupante no que se refere à relação trabalho e saúde. Segundo relatório por ela publicado em 2013, estima-se que cerca de 2,34 milhões de pessoas morrem todos os anos em decorrência de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho. O documento destaca ainda que, embora alguns riscos tradicionais tenham diminuído em virtude de uma melhor regulamentação e dos avanços tecnológicos, ainda estão presentes nos contextos laborais e convivem com novos riscos, suscitados pelas novas tecnologias e atuais formas de organização do trabalho voltadas para o aumento da produtividade, dentre os quais se destacam os riscos psicossociais.

A exigência do cumprimento de metas, resultados e indicadores dissociados da oferta de condições de trabalho adequadas é cada vez mais comum nas organizações privadas e públicas, inclusive nos serviços de saúde. Oliveira (2002) destaca que a organização das ações de controle de endemias apresenta forte tendência a gestão verticalizada, com estabelecimento de metas objetivas e quantificáveis. Além disso, atualmente as novas doenças associadas ao *Aedes aegypti* constituem o maior desafio das autoridades sanitárias, o que gera intensificação das ações e maior expectativa em relação ao desempenho do serviço de zoonoses.

O controle de endemias é objeto de discussões permanentes na mídia e nos serviços de saúde, já que as zoonoses estão entre os mais frequentes riscos à

---

saúde ao qual a população está exposta, o que contrasta com a invisibilidade do agente de combate a endemias no seu contexto de trabalho.

Segundo Costa (2004), a invisibilidade pode ser pensada como um fenômeno intersubjetivo, caracterizado pelo desaparecimento psicossocial de um homem no meio de outros homens e aparece como um reflexo da sociedade em que se vive na qual predomina a relação de coisificação das relações sociais.

O Agente de Combate a Endemias (ACE) exerce ações de vigilância, prevenção, controle de doenças e promoção da saúde, tendo como cenário de intervenção o ambiente em que as pessoas residem, com todas as questões do cotidiano das comunidades, como a violência e as situações de vulnerabilidade que perpassam as condições de vida da população. Apesar da importância do agente de combate a endemias no enfrentamento das novas e velhas doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*, os estudos que abordam as condições de vida e saúde destes profissionais são incipientes (NOBRE, 2012).

Le Guillant (2006) propõe que a análise da relação entre trabalho e saúde tome, como ponto de partida, as situações concretas de trabalho, vivenciadas pelo trabalhador, pois nelas estão presentes as diversas manifestações patológicas. A percepção destes trabalhadores em relação ao seu contexto de trabalho, com seus dilemas e intempéries, mas também com sua criatividade e resistência no micro espaço de trabalho pode possibilitar um novo olhar sobre a atividade que este profissional realiza e seu papel social na instituição.

Este artigo apresenta um recorte do estudo desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH). O objetivo desta pesquisa foi identificar e compreender a percepção dos agentes de combate a endemias (ACE) sobre o seu contexto de trabalho, com enfoque na relação entre trabalho e saúde, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo transversal, qualitativo, sob o aporte teórico das clínicas do trabalho, com ênfase na Psicossociologia do Trabalho e na Clínica da Atividade, considerando que “[...] o objeto comum dessas teorias é a situação do

trabalho, que, em síntese, compreende a relação entre sujeito, de um lado, o trabalho e o meio, de outro” (BENDASSOLI, 2011). Para o desenvolvimento do estudo foram utilizadas as técnicas de revisão bibliográfica narrativa, análise de documentos e grupo focal. A revisão bibliográfica teve como base, livros e revisão de artigos. Foram utilizadas as palavras chaves: Agente de Combate a Endemias, saúde do trabalhador, Clínicas do Trabalho.

A análise documental foi realizada em quatro documentos relativos ao serviço de zoonoses da SMSA/BH, pertencentes e arquivados no Núcleo de Acompanhamento Sociofuncional, na Gestão do Trabalho e Educação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Estes documentos constituem uma fonte primária por não terem recebido nenhum tratamento analítico qualitativo anteriormente.

Os grupos focais foram realizados em um Distrito Sanitário de Belo Horizonte escolhido por atender a região com maior número de casos confirmados de dengue na cidade. Além disso, apresentou a maior proporção de ACE afastados do trabalho por motivo de saúde, em 2015. Os grupos focais exploraram a percepção do trabalhador sobre seu contexto de trabalho, seus sentimentos e percepções sobre as condições de trabalho, os riscos e as estratégias que utilizam para proteger a saúde física e mental no trabalho. Os encontros foram planejados com perguntas chaves para abrir a discussão, com roteiro pré-definido.

O distrito em que foi realizada a pesquisa tem 121 agentes de combate à endemia; 75 que atuam no programa da dengue, distribuídos em 16 unidades de saúde e 46 que trabalham na equipe de leishmaniose, distribuídos em dois pontos de apoio. Considerando as possíveis perdas na participação nos grupos focais, estes foram realizados em equipes de zoonoses que tinham acima de 10 agentes. Participaram desta pesquisa os ACE, em efetivo exercício na equipe de zoonoses, com vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde/BH como empregado público ou como contratado administrativo.

Foram identificadas junto à Gerência de Gestão do Trabalho Regional (GERGETR) seis equipes com mais de 10 agentes: quatro que trabalhavam com dengue e duas com leishmaniose. A organização dos ACE, em grupos focais, designados como G1, G2, G3, G4, G5, G6, foi feita junto com o distrito, gerentes, encarregados e trabalhadores, por meio de e-mail e telefone. Nem todos os agentes

das equipes convidadas participaram, assim, o número de agentes em cada grupo focal variou entre seis e treze agentes (três grupos com seis, um grupo com oito, dois com 13) perfazendo o total de 52 profissionais participantes da pesquisa. A coleta de dados teve a duração de dois meses

Os grupos focais foram realizados nos Pontos de Apoio de Zoonoses de cada equipe em horário combinado com os profissionais. A duração dos encontros variou entre 90 a 120 minutos. Quanto ao perfil dos grupos, a maioria dos participantes era do sexo masculino; dos 52 participantes, 36 (69%) eram homens. A faixa etária esteve entre 24 a 53 anos, (média de 37 anos); e o grau de escolaridade foi de segundo grau completo. Em média os trabalhadores têm 10 anos de dedicação à função.

Ao iniciar os grupos, foi feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As falas foram gravadas e transcritas posteriormente pela pesquisadora na mesma semana que ocorreu o grupo. O grupo focal foi conduzido pela pesquisadora e teve a presença de um observador de apoio, profissional da área da assistência social, que registrou observações sobre o andamento dos trabalhos.

A análise dos dados dos dois procedimentos de coleta (análise de documentos e grupo focal) foi feita por meio da Análise de Conteúdo baseada em Bardin (1977), definida como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”, tendo como finalidade principal a interpretação dessas comunicações e compreendeu:

- a. pré-exploração do material durante a qual foram realizadas sessões de leituras e releitura flutuante do material, visando apreensão global das ideias principais e os seus significados gerais;
- b. seleção das unidades de análise (temas) orientada pelas questões de pesquisa - palavras, sentenças, frases, parágrafos;
- c. categorização apriorística<sup>8</sup> (grandes enunciados abarcando conjunto de temas por afinidade ou proximidade) da percepção dos ACE sobre seu contexto de trabalho, de saúde e dos riscos no trabalho e das estratégias de proteção à saúde, de acordo com a fundamentação teórica adotada na

---

<sup>8</sup> Categorias pré-definidas pelos pesquisadores com base na literatura.

pesquisa. A categorização e a subcategorização foram realizadas por frequenciamento<sup>9</sup>;

- d. categorias não apriorísticas que emergiram da leitura das transcrições também foram registradas.

O projeto foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) - CAEE 01140812.1.3001.514.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **As condições de trabalho no SUS/BH**

Neste estudo, utilizou-se da definição de condições de trabalho constante na Norma Regulamentadora 17 (NR17) do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 1990), mas faz-se referência a Borges et al. (2015), que destacam que o conceito de condições de trabalho recobre uma diversidade importante de fenômenos. Segundo Borges et al. (2015) as:

Circunstâncias das condições de trabalho, fruto da ação do próprio ser humano, compartilhadas por segmentos de trabalhadores e atravessadas pelas relações de poder, neste sentido, afetam a experiência de trabalho e a qualidade de vida das pessoas [...] a concepção mais abrangente, inclui o entorno e o conteúdo do trabalho (BORGES et al., 2015, p. 234).

A análise do relatório da Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica e Gerência de Engenharia e Segurança no Trabalho/SMSA – GSPM/GEESEG (2011) aponta que as queixas sobre as condições de trabalho dos agentes do serviço de zoonoses constituem um problema que já foi identificado há muito tempo. Segundo o relatório, os dados obtidos nas inspeções ratificam os diversos levantamentos técnicos já realizados pela GSPM/GEESEG desde o ano de 1999. Conclui que “as condições de trabalho dos funcionários de zoonoses ainda deixam muito a desejar no que se refere à saúde e segurança” (BELO HORIZONTE, GEESEG / GSPM, 2011, p.3).

---

<sup>9</sup> Frequenciamento ou categorização quase quantitativa se faz pela repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes.

Os principais problemas detectados em todos os Pontos de Apoio (PA) se referem à área física (paredes com infiltração, falta de um lugar adequado para refeição, instalações sanitárias sem separação por sexo, ausência de lugar adequado para armazenar os produtos químicos). O relatório aponta diferenças de infraestrutura entre os PA. Em alguns, os riscos à saúde são muito evidentes.

Não há água potável para os trabalhadores. Estes tomam água da pia ou do tanque, pois não existem filtros que garantam a qualidade da água. A água da caixa d'água encontra-se constantemente contaminada, pois o CS é invadido, nos fins de semana, por usuários de drogas que usam a caixa d'água para tomarem banho tomando a água imprópria (BELO HORIZONTE, GEESEG/GSPM, 2011, p.12).

O compilado do levantamento de problemas junto aos gestores, realizado pela Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (GGTE) em 2016, também ratifica essa informação, apontando que a infraestrutura inadequada (Pontos de Apoio inadequados) e a carência de insumos (Equipamentos de Proteção Individual – EPI) constituem desafios à gestão.

Após seis anos, os relatos dos ACE corroboram os dados apresentados no relatório da GSPM/GEESEG. Na percepção dos ACE que participaram da pesquisa, as condições de trabalho na PBH não são adequadas para realização de suas atividades.

PA não tem condições de trabalho; tem um banheiro masculino para 40 homens usar, tinha que ter vestiário, a gente trabalha com produto químico e teria que chegar aqui e tomar banho, tem por obrigação tomar banho, mas tem que esperar 40 homens para tomar banho (G4).

Nem tem lugar para guardar equipamentos e só um banheiro, para homem e mulher (G5).

A gente comprou um filtro de barro para ter água; no distrito tem um bebedouro no corredor e outro lá dentro, porque não tem aqui para gente? (G4)

A falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI) também é um dos problemas apresentado no relatório da Perícia Médica e que aparece atualmente nos relatos dos trabalhadores. Os técnicos de segurança do trabalho recomendam ao final do relatório:

Fornecer à equipe de campo os EPI adequados e de boa qualidade tendo em vista o risco à exposição à toxicidade dos produtos domissanitários. O fornecimento gratuito, a reposição, o controle de distribuição e higienização



---

dos mesmos constituem-se dever da PBH respaldado em Lei Federal (BELO HORIZONTE, GSST/GEESEG, 2011, p. 4).

Na percepção dos ACE, a falta de equipamentos de proteção e insumos é um problema que impacta significativamente suas atividades. Além disso, ressaltam que os equipamentos não são de boa qualidade, como mostra o relato desse agente:

A gente quer fazer para o sistema funcionar, trabalha sem condições. Já teve época que o protetor veio vencido e a gente não deixava de ir para rua porque não tinha protetor solar; até vir outro a gente trabalhava no sol sem protetor (G2).

Os agentes expressam certo conflito diante do contexto de trabalho, como reclamar da bota diante da ausência de outras coisas na Unidade?

Vai faltando tudo aqui, tirou porteiro, o posso ajudar, falta remédio e eu vou brigar por causa de uma bota, entende, é complicado isso(G2).

Os relatos sugerem que eles não têm convicção que o EPI é um direito, que é legítimo reivindicá-lo. Fazem uma reflexão acerca das suas próprias atitudes diante do campo, as quais muitas vezes, podem trazer risco à saúde:

Se você não fizer, você é negligente; mas se fizer, corre risco; a gente não sabe o que fazer entende? Ninguém vem aqui ver as nossas condições de trabalho (G2).

Uma das realidades no trabalho dos profissionais da saúde é a necessidade frequente de ter que fazer escolhas na falta de meios materiais para gerir o cotidiano de trabalho (BENDASSOLI, 2011). Sem ter a quem recorrer, as falas sinalizam que os ACE se sentem perdidos, desamparados e impotentes.

O pessoal da segurança do trabalho falou que a gente não podia trabalhar sem bota, que é equipamento, né, mas não tem bota e a gente usa tênis; pela CLT a gente está errado, a gente tinha que falar não tem bota eu não vou sair para o campo, mas vai fazer isso (G2).

Outro dado que foi evidenciado pela segurança do trabalho refere-se à guarda de produtos de higiene pessoal, de roupas limpas e contaminadas no mesmo espaço. Esse dado foi registrado em 50% das unidades.

---

PA encontrava-se fora das normas de saúde e segurança quanto à guarda de produtos domissanitários, produtos de higiene pessoal, local para refeições e guarda de roupas limpas e contaminadas no mesmo escaninho (BELO HORIZONTE, GSST/GEESEG, 2011, p. 3).

Os produtos domissanitários utilizados no serviço público são os inseticidas, que pela sua composição, podem causar acidentes e danos à saúde das pessoas e animais apresentando diversos graus de toxicidade (ABRAISCA, 2012). Estes produtos, juntamente com os agrotóxicos, estão entre os mais importantes fatores de risco para a saúde dos trabalhadores e para o meio ambiente. São utilizados em grande escala por vários setores produtivos, inclusive pelos serviços de saúde pública no combate às endemias (FERREIRA et al., 2015).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986, p.05) considera como premissa que o exercício do direito à saúde implica garantir “o trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho”. Porém, conforme sinalizam Araújo e Rossetti (2015), apesar de toda a história do SUS, reconhecida pelas lutas e pelas vitórias em prol de melhores formas de vida, “pelo empoderamento dos atores sociais, inclusão e emancipação dos sujeitos e dos coletivos, as condições de trabalho no SUS permanecem precárias” (p.120).

No que se refere à organização do trabalho, os relatos dos ACE sugerem um descompasso entre a oferta de recursos e as exigências do cumprimento das tarefas. Apesar das más condições de trabalho, falta de equipamentos, os profissionais dos serviços de zoonoses vivenciam cobranças para atingir metas cada vez maiores. Nos diferentes contextos de trabalho, a urgência tem sido uma realidade constante. As exigências de produção demandam mais trabalho em um tempo cada vez menor. Tempo e espaço devem se comprimir. Nesta perspectiva, a gestão busca traduzir as atividades humanas em indicadores de desempenho (CARRETEIRO; BARROS, 2011; GUALEJAC, 2007).

Na percepção dos ACE, a questão da produtividade está, na maioria das vezes, descolada do serviço bem feito, da qualidade e do resultado. Gualejac (2007) ressalta que a racionalidade fria e objetiva dos números presentes na forma de gestão que ele define como gerencialista faz os “homens perderem o sentido da medida”.

Às vezes percebemos que o trabalho proposto não faz sentido, pois não atacamos o problema, mas damos manutenção para ele. Falta metodologia e um planejamento das ações por parte do Distrito (RI).

A gente fica pressionado, isso estressa, eles têm que entender que lidamos com pessoas e não com objetos (G1).

A instituição quer número, querem mostrar para sociedade (G4).

Outros estudos também apontam que a organização das ações de controle das endemias apresenta forte tendência à gestão verticalizada, com estabelecimento de metas objetivas e quantificáveis, priorizando estratégias instrumentalizadas nos mecanismos de controle e supervisão do trabalho do ACE para intensificação das ações. Essa forma de organização remete ao modelo adotado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) no controle de endemias, na década de 90, influenciado pelas experiências dos serviços de saúde dos exércitos coloniais e do modelo biomédico para explicação das doenças (OLIVEIRA, 2002).

Apesar das metas e indicadores serem atingidos, conforme indica o relatório de Gestão 2015, os números de casos de dengue crescem. Em 2016, o município de Belo Horizonte enfrentou uma grande epidemia da doença. Essa questão foi discutida amplamente nos grupos focais pelos ACE, ou seja, como eles se sentem diante da epidemia de dengue recente. Em todos os grupos, a discussão teve como tema a exigência da produtividade descolada da preocupação com a qualidade e ao pouco poder de resolver os problemas no contexto de trabalho. Expressam um misto de frustração, indignação e impotência:

Os superiores querem números e não dão prioridade para qualidade. O trabalho é bom, mas tem muita cobrança, tem cumprir as metas, fazer a produção; mas não querem saber como foi feito; querem números (G3).

As tensões da atividade realizada e da atividade não realizada introduz uma reflexão sobre o trabalho e a saúde quando remete aos prejuízos que a atividade impedida pode representar para o trabalhador (CLOT, 2010). A destituição do poder de agir afeta o sujeito, podendo levá-lo ao sofrimento:

Igual, a gente faz a notificação para prefeitura e não tem retorno, nossa cara que está lá, a gente quer fazer o trabalho bem feito e não consegue e o trabalho vai perdendo o sentido, isso vai minando a gente (G3).

O trabalho contemporâneo, organizado de forma a reduzir ao máximo o trabalho improdutivo e garantir a produtividade, atingir metas e indicadores no curto prazo, muitas vezes sem oferecer recursos para tal, pode impedir muitas atividades profissionais. Neste sentido, mesmo a ação tendo sido realizada, as metas e resultados atingidos, podem deixar de ter qualquer significado para os sujeitos, cujo objeto e valor estão em outras ações que deveriam ou poderiam ser realizadas (CHIAVEGATO FILHO, 2015; CLOT, 2010). Segundo Clot (2010), a perda do sentido da atividade produz uma desvitalização da mesma e um desinteresse em fazê-la, tornando o que o autor chama de “psicologicamente artificial”. Os relatos dos agentes sugerem o desgaste face ao contexto de trabalho percebido. “A gente científica, científica, mas nada acontece, o trabalho perde a credibilidade na comunidade; é muito difícil isso sabe”(G2).

Conforme Osório (2014), a organização do trabalho que deveria colocar seus recursos à disposição dos trabalhadores se “furta massivamente a esta missão. Ela não oferece uma disponibilidade comparável àquela que ela exige dos trabalhadores em questão” (p.5). Neste sentido, a organização os deixa sem meios para exercer as responsabilidades que eles assumem. Como resultado, existe uma distorção em relação ao sentido, aos valores do trabalho e à definição de sua qualidade no momento em que se força a entrada destes valores no modelo excessivamente estreito da eficácia no curto prazo (OSÓRIO, 2014). As falas dos ACE retratam os conflitos do real, em que o sujeito se depara com o que ele fez e não deu certo, com o que não fez e principalmente com o que poderia fazer.

Eu tenho uma área que é da prefeitura, que você vai lá fala para um, passa para outro e outro e começa tudo de novo e fica assim, não resolve (G1).

O nosso trabalho é importante para saúde, a gente sabe disso, mas fica sempre uma frustração, pois não conseguimos resolver todos os problemas, pois precisamos de respaldo da instituição, o que não é oferecido (G2).

Como afirma Clot (2010, p.11) “excesso de atividade e sentimento de insignificância formam, nesse caso, uma mistura explosiva”.

Outro aspecto apontado pelos trabalhadores é que não participam das decisões no processo de trabalho, mesmo quando se relacionam aos seus territórios. Ressaltam que isso gera sentimento de insatisfação. Fraga (2014), em estudo realizado na SMSA/BH com uma equipe de zoonoses, observa que há uma

tentativa do nível central do serviço de zoonoses para que os ACE participem do processo de elaboração de políticas. No entanto, a autora afirma que:

Os agentes são convidados a participar para legitimar processos e decisões tomados por outros profissionais e para solucionar problemas que não dão conta. Durante a reunião entre coordenadores e agentes, observou-se que os ACE foram convidados a se manifestar mais como prova do compromisso com a democracia do que com o real interesse de valorização do saber daqueles profissionais. Isso pode gerar resistência e falta de motivação, resultando em um agir descompromissado e descolado da missão institucional (FRAGA, 2014. p.101).

Os relatos dos agentes corroboram os achados citados por Fraga (2014):

Penso eu que o nosso problema aqui não é o trabalho, não é que é difícil, que é chato; mas o problema é que não se discute processo de trabalho aqui, eles trazem as coisas prontas (G1).

As decisões já vêm prontas; às vezes a gente fala, que do outro jeito seria melhor, mas não adianta (G1).

O que eu queria que fosse assim, que eles reunissem com todo mundo da zoonoses e vamos achar o melhor caminho, tipo vocês concordam com isso, o que pensam sobre isso, assim a opinião é ser mútua, isso é respeito entendeu? Mesmo que eu seja o menorzinho eu tenho que ser escutado (G2).

A fala deste trabalhador resume a forma de organização percebida na instituição. "Você já viu cavalo de charrete; a gente só pode olhar assim"(gesto com a mão de estreitamento) (G1). O engessamento exigido para o trabalho e a dicotomia entre quem planeja e quem executa pode ter efeitos no sentido do trabalho destes profissionais. Segundo Campos (2007), a imprevisibilidade dos casos que se apresentam ao profissional de saúde exige criatividade, iniciativa e improvisação para resultar numa resolução eficaz. Sendo assim, a autonomia seria fundamental para a atuação do profissional. Em dois grupos aparece certo grau de autonomia, que os trabalhadores atribuem à condução do encarregado, o que lhes proporciona satisfação, motivação e bem-estar no trabalho.

A psicossociologia enfatiza que não se deve minimizar o saber dos indivíduos e coletivos que vivem as situações concretas. Bendassoli (2011) afirma que todo trabalho só pode ser efetivado se os que dele participam forem vistos como sujeitos ativos, capazes de produzir sentidos e ações para as situações nas quais estão envolvidos.

Enriquez (1997) destaca que o pensamento inventivo é desejado e temido pelas organizações. Desejado no sentido de produção, temido porque pode ameaçar a ordem definida pela organização. Nesse sentido, o autor afirma que há um temor da organização em relação ao pensamento em seus aspectos inventivos e criativos. Nas palavras do autor,

[...] o prazer da reflexão desinteressada, da faculdade de julgamento é considerado como inconveniente, porque permite questionar os valores em nome dos quais as decisões são tomadas assim como os modos de pensar dominantes (p.87).

O relato expressa os mecanismos de controle percebido pelo agente: "Aqui eles querem uma comissão local corpos dóceis e trabalhadores corpos dóceis, entende" (G1). Conforme afirma Foucault (1979, p.163), "é dócil o corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado".

### **O serviço de zoonoses não faz parte da saúde**

Os agentes de controle a endemias são profissionais, cuja atuação exclusiva no Sistema Único de Saúde foi definida por regulamentação federal através da Lei 11.350 de 2006. Em Belo Horizonte, a descentralização da atividade destes profissionais, antes a cargo da FUNASA, para os Centros de Saúde, aconteceu em 1996. Jardim et al. (1998) destacam que o processo de descentralização enfrentou muitos desafios, problemas técnicos e políticos, como o corporativismo, financiamento e falta de preparo dos municípios. Recentemente, em estudo realizado na SMSA, com uma equipe de zoonoses, apontou que embora a instituição se esforce para a incorporação destes profissionais à Atenção Básica, essa posição não está consolidada (FRAGA, 2014). Os relatos dos ACE corroboram os achados de Fraga (2014), revelando uma percepção de marginalização e discriminação no cotidiano de trabalho. As falas de alguns destes profissionais sugerem essa percepção:

[...] o pessoal lá de dentro não reconhece a gente como parte da equipe lá de dentro, parece que cortou um pedaço da parede e não fazemos parte. Somos rejeitados pelo centro de saúde(G2).

Existe profissional que olha a zoonoses como intruso (G6).

De acordo com as diretrizes de organização da assistência da SMSA, os agentes de controle de zoonoses são parte integrante da atenção básica, portanto, uma das equipes que compõe os centros de saúde do município. Mas os relatos dos profissionais parecem apontar para outra realidade:

Na verdade ainda não somos parte da saúde; a zoonoses é parte da saúde burocraticamente, para nós é uma forção de barra, porque tem a dengue e tem que ter a gente, mas não tem aquela ligação com o posto de saúde como se fosse uma coisa só, nós somos vistos como uma coisa a parte (G5).

Segundo Enriquez (1997), o indivíduo não expressa apenas seu desejo próprio num grupo, quer igualmente ser reconhecido como um dos membros do grupo. Para que os diversos membros dos grupos se reconheçam, não devem ser muito diferentes uns dos outros, devem se identificar uns com os outros. O autor acrescenta que o que produz a semelhança é o envolvimento em torno de uma mesma causa. A organização do trabalho na saúde pode ser um dificultador para a integração das diferentes práticas profissionais. Tradicionalmente, os serviços de saúde organizam seus processos de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias e não em objetivos comuns. E esse tipo de organização não tem garantido que as práticas dos diversos trabalhadores se complementem, ou que haja solidariedade no cuidado (BRASIL, 2012). A portaria nº 1007, publicada em 2010, definiu os critérios para regulamentar a incorporação do ACE na atenção primária, tendo inclusive incentivo financeiro para as equipes de Saúde da Família que incorporarem os ACE na sua composição. Mas a legislação nem sempre dá conta da complexidade das relações no trabalho. Enriquez (1997) afirma que se pode verificar diariamente um afastamento considerável entre as representações modelizadas das organizações, tal como são definidas nos manuais e aquilo que na realidade se passa dentro delas.

A fala do agente expressa o ressentimento da categoria e ilustra a afirmação de Enriquez:

Na verdade, a zoonoses só faz parte da saúde na teoria, nem os gerentes querem assumir a zoonoses, só lembra da zoonoses em época de epidemia; quando é interessante para eles; é por isso que a gente trabalha assim, nessas condições (G2).

A questão do reconhecimento sempre foi tema abordado na história das relações humanas, remetendo ao relacionamento consigo mesmo e com o outro, abordado na Filosofia, na Psicologia Social e nas Clínicas do Trabalho com enfoques diferentes. Honneth (2003 citado por BENDASSOLI, 2012) afirma que vários sofrimentos e angústias contemporâneos estão associados às modalidades de negação de reconhecimento e desrespeito.

Conforme alerta Lhuillier (2014), é importante considerar as dimensões da divisão técnica, social, moral e psicológica do trabalho que atravessam a questão do reconhecimento. Segundo a autora, existe uma “escala de desejabilidade moral e psicológica das profissões e das atividades, que diferencia profissões prestigiadas de outras desconhecidas ou estigmatizadas”(p.16). Essa perspectiva apontada por Lhuillier (2014) faz pensar que a questão da falta de reconhecimento destacada pelos ACE tem origens mais complexas e remete ao que a autora nomeia como uma “fabricação baseada em processos de delegação e no fato de serem jogadas na invisibilidade as atividades desinvestidas e desvalorizadas” (p.16). Esse estigma sobre determinado trabalho contamina também a pessoa que o exerce, influenciando sua própria autoimagem (LHUILIER, 2014).

Neste sentido, os relatos dos ACE sugerem que a exclusão e desigualdades de tratamento fazem parte do seu contexto de trabalho, sendo percebido por eles como o aspecto mais difícil com que têm que lidar e o que produz maior sofrimento:

Quando você vai ao distrito e não é bem recebido, aqui tem muito preconceito de classe, como eles dizem no nosso nível de classe a gente não é bem recebido; aqui a gente tem médico, enfermeiro, cada um tem um nível de classe; para mim todos deveriam ser iguais, porque trabalhador é trabalhador; eu quero ser bem tratado, respeitado (G1).

Segundo Barros e Santos (2015, p. 247), “as profissões avaliadas como mais ou menos nobres estão situadas em uma hierarquia de reconhecimento e valorização social”, ocupando os últimos patamares nessa hierarquia, as profissões desvalorizadas e sem qualificação. Estão associadas a “situações de desrespeito, discriminação e exploração, como decorrentes da precariedade das condições de trabalho e da fragilidade das inscrições sociais”. O relato do agente denuncia a



diferença e o sofrimento advindo das posturas discriminatórias vivenciadas no trabalho:

[...] o contrato, por exemplo, eu não sou contrato, mas vejo o que acontece com eles; eu mesma sendo efetiva já passei situações aqui que nunca imaginei passar, entendeu, mas assim, instituição prefeitura é discriminação, entre categorias, entre classes, sabe; infelizmente a zoonoses não é uma coisa assim tão prioritária como o médico (G2).

A invisibilidade destes profissionais é um ponto que causa indignação no grupo, remete ao desaparecimento simbólico de indivíduos com profissões que não exijam qualificação escolar ou técnica (COSTA, 2004).

Aqui tem muito isso, eles não enxergam a gente, a ponto de a gente chegar na cozinha e dá bom dia e nem te verem, nem respondem [...] isso também atrapalha agente, é muito chato a pessoa nem dá bom dia, principalmente se tiver médico e enfermeiro (G1).

Esse tipo de sentimento foi identificado por Costa (2004) em seu estudo com os garis. Para o autor, a invisibilidade tem estreita relação com a segregação social, quer dizer, quanto maior a distância social, maior a probabilidade de o sujeito ficar automaticamente invisível ao outro. Essa constatação tão presente no nosso viver nos leva a ampliar nossa reflexão sobre o tema. Para o autor:

A cegueira de gente que não vê gente é traumática, causa angústia. A cegueira de gente que não vê gente dispara humilhação. E, mais precisamente cegueira política: cegueira de uma classe quanto à outra classe, a classe a serviço da primeira em condições de subordinação. (COSTA, 2004. p.13).

Costa (2004) aponta que a subjetividade de um homem é demandada pela subjetividade de outro homem, portanto o reconhecimento do outro enquanto semelhante constitui um “fenômeno psicossocial”. Assim, o autor entende que a invisibilidade pública é expressão de dois fenômenos sociais que assumem caráter crônico nas sociedades capitalistas: humilhação social e reificação.

O conceito de reificação é a transformação de uma pessoa em uma coisa. No marxismo, o conceito designa uma forma particular de alienação, característica do modo de produção capitalista. Implica na coisificação das relações sociais. A invisibilidade pública é resultado histórico de longa duração que o capitalismo perpetua e naturaliza. Nesse cenário social a percepção do outro é diminuída,

especialmente a percepção de alguém vinculado à forma baixa do trabalho, o trabalho desqualificado (COSTA, 2004). Para o autor, a invisibilidade pública é uma construção social e psíquica e tende a:

Ressecar expressões corporais e simbólicas dos humanos então apagados. Pode abafar a voz e baixar o olhar. Pode endurecer o corpo. Pode emudecer os sentimentos e fazer fraquejar a memória. Faz esmorecer- em todos estes níveis - o poder de aparição de alguém (COSTA, 2004, p. 16).

Na relação desigual não há encontro, mas uma experiência de desencontro vivido com neutralidade ou descaso, com arrogância ou humilhação "[...] aqui, quem é nível superior eles tratam de um jeito e quem é nível médio tratam de outro jeito; você não tem espaço para conversar" (G1). No quadro da invisibilidade pública, a comunicação entre os humanos fica prejudicada, regride, tendendo às formas de troca demasiado econômicas. Estabelece-se entre os sujeitos um tipo de conversa que não é conversa, mas algo peculiar ao modelo econômico capitalista: troca de mercadorias ou serviços (COSTA, 2004).

Um fato concreto que reforça esse sentimento de invisibilidade, é que os pontos de apoio das equipes de zoonoses, na maioria das vezes, encontram-se na área externa da unidade de saúde, funcionando também com espaço improvisado, pequeno, escondido. Os agentes relatam esse fato nos grupos:

E observa nos outros lugares, a zoonoses é sempre fora, são poucas as unidades que a zoonoses é dentro do posto, para você ver; isso já é uma barreira (G2).

Um dia você pode tirar e ir em todos os postos de saúde e vai ver a sala de zoonoses, é sempre a escória, debaixo de uma escada, num beco; escondido; isolado (G4).

Costa (2004) afirma que a invisibilidade é uma forma de "violência simbólica e material que vem oprimir cidadãos das classes pobres, na cidade e no campo" (p.16). Para Bourdieu (2002), a violência simbólica é "suave, insensível, invisível às suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento" (p.7). Segundo o autor, a violência simbólica se apoia na imposição das concepções das classes dominantes acerca da realidade, reconhecidas como legítimas.

A violência simbólica no trabalho é caracterizada quando os trabalhadores são tratados “como cidadãos de segunda categoria, seja pela cor da pele, pela baixa escolaridade, pela ausência de qualificação profissional”, por serem trabalhadores informais, ou por um estigma associado à determinada categoria profissional (OLIVEIRA; NUNES, 2008, p. 15).

Conforme Odalia (1985), a violência não traz etiqueta de identificação, “se insinua frequentemente, nos diversos contextos como ato natural, rotineiro, inscrito na ordem das coisas” (p.23). Estes relatos exemplificam a percepção dos ACE de como são vistos pelos colegas:

Às vezes você senta um pouquinho para escrever alguma coisa e passa um do centro de saúde e fala: aí é vagabundo, está sentado (G4).

Às vezes seu corpo tá pedindo para sentar um pouquinho, mas a gente é discriminado, é vagabundo, os próprios colegas do posto; isso que mais magoa a gente(G1).

Tem colega que fala quando a gente sai para o campo: já vai passear né. É constrangedor. [...] Não tem nem lugar de ficar; tem que ficar na rua, o munícipe vê a gente na rua e fala que a gente está à toa. [...] Tem colega que fala quando a gente tem que ficar aqui por causa da chuva, que delícia esse trabalho (G2).

Às vezes tem que ficar sentado na rua; e a gente está lá porque estamos esperando o carro nos buscar, mas não tem lugar de ficar aqui dentro, mas a gente é visto como vagabundo (G3).

Os relatos dos ACE sugerem que eles reivindicam, sobretudo, o reconhecimento de sua humanidade no trabalho.

Eu não entendo, eu não sou máquina, tenho sede, fico cansado, eu vou parar mesmo para entrar num bar para beber uma água, usar o banheiro; ou então volto para cá para fazer isso; não pode parar, não pode sentar, não pode nada; um tal de você é celetista, não tem direito, não pode nada (G1).

### **As outras formas de violência relacionadas ao trabalho percebidas pelos ACE**

Oliveira e Nunes (2008) apresentam uma discussão teórica acerca da violência no âmbito do trabalho e conceituam a violência relacionada ao trabalho como toda “ação voluntária de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo que venha a causar danos físicos ou psicológicos, ocorrida no ambiente de trabalho, ou que envolva relações estabelecidas no trabalho ou atividades concernentes ao

trabalho” (p.11). Os autores incluem neste conceito formas de infração dos princípios fundamentais, direitos trabalhistas e previdenciários; a negligência em relação às condições de trabalho; a omissão de cuidados e falta de solidariedade.

A violência no trabalho vem constituindo um importante problema de saúde pública, que tem impacto na dignidade e na qualidade de vida do trabalhador. O trabalho que não é considerado, a priori, como possível lugar de violência e exclusão, convive atualmente com tais fenômenos (CAMPOS, 2004; OLIVEIRA; NUNES, 2008).

Essa realidade é descrita pelo ACE em todos os grupos.

Uma vez numa casa, uma fila começou a se formar, porque a boca ia abrir; o cara perguntou vocês querem peixe? A gente respondeu que a gente estava trabalhando então ele mandou a gente vazar e ele estava com um facão [...] aí a agente foi falar com ele e ele bateu nela com o facão (G5).  
Tem os locais de boca de fumo; a gente está exposta e a gente nem sabe; na minha área tem muito morador de rua, usuários de drogas e a gente que é mulher não sabe o que pode acontecer (G1).

Os ACE têm que conviver com a violência no seu contexto de trabalho de forma muito próxima e acabam desenvolvendo meios para a realização da sua atividade apesar dela. "Na vila tem o tráfico de drogas e a gente tem que ter cuidado, você está passando e vê o que está acontecendo, mas com o tempo você acostuma"(G6). Os agentes constroem um saber acerca de como lidar com a violência nas comunidades e reconhecem seu risco e seu *status* de poder paralelo. Não há um consenso entre os agentes sobre trabalhar em vilas. De certa forma, entendem que faz parte da sua atividade e tem alguns agentes que acham mais fácil trabalhar nas vilas do que nas áreas ditas “formais”, porque se sentem mais aceitos. Outros acham mais difícil por não terem recursos legais.

Em relação à comunidade, descrevem situações em que se sentem maltratados, mal recebidos, ignorados, mas também afirmam que a maioria os acolhe, respeita, ajuda e desenvolve uma boa relação. Vivenciam os dois lados na relação com a comunidade, de prazer e satisfação e de frustração e impotência.

As recusas que tinha para entrar nas casas eu não tenho mais; entro agora pela porta da frente e sou muito bem recebido; as pessoas me chamam pelo nome (G1).

Eu cheguei num salão e dona falou você não está vendo que estou trabalhando, eu disse que coincidência eu também; quer dizer você não é reconhecido como trabalhador, como se falasse você não tem nada para

---

fazer não. Mas os moradores, a maioria são bons, às vezes dão suco gelado, entende, isso alivia um pouco (G2).

Bendassoli (2011) afirma que a violência e os maus tratos estão na origem de muitas formas de patologias e sofrimento no trabalho. Associam-se aqui as diversas formas de assédio moral como também na exposição dos indivíduos a situações humilhantes ou ofensivas com as quais nem sempre consegue lidar. O sofrimento psíquico surge quando, neste contexto, os sujeitos são entregues aos seus recursos pessoais, que pela ausência de mediação coletiva, se encontram em assimetria de poder com a organização.

### **A saúde não é mais a mesma – a percepção dos problemas de saúde e riscos no trabalho**

Os principais riscos reconhecidos pelos ACE são a violência, assédio sexual, principalmente para as mulheres, acidentes com cachorro, quedas, sol, contaminação por doenças infecciosas, o veneno (produtos químicos) e os riscos psicossociais.

Os riscos psicossociais, muitas vezes, invisíveis nas organizações de trabalho, também podem ser causa de adoecimento e desgaste, físico e psicológico. Os riscos psicossociais se associam a muitos fatores. Rossetti e Araújo (2016) destacam aspectos relacionados às condições e à organização do trabalho, aos modelos deletérios da gestão, aos contextos sociais e ambientais, além da falta de reconhecimento do trabalhador. Os autores apontam que podem estar na origem do absenteísmo, da alta rotatividade, estresse, depressão, abuso de drogas e álcool, violência e até das doenças osteomusculares, “implicando em custos significativos para a saúde do trabalhador e para os próprios objetivos da organização” (p.118). A fala destes ACE corrobora a afirmação dos autores:

Tenho dificuldade para dormir, para acordar, sem vontade de vir trabalhar, dores e às vezes até inibi o apetite. A gente desconta em casa, na família (G1).

O que me estressa é querer resolver um problema e não conseguir; nosso trabalho não desenvolve (G2).

Na realidade a saúde não é a mesma de quando entramos não. Aqui uns 3 fumam, outro sistema de escape, eles param de fumar; passam uma raiva e volta a fumar. Quando a gente entra aqui a gente só engorda, porque a gente come muito porque a gente fica muito ansioso aqui dentro em época da chuva ou quando não tem material; a gente já está um ano sem material (G4).

O assédio sexual é um risco apontado por todos os grupos, principalmente pelas mulheres. O agente do sexo masculino também cita o assédio, mas não é considerado pelo grupo, tornando-se chacota. Uma das indignações dos profissionais é que este risco não é reconhecido pelos encarregados que riem dos relatos de assédio das agentes, banalizando seu sofrimento.

Eu entrei na casa de um morador e ele tinha problemas mentais, e essa blusa muito transparente ele pegou no meu seio e apertou como se fosse uma buzina; e o encarregado sabia que ele tinha problemas mentais e quando eu cheguei aqui assustada e contei ele riu, fez chacota (G1).

Uma vez, o dono da casa me perguntou se eu tinha um tempinho para ele, que ele pagava bem (G6).

O relatório de Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores(BCMRI), aponta que as causas mais frequentes dos afastamentos do trabalho por licença médica até 15 dias, são as doenças do sistema osteomuscular (20%), seguidas pelas lesões, envenenamentos e consequências de causas externas (15%) e por transtornos mentais e comportamentais (14%). Há também registros de afastamentos por doenças do aparelho respiratório (7%) e circulatório (8%), as doenças infecciosas e parasitárias/ aparelho digestivo (7%), neoplasia 2%. Existem registros de 10% de casos codificados na Classificação Internacional de Doenças como fatores que influenciam o estado de saúde e contato com serviço de saúde<sup>10</sup>. Aparecem outras causas como doença dos nervos, de pele, do sangue, do aparelho urinário, dos olhos, nutricionais e de ouvido que, juntas correspondem a 17% do total de casos de afastamento no referido período (SMSA, 2015). As queixas dos ACE no grupo focal coincidem com as proporções apresentadas neste relatório. "Dores na perna; nas costas, é assim direto, já me acostumei (G2). Coluna dói e tem dia que você não aguenta" (G1).

---

<sup>10</sup> Categorias fornecidas para as ocasiões em que outras circunstâncias que não uma doença, um traumatismo ou uma causa externa classificáveis nas categorias AOO-Y89, são registradas como diagnósticos ou problemas.

As doenças osteomusculares identificadas são fraturas, entorses, dores lombares, dores no joelho e dedos. As causas de adoecimento dos agentes são semelhantes às encontradas em outros estudos. Estes registros foram relatados também num estudo realizado no Ceará com ACE em 2015 (FERREIRA et al., 2015).

Um dos problemas que mais atinge trabalhadores, e vem aumentando consideravelmente, são as Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. São doenças decorrentes da utilização excessiva do sistema músculo- esquelético e, da falta de tempo para recuperação, não existindo causa única e determinada. São vários os fatores existentes no trabalho que podem estar relacionados à sua gênese: repetitividade de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, pressão mecânica sobre determinadas partes do corpo, trabalho estático, frio, fatores organizacionais e psicossociais (BRASIL, 2012; FERREIRA JUNIOR et al., 2015).

Sabe-se que as causas de adoecimento, (distúrbios osteomusculares e doenças mentais e comportamentais) do ACE identificadas no levantamento junto a Perícia Médica não são exclusivas dessa categoria, mas são doenças encontradas entre os trabalhadores, associadas a fatores de diversas ordens.

A clínica da atividade faz alguns apontamentos acerca destas doenças e do contexto de trabalho a elas relacionados. Este tipo de adoecimento no trabalho pode estar associado à patologia da atividade aprisionada, impedida. Tais patologias emergem num contexto de desequilíbrio entre, de um lado, as exigências e pressões do trabalho e, de outro, a redução dos meios e dos recursos para o sujeito enfrentá-las. A atividade “aprisionada” diz respeito às patologias de sobrecarga, tais como as diversas famílias de transtornos músculos-esqueléticos (sobrecarga física), *stress*, fadiga, etc. (BENDASSOLI, 2011).

Aparecem também relatos de adoecimento por intoxicação por veneno. O ACE é a categoria profissional mais suscetível aos efeitos dos inseticidas nas campanhas antivetoriais, pois a exposição se dá desde o preparo do produto até a aplicação nas áreas intra ou peridomiciliares, onde absorvem esses produtos pelas vias dérmica e área. Fatores como a falta de equipamentos de proteção individual (EPI) ou desconhecimento da forma correta de manipulação de cada produto

aumentam os riscos de intoxicação (NOBRE, 2012). Os agentes reconhecem o risco e o impacto em suas saúdes nesse relato:

Eu mesmo, fiquei afastado quatro meses, no meu caso, foi intoxicação por produto químico. Na época eu tinha tenossinovite, estava com as mãos inchadas (G1).

Já tem mais de seis meses; o meu exame tinha dado problema e estou sem usar produto químico e não sei o que tenho agora, porque até hoje a gente não foi. Eu fiz um exame em 2013; deu alguma coisa e a gestão me afastou e nem sei por que(G5).

A questão da remuneração e qualidade de vida foi muito discutida nos grupos focais, e em boa parte, as percepções eram que a baixa remuneração tem impacto na saúde e na qualidade de vida dos agentes, já que não permite que eles possam desfrutar de lazer com família, viajar nas férias e nem se alimentar bem. Além disso, segundo eles, como a remuneração é insuficiente, alguns trabalham em outros lugares a noite ou fins de semana. Estudo realizado por Fraga (2014) com os ACE da SMSA/PBH afirma que 69% dos agentes têm outras fontes de renda.

### **Estratégias em defesa da saúde e do sentido do trabalho**

Os ACE estão expostos a muitos riscos relacionados ao seu contexto de trabalho. Sendo assim, relatam que desenvolvem estratégias individuais e/ou coletivas para viabilizar o trabalho e proteger a sua saúde física e mental. Os agentes convivem diariamente com a violência social e urbana e com seus diversos contornos, como o tráfico de drogas e agressões verbais dos usuários. Nas discussões nos grupos, os profissionais revelam as formas de lidar com a violência no trabalho:

O horário de ir na vila e se você for entrar numa vila você tem de pedir licença para os donos da boca; do tráfico e ele vai te dizer quais casas você não pode entrar de jeito nenhum; você tem que pedir licença para eles, se apresentar (G4).

Se for área de vila, bate de leve na porta, se não abrir não insiste porque tem algo que você não pode ver; às vezes a pessoa não abre a porte e fala não tem ninguém aqui, vai embora; se a pessoa fala não entra nesse cômodo, não entra; porque é coisa que você não pode ver. Se entrar na favela, não viu ninguém nos becos, pode sair (G5).

Sexta feira não entra na favela, não vai. Não olhar nos olhos do cara, a gente tem medo (G4).



---

Quando eu sei que o morador me maltrata, eu não bato na casa, a gente não tem apoio mesmo (G1).

Os ACE exercem sua atividade na rua, muitas vezes sem acesso a estrutura física necessária para manter o equilíbrio fisiológico, expostos frequentemente à altas temperaturas e a lugares de difícil acesso. Sendo assim, os relatos dos ACE aponta alternativas para driblar as adversidades encontradas no trabalho de campo e minimizar o desgaste físico:

Eu tenho estratégias, entende; eu tenho os pontos de apoio; um lugar que posso ir ao banheiro; identifico a área comercial que tem banheiro limpo, água (G6).

Eu procuro fazer a maior parte das casas pela manhã, assim evito o sol muito quente, sabe (G2).

Conforme Neffa (2012), os riscos psicossociais estão presentes no diversos espaços de trabalho, através das condições de trabalho, gestão autoritária, mecanismos de controle e avaliação em prol de aumentar a produtividade, dentre outros. Nesse sentido, os trabalhadores têm que recorrer às estratégias para preservar a saúde e o sentido do trabalho. É assim que surgem os rearranjos no trabalho, como uma “contrapartida dos dominados frente aos processos que organizam a vida sócio-política” (BESSI, 2009, p.18). Na concepção da Gestão, determinadas ações dos trabalhadores podem ser interpretadas como insubordinação ou negligência, porém alguns autores das Clínicas do Trabalho, especialmente da Psicossociologia, podem interpretá-los como uma reação de saúde, fazendo referência ao conceito de resistência. Para Gualejac (2007, citado por BESSI, 2009 p.48), através da resistência o sujeito desenvolve mecanismos para proteger sua “integridade”, protegendo suas “capacidades reflexivas, buscando manter a possibilidade de encontrar sentido em suas ações cotidianas”.

Rossetti e Araújo (2016, p.123) afirmam que a “resistência está presente na história do SUS, mas para, além disso, o constitui em sua materialidade cotidiana”. Os autores ressaltam que a “resistência no trabalho manifesta-se nas situações em que, para o trabalhador, não é mais possível manter-se numa condição de assujeitamento, em relação às violações de sua ética, de seus valores e de seu saber-fazer” (p.121). Algumas ações relatadas pelos profissionais nos grupos focais sugerem um movimento, ainda que momentâneo, de liberta-se do

assujeitamento à organização, estabelecendo novas formas de ser e de fazer no trabalho. É o que mostra o relato do agente, que tenta defender os valores do trabalho bem feito e a credibilidade face à comunidade:

Quando a ordem vem e a gente sabe que é errado, a gente não faz, aqui a gente não faz; por exemplo a gente tem que borrifar a casa por dentro e por fora; e às vezes as pessoas não querem porque dá trabalho para limpar, ai eles ligam para o distrito e eles liberam para o morador, falam para gente borrifar só por fora; eu cancelo a casa e não faço, porque eu sei que não pode e se eu fizer vou perder toda a credibilidade do meu serviço até perante a comunidade; ai aquela casa fica esquecida; só por fora não pode. Já que o distrito mandou fazer, eles mandam alguém para fazer, mas eu não faço; o pessoal do distrito fica sentado lá e não sabe o que acontece aqui (G4).

Enriquez (1997) assinala que os grupos em que se desenvolvem os sentimentos fraternais dentro das organizações são “reagrupamentos de produção e de luta” (p.89). É pela necessidade de resolver conjuntamente os problemas de organização de seu trabalho, cujos aspectos diversos se convertem reciprocamente, que os profissionais formam coletividades que não são visíveis na organização. A partir da situação de produção que os trabalhadores se associam espontaneamente para “resistir, se defender, lutar”. Neste sentido, a situação de imposição baseada somente na relação de poder é recusada no relato deste grupo:

Aqui, as ordens vêm e a maioria delas a gente tem que fazer; mas aqui a gente não faz tudo que mandam, a gente questiona e às vezes não cumpre. Ex.: da ordem da borrifação dos centros de saúde, a gente não fez e quem obedeceu foi até para corregedoria, porque todo mundo passou mal, quem aplicou, o paciente, trabalhador. Mas foi ordem lá de cima, mesmo a gente sabendo que não era fazer, alguns fizeram por medo, né (G4).

Igual, aqui a gente tem experiência com a base na ameaça; vocês não vão, vai colocar o nome no Dom, na corregedoria, quer dizer tem consequência; o exemplo do que está acontecendo agora, eles vão fazer um seminário e querem que a gente vá, algumas pessoas disseram que vão e outras não vão e eles querem porque querem que a gente vai; eu sou um dos que falei que não vou e aí vem o gerente, gerente da GERASA, apoiador institucional, mas não tem argumento. Ficaram quatro anos dando pancadas e agora vem reunir, fazer seminário para aparecer; (G1).

A resistência as regras formais podem surgir quando elas são muito contraditórias com aquilo que os trabalhadores acreditam que deve ser feito para trabalhar corretamente. No trabalho cotidiano, em que o “poder autoritário” das organizações se instala, passa a requerer do sujeito ações de subversão aos modelos previamente concebidos (GUALEJAC, 2007; BESSI, 2009). No caso dos

agentes, os relatos nos grupos sugerem que transgredir significa manter a dignidade e o sentido do seu trabalho face às prescrições que eles consideram absurdas e ineficazes:

Outro exemplo é o descarte de material, você não pode jogar o inseticida nem no esgoto, nem no vaso sanitário, tem que ter um lugar próprio e veio uma encarregada aqui e mandou jogar no córrego; eu falei que jogava, mas ela tinha que assinar um papel com essa ordem; eu sei que não pode, mas ela estava mandando, então falei que jogava se ela assinasse se responsabilizando e ela foi embora (G4).

O biólogo falou sobe lá no telhado, com chuva, sem nada para apoiar, quer dizer correndo risco. Eu falei você pode subir também, ele falou, eu sou biólogo, eu não posso subir; se você não pode porque é biólogo, então eu também não posso (G1).

Neste sentido, as recusas e as transgressões podem ter um sentido transformador, gerar mudanças tanto nas relações que o sujeito estabelece com o seu trabalho, assim como no seu entorno físico e social. A transgressão não só questiona as instituições e seus modos de operar, como também propõe novas ideias, ações e posicionamentos (ARAÚJO, 2014; ENRIQUEZ, 1997). Canguilhem (2007) afirma que a saúde não se reduz a um discurso normativo, ela é, sobretudo, a possibilidade de normatividade pelo indivíduo. Neste sentido, o autor ressalta que é a indiferença do sujeito diante de suas condições de vida e de sua interação com o meio que é anormal. A atitude de descaso dos gestores diante da situação de violência vivenciada por essa equipe mobiliza os profissionais, que decidem parar suas atividades:

Você está vendo as grades aqui, depois da oitava vez, depois do oitavo arrombamento, eles resolveram colocar, porque a gente falou que não ia para o campo mais; os caras entram, joga tudo no chão, destrói nossos escaninhos e a última vez os caras defecaram em cima das nossas coisas; e ninguém fazia nada; a gente teve que parar para eles resolverem colocar grade; foi a única forma de pressionar a instituição, mas queriam que a gente saísse, depois da oitava vez (G1).

Apesar das adversidades, os profissionais reconhecem a importância do papel social da sua atividade, criam alternativas para realizar a atividade e afirmam que o trabalho é bem feito. Alguns expressam certo orgulho da atividade, principalmente quando recebem *feedback* positivo do munícipe. Eles usam a criatividade e os recursos próprios para viabilizar o trabalho e demonstram

satisfação ao se verem protagonistas no trabalho. Como afirmam Rossetti e Araújo (2016), “a resistência quando criativa abre caminho também para a possibilidade de prazer, para o sentimento de autorrealização no trabalho” (p.119). Os ACE expressam a satisfação no trabalho nestes relatos:

E também os meninos tentam ajudar, tampam a caixa d'água, eles mesmos fazem as tampas, ou usam lona; a gente faz com nossos recursos, a prefeitura nem sabe disso, não é nossa atribuição, a gente improvisa ou a gente pede em outros lugares, a gerente ajuda também. [...] Chega o sac para roedor e não tem veneno, e você tem de usar a criatividade, ensina a fazer uma barreira física; orienta a fazer uma limpeza (G6).

E uma coisa a gente pode dizer, que com toda dificuldade e falta de recursos, o trabalho é muito bem feito; é bem executado - todos concordam- (G3).

Nós somos agentes de zoonoses da prefeitura, não somos qualquer um, somos representantes da vigilância do município (G2).

A percepção do trabalho bem feito e a união entre os membros da equipe também aparecem como um fator de proteção à saúde. Freud (1996) em *Psicologia das Massas e Análise do Ego* mostrou que os outros participam da construção de nossa vida mental servindo de modelos de identificação, de objetos de investimento afetivo, de suporte (laços de cooperação) e de adversários. Neste sentido, o outro visto como apoio, constitui os “recursos interpessoais e coletivos construídos por meio da cooperação, da resistência as imposições do trabalho e superação dos obstáculos” na experiência concreta do trabalho, em que constrói e reconstrói modos de viver e modos de trabalhar (LHUILIER, 2014, p.12). Os relatos dos agentes expressam a importância dos vínculos construídos no trabalho:

Tudo que acontece aqui a gente se apoia; a gente se ajuda; somos um para o outro, num olhar a gente reconhece que o cara não tá bem, a gente já percebe só dele chegar; aí a gente manéra, não brinca tanto, às vezes faz a borrição para pessoa que não tá bem; quebra o galho dele. Isso ajuda muito a gente (G5).

A gente pergunta se tomou o remédio para pressão alta, a gente cuida um do outro (G3).

Conforme Chanlat (2011, p. 123), “o lugar de trabalho é um lugar de socialização e de encontros”. É espaço dividido e imposto, que fixa de algum modo a identidade pessoal e social”, fornece referências para se transformar, trocar, produzir, se distrair e se fortalecer. É o agir e interagir criando rede de solidariedade,

laços afetivos, desejos e posicionamentos, novas formas de sociabilidade, habilidades e novas formas de resistência (CHANLAT, 2011; NASCIMENTO, 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo permitiu apreender e aproximar da experiência de trabalho vivenciada pelos ACE. Os trabalhadores do serviço de zoonoses demonstraram serem articulados, com uma visão crítica e coerente do seu contexto de trabalho, engajados com a atividade que realizam e com um rico conhecimento desenvolvido na vivência diária do campo. A pesquisa evidenciou que os profissionais percebem que o serviço de zoonoses não está integrado à saúde, e que isto é uma das causas da precariedade das condições de trabalho, do sentimento de invisibilidade e da marginalização simbólica e concreta por eles relatados.

Aliado a isso, na perspectiva dos profissionais, eles não são escutados pelos gestores e seu saber é desconsiderado dentro da instituição. Os trabalhadores entendem que é preciso reconstruir os processos de trabalho e melhorar a interação interna, partindo do pressuposto de que, se eles fossem reconhecidos e apoiados pela instituição, se sentiriam mais empoderados frente à comunidade. Reivindicam dos gestores e dos colegas respeito, tratamento institucional isonômico com os trabalhadores de outras categorias como médicos, enfermeiros, psicólogos etc.. Questionam a organização dos processos de trabalho, percebendo-os sem continuidade, baseados em uma diretriz que prioriza a produção em detrimento da qualidade do serviço, excesso de burocracia e falta de diálogo nas práticas gerenciais. Expressam sentimento de frustração diante do descompasso entre o esforço intenso empenhado e os resultados esperados, ou seja, a prevenção e o controle das doenças.

A análise dos ACE acerca do trabalho no serviço de zoonoses na SMSA/BH revela uma percepção da gestão como verticalizada e o planejamento centralizado. Este modelo teria como estratégias principais diante das epidemias, o incremento de recursos humanos e o aumento do controle das ações destes profissionais, priorizando, sobretudo a produtividade e desconsiderando os outros problemas sanitários e sociais envolvidos nas epidemias. Essa forma de organização das ações aponta a persistência do modelo sanitário adotado pela

---

FUNASA, na década de 90. O cenário epidemiológico tem demonstrado que esse modelo é ultrapassado, reducionista e pouco eficaz.

No aspecto da saúde, a pesquisa evidenciou que as três principais causas de adoecimento nos afastamentos dos ACE de curta duração são as doenças do sistema osteomuscular, lesões, envenenamentos, consequências de causa externa e os transtornos mentais. Indicou também que os profissionais percebem os riscos a que estão expostos, como a violência urbana e o assédio sexual, falta de equipamentos de segurança adequados para a realização da atividade, intoxicação pelo produto químico e os riscos psicossociais, que permeiam o contexto de trabalho em que estão inseridos.

No tocante aos riscos psicossociais, o estudo revelou também que a resistência está presente nas ações destes trabalhadores, manifestada nas saídas criativas individuais e coletivas para realização do trabalho, nas transgressões, na defesa do trabalho bem feito e no fortalecimento do coletivo. Neste caso, as ações de resistência podem ser vistas positivamente, como uma via de significação e sentido para o trabalho.

Os trabalhadores resistem a serem corpos dóceis, lutam em busca de espaço para o diálogo e para o reconhecimento de sua humanidade no trabalho. A perspectiva dos agentes acerca do seu contexto de trabalho retrata o momento social, político e econômico no qual vivemos, e que impacta significativamente o SUS, cujos princípios estão continuamente ameaçados. A luta por melhores condições de trabalho e de um lugar neste sistema de saúde, que em sua essência congrega valores de solidariedade, inclusão, cooperação, participação e, sobretudo, a defesa da saúde e da vida, é legítima.

Diante deste cenário, não é possível concluir, mas iniciar. A instituição reproduz a lógica que predomina na sociedade; os valores, comportamentos esperados, formas de relacionamento, por isso é importante que a instituição perceba suas contradições internas, se indague sobre sua missão institucional e suas práticas. Assim, apesar das leis e portarias definirem e incentivarem a integração do ACE às equipes da atenção básica, esse processo ainda precisa ser discutido coletivamente na SMSA, em todos os níveis de gestão.

Uma mobilização dos gestores e técnicos para discutir os processos de trabalho definidos no serviço de zoonoses, com vistas à redefinição de papéis, buscando apoio de outros setores, como da segurança do trabalho e, da gestão do trabalho e educação, pode ser um caminho para ampliar o olhar da instituição para esse trabalhador. Isto pode oportunizar reflexões acerca do fazer dessa categoria, com vistas ao desenvolvimento do poder de agir dos profissionais, de sua autonomia, de sua criatividade e de sua saúde, o que pode contribuir muito para o alcance dos objetivos da organização.

## REFERÊNCIAS

- ABRAISCA - Associação Brasileira dos Fabricantes de Iscas Inseticidas. **Guia de notícias**. 17 de maio de 2012. Disponível em: <[abraisca.org.br/site/](http://abraisca.org.br/site/)>. Acesso em: 12/08/16.
- ARAÚJO, J. N. G. Figuras de resistência. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v.17, n. spe. 1, p.33-42, 2014
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, V. A.; SANTOS, P. H. F. Atividades marginalizadas: o servente da construção civil. In: ARAÚJO, J. N. G; FERREIRA, M. C.; ALMEIDA, C. P. (Orgs.). **Trabalho e saúde; cenários, impasses e alternativas no contexto brasileiro**. São Paulo: Opção, 2015.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica e Gerência de Engenharia de Segurança do Trabalho (GSST/ GEESEG). **Relatório de inspeção dos pontos de apoio do serviço de zoonoses**. Belo Horizonte: Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, 2011.
- BENDASSOLI, P. F. Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. X, p.63-98, mar. 2011.
- BENDASSOLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.17, n.1, p.37-46, jan. / mar. 2012.
- BESSI, V. G. **Modos de expressão da resistência no cotidiano do trabalho bancário**. 217f. 2009. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- BORGES, L. O.; FALCÃO, J. T. R.; ALVES FILHO, A.; COSTA, M. T. P. Condições de trabalho. In: BENDASSOLI, P. F.; ANDRADE, J. E. B. (Orgs.). **Dicionário de psicologia do trabalho e das organizações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 11.ed. Tradução Maria Helena Kuhner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Portaria MTPS nº 3.751**, de 23 de novembro de 1990. NR-17 Ergonomia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 nov. 1990. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR17.pdf>>. Acesso em 10/04/2017.



CAMPOS, A. S. **A violência como objeto para a saúde do trabalhador**: agressões contra trabalhadores das unidades básicas de saúde do distrito sanitário norte de Belo Horizonte. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde um desafio para o público**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARRETEIRO, T. C. O.; BARROS, V. A. Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p.3-21.

CHANLAT, J. F. O desafio social da gestão: a contribuição das ciências sociais. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p.110-131.

CHIAVEGATO FILHO, L. G. Apontamentos da clínica da atividade para compreensão das relações entre saúde e trabalho. In: ARAÚJO, J. N. G.; FERREIRA, M. C.; ALMEIDA, C. P. (Orgs.). **Trabalho e saúde, cenários, impasses e alternativas no contexto brasileiro**. São Paulo: Opção, 2015.

CLOT, Y. Prefácio à edição brasileira. In: **Escritos de Louis Le Guillant**: da ergoterapia à psicopatologia do Trabalho. Tradução de Guilherme Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

COSTA, F. B. **Homens invisíveis**: relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo, 2004.

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Tradução: Francisco da Rocha Filho. Petrópolis: Vozes, 1997.

ENRIQUEZ, E. O trabalho, essência do homem? O que é o trabalho? **Cad. Psicol. Soc. Trab.**, São Paulo, v. 17, n.spe.1, p.163-176, 2014.

FERREIRA JÚNIOR, A. R.; TORRES, A. R. A.; SILVA, C. M. A. Condições laborais dos agentes de combate a endemias e seus efeitos na saúde. **Essentia**, Sobral, v.16, n. esp, p.77-95, 2015.

FRAGA, L. S. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no Serviço de Controle de Zoonoses em Belo Horizonte. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.3, p.993-1006, 2014.

FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. [1920-1922]. Edição Standard Brasileira, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e formação social**. Trad. Ivo Storniolo. São Paulo: Ideias & Letras, 2007.

HONNNETH, A. **Luta por reconhecimento** (L. Repa, trad.). São Paulo: Editora 34, 2003 (Original publicado em 1992) apud BENDASSOLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.17, n.1, p.37-46, jan. /mar. 2012.

JARDIM, C. C. G.; OLIVEIRA, C. L.; CUNHA, M. C. M.; BRANDÃO, S. T. A descentralização do controle de endemias; uma aposta do município de Belo Horizonte. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte; Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 365.

LE GUILLANT, L. L. **Escritos de Louis Le Guillant; da ergoterapia à psicopatologia do trabalho**. Organização de Maria Elizabeth Antunes Lima. Tradução de Guilherme Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

LHUILIER, D. Introdução a psicossociologia do trabalho. **Cad. Psicol. Soc. Trab.**, São Paulo, v.17, n.spe.1, p.5-19, 2014.

NASCIMENTO, M.; FERNANDES, Felipe. Relações de trabalho e novas formas de resistência: o caso das mulheres trabalhadoras da Bahia. **Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia**, n. 45, p.55-64, mai./ dez. 2015.

NEFFA, J. C. **Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio**. Buenos Aires: Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajadores, 2012.

NOBRE, L. C. C **Orientações técnicas e atenção à saúde do trabalhador**. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Salvador: CESAT / DIVISA / DIVEP / DAB / SAIS / CIAVE, 2012.

ODALIA, N. **O que é violência**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

---

OLIVEIRA, M. V. A. S. C. **A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das endemias de Camaragibe**: uma ciranda que acaba de começar. 364f. 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, 2002.

OLIVEIRA, R. P.; NUNES, M. O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.4, p. 22-34, Dec. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008\\_000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008_000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02/01/2017.

OSÓRIO, C. Clínica da atividade e oficina de fotos: eletricitistas em foco. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v.6, n.2, dez. 2014.

ROSSETI, C. C.; ARAÚJO, J. N. G. Resistência e criatividade: trabalho dos médicos do programa saúde da família, **Trabalho En Cena**, v.1, n.1, p.117-131, janeiro a junho, 2016.

ROSSETI, C. C.; ARAÚJO, J. N. G. Trabalho no SUS e a saúde no trabalho: possibilidade ou paradoxo? In: ARAÚJO, J. N. G.; FERREIRA, M. C.; ALMEIDA, C. P. (Orgs.). **Trabalho e saúde; cenários, impasses e alternativas no contexto brasileiro**. São Paulo: Opção, 2015.

## APÊNDICE A - TEMÁRIO GRUPO FOCAL

**TEMA DA PESQUISA:** Trabalho e Saúde: A perspectiva do Agente de Combate a Endemias no município de Belo Horizonte.

**OBJETIVO GERAL:** Identificar e compreender a percepção dos ACEI acerca do seu contexto de trabalho.

### PREPARATIVOS:

- a. Material que deve ser levado para os grupos focais:
- b. Roteiro do grupo focal, TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), gravador.

### ANTES DE COMEÇAR O GRUPO FOCAL, JÁ COM A PRESENÇA DOS PARTICIPANTES:

- a. Iniciar agradecendo a presença e fazer apresentação entre eles, como um aquecimento prévio à atividade.
- b. Esclarecer sobre o anonimato. Perguntar como gostariam de ser identificados.
- c. Distribuição do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), leitura conjunta e assinatura.

Perfil do grupo: faixa etária, escolaridade, quanto tempo estão no cargo, na unidade.

### GRUPO FOCAL: Questões Gerais

Questão central: Relação trabalho e o processo saúde e doença na atividade do ACE na SMSA.

1. Como vocês se sentem em relação ao seu trabalho?
  - 1.1 Você se vê naquilo que faz? Qual a importância que você dá ao seu trabalho?
  - 1.2 Quais são os conhecimentos que você acha necessário para exercer a atividade?
  - 1.3 Como vocês aprendem a fazer a atividade do ACE?
  - 1.4 Vocês consideram que têm autonomia no seu trabalho? Vocês participam das decisões? Suas opiniões são ouvidas?
  - 1.5 Se vocês pudessem mudar alguma coisa no seu processo de trabalho, o que vocês mudariam?
  - 1.6 Como é o relacionamento entre os agentes? E com os outros profissionais do Centro de Saúde? E com o encarregado, gerente e coordenador de zoonoses?
  - 1.7 O que é mais difícil para você no dia a dia de trabalho?
  - 1.8 Como se sentem diante dos números da dengue no município?
2. Como avaliam sua saúde? Vocês têm algum problema de saúde? Neste último ano, vocês estiveram afastados do trabalho?
  - 2.1 Como se sentem ao final de um dia de trabalho?

- 2.2 Se eu fosse substituir vocês esta semana, quais seriam os cuidados que eu deveria ter para preservar minha saúde no trabalho.
  - 2.3 Você se sente exposto a algum tipo de risco no exercício da sua atividade? Se sim, qual? O que pensam sobre o uso de equipamento de proteção individual?
3. Alguns estudos apontam que dependendo da forma como o trabalho é organizado, ele pode interferir na saúde do trabalhador, de forma positiva ou negativa. O que vocês pensam sobre isso?
  - 3.1 Como vocês lidam com estresse do dia a dia?
4. Quais cuidados e estratégias vocês têm no trabalho para cuidar da saúde? Como mantém sua saúde física e mental?
  - 4.1 Quais são os apoios institucionais diante do adoecimento.
  - 4.2 O que mais vocês gostariam de comentar, esclarecer, pontuar ou ressaltar.

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Profissionais

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para repará-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção do grupo não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a elaboração do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida à você.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Assinatura do profissional participante

**Pesquisadores**

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 34099945/ 91843408

Profa. Dra. Andréa Maria Silveira – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel.:3423-5154

Profa. Dra. Jandira Maciel da Silva - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.

Telefax (31) 3409-4592.

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMSA**

Endereço: Rua Frederico Bracher Junior, 103 – 3º andar/sala 2: Padre Eustáquio, Belo Horizonte, MG – CEP: 30.720-000 e-mail: [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)

Telefone: (31) 3227-5309

**Aluna pesquisadora: Geraldina da Costa Ribeiro**

Telefone: (31) 99674-0554/ [geraldinapsi@oi.com.br](mailto:geraldinapsi@oi.com.br)

Endereço comercial: Rua Rio Grande do Norte, 726/207, Savassi.

CEP:30130-920 – Belo Horizonte – MG

---

Assinatura da aluna pesquisadora

CPF:025.662.446-18

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

**ANEXO A – COEP/UFMG**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

**Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149**

**Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Faculdade de Medicina - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

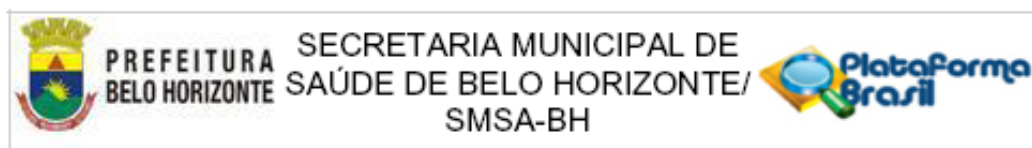
O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Teresa Marques Amaral', is written over a faint, illegible stamp.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**



## ANEXO B - COEP SMSA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica

**Pesquisador:** Elza Machado de Melo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 01140812.1.3001.5140

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.512.402

#### Apresentação do Projeto:

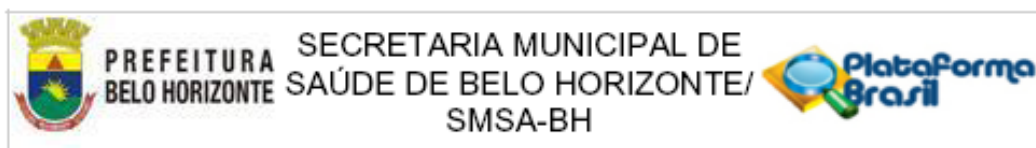
Trata-se de estudo qualiquantitativo sobre a promoção de saúde e prevenção da violência no território de Atenção Primária (AP) de Belo Horizonte e de dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a saber, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. A metodologia utilizada será a triangulação de vários procedimentos: entrevistas semi-estruturadas com usuários, profissionais e gerentes; entrevistas com gerentes, gestores e informantes chave; observação de campo. Serão sorteadas Unidades Básicas de Saúde em todas as regiões administrativas do Município. A amostra de usuários de cada Município será calculada com erro de 5% e distribuída nessas unidades. Serão entrevistados todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde selecionadas em cada Município; também serão utilizados questionários on line. Os dados quantitativos serão armazenados no SPSS. Os dados qualitativos serão analisados segundo o método hermenêutico-dialético.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Investigar o perfil da violência e as formas de abordagem, pautadas principalmente, nas ações de promoção de saúde da atenção básica de saúde de Belo Horizonte, Ribeirão das Neves e Santa Luzia, Minas Gerais.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/5º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

**Objetivo Secundário:**

Investigar as principais formas de expressão da violência na população coberta pela atenção primária de saúde dos Municípios estudados;

Investigar a distribuição da violência entre os diferentes grupos populacionais  $\zeta$  homens, mulheres, trabalhadores, crianças e adolescentes, idosos - cobertos pela atenção básica; Investigar o impacto da violência na atuação da atenção básica de saúde Investigar a violência institucional na atenção básica; Investigar os principais mecanismos de abordagem da violência na atenção básica de saúde Investigar o efeitos dos processos de capacitação na atuação do profissional, em especial, aquelas direcionadas para o desenvolvimento da promoção da saúde e para a prevenção da violência; Mapear e descrever a atuação das redes sociais do território adscrito à atenção primária de saúde, sua forma de proteção e seu papel na proteção e enfrentamento da violência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, uma vez que estes irão participar da pesquisa apenas respondendo a questionários, após serem esclarecidos sobre todas as etapas da pesquisa, de forma voluntária. Portanto, o presente projeto não apresenta riscos à integridade física dos pacientes envolvidos, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento que traga danos aos sujeitos. Todos os dados dos participantes serão mantidos em sigilo. Os resultados do presente estudo contribuirão como fonte de pesquisa para dados epidemiológicos da violência no Brasil e qualidade dos serviços ofertados

**Benefícios:**

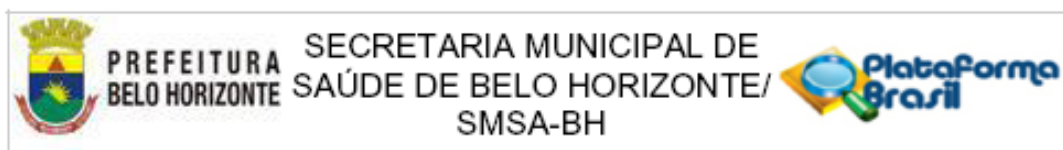
Conhecer o perfil de violência nos territórios de abrangência da AP assim como as formas utilizadas pela população desses territórios e pelos profissionais na lida com a violência poderá trazer importante contribuição para o desenvolvimento de estratégias de atuação neste espaço, considerado privilegiado, neste sentido.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de emenda à pesquisa original para incluir as seguintes modificações:

a) modificações para o roteiro e o questionário de gerentes e gestores, pelo fato de eles terão de ser realizados on line. Com isso, sofreram forte redução e precisaram focar numa temática específica, a saber, promoção de saúde, que estava diluída nos vários bloco. Os

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/5º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

novos modelos foram anexados.

b) foi introduzido o nome de uma pesquisadora na equipe - Janete dos Reis Coimbra.

c) os TCLEs são os mesmos, mas fizemos ajustes para incorporar o nome da nova pesquisadora e o a data atual (2016). Por isso, anexos todos novamente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Elza Machado de Melo e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisa.

**Recomendações:**

1) Adotar modelo de TCLE dirigido a gestores e gerentes do qual não conste o seguinte trecho: "Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados".

2) Adotar modelo de TCLE do qual conste cláusula de reembolso e ressarcimento.

3) Adotar modelo de TCLE do qual conste informações relativas ao risco de desconforto ou constrangimento do participante em responder aos questionários ;

4) Adotar modelo de TCLE eletrônico que informe que o preenchimento do questionário eletrônico somente se dará após a anuência do participante.

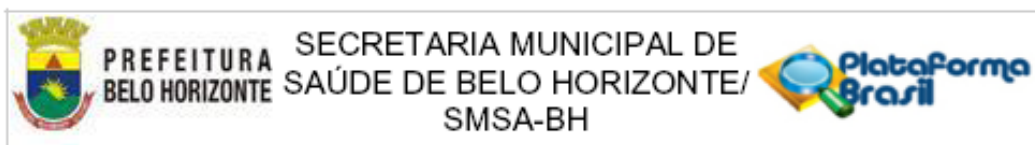
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que a emenda ao projeto originalmente aprovado cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado a emenda ao projeto Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103,3º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

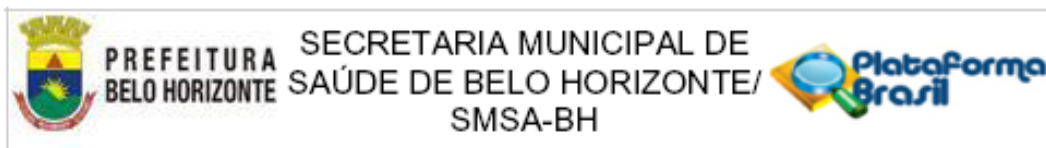
Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_686445_E2.pdf	28/03/2016 03:58:14		Aceito
Outros	Roteiro_e_Questionario_on_line_Gerentes_Gestores.doc	28/03/2016 03:45:58	Elza Machado de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_Gerentes_e_Informantes_Chave_ajustado.doc	28/03/2016 03:44:13	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	TALE - participantes de 10 a 17 anos.docx	24/09/2014 12:04:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs modificados, pais e responsáveis, usuários, profissionais e gestores.doc	24/09/2014 12:03:11		Aceito
Outros	Parecer - p 2.jpg	15/09/2014 02:33:34		Aceito
Outros	Parecer - p 1.jpg	15/09/2014 02:33:13		Aceito
Outros	Aprovação Câmara.jpg	15/09/2014 02:32:55		Aceito
Outros	Anuência BH.jpg	15/09/2014 02:26:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde	15/09/2014 02:17:33		Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

Investigador	BH.doc	15/09/2014 02:17:33		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.jpg	15/09/2014 02:10:56		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO USUÁRIO - identificação.doc	14/05/2012 12:01:01		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO USUÁRIOS COEP.doc	14/05/2012 11:57:48		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS COEP.doc	14/05/2012 11:56:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, vários atores.doc	14/05/2012 11:54:27		Aceito
Outros	Anuência Santa Luzia.doc	14/05/2012 11:53:20		Aceito
Outros	Anuências, aprovações e pareceres.pdf	14/05/2012 11:47:44		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 25 de Abril de 2016

Assinado por:  
Eduardo Prates Miranda  
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br