



University of
Texas Libraries



e-revist@s



Centro Unversitário Santo Agostinho

revistafsa

www4.fsnet.com.br/revista

Rev. FSA, Teresina, v. 20, n. 5, art. 9, p. 182-206, mai. 2023

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

<http://dx.doi.org/10.12819/2023.20.5.9>

DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung



MIAR



No Meio do Trabalho Tinha um Afeto, Tinha um Afeto no meio do Trabalho

There Was an Affection in the Middle of Work, There Was an Affection in the Middle of Work

Marta Evelin de Carvalho

Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/RENASF/UVA
Graduação em Terapia Ocupacional pela UNIFOR

E-mail: martaevelin.pi@hotmail.com

Israel Rocha Brandão

Doutor em Psicologia pela PUC-SP

E-mail: israelbrandao.psicologo@gmail.com

Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes

Doutora em Ciências Sociais pela UFRN

E-mail: ivaldinete@ig.com.br

Endereço: Marta Evelin de Carvalho

Rua Azar Chaib, 505 - Bloco 7 Apto 204, Santa Izabel,
Teresina - PI, 64.053-290, Brasil.

Endereço: Israel Rocha Brandão

Av. Padre Francisco Sadoc de Araújo, 850 - Alto da
Brasília, Sobral - CE, 62010-295, Brasil.

Endereço: Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes

Av. Padre Francisco Sadoc de Araújo, 850 - Alto da
Brasília, Sobral - CE, 62010-295, Brasil.

Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar
Rodrigues

Artigo recebido em 18/03/2023. Última versão
recebida em 30/03/2023. Aprovado em 31/03/2023.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review
pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review
(avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



RESUMO

O morar e o trabalhar na mesma comunidade marca a singularidade do exercício da profissão do Agente Comunitário de Saúde, que, mesmo tirando a farda, não deixa de exercer o seu trabalho. Essa constante proximidade com o ambiente de trabalho afeta e é afetada por ele, produzindo efeitos positivos ou negativos na saúde do trabalhador. A pesquisa objetivou analisar a relação entre a afetividade e o ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) do município de Timon (MA), além de compreender o significado da afetividade e sua influência no desenvolvimento do trabalho do ACS; identificar os sentimentos e os afetos potencializadores ou despotencializadores atribuídos pelos ACS ao seu ambiente de trabalho. Os principais referenciais teóricos foram os estudos sobre trabalho, afetividade e psicologia ambiental. O Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos e a entrevista em profundidade foram os procedimentos metodológicos utilizados para a coleta de dados, cuja análise foi realizada por meio da Análise de Conteúdo Categorical. Os sujeitos da pesquisa foram vinte e dois agentes comunitários de saúde, da zona urbana e rural. Os resultados permitiram identificar os significados e sentimentos atribuídos ao ambiente do trabalho; conhecer os afetos potencializadores ou despotencializadores, e compreender a relação existente entre a afetividade e o desempenho da ocupação profissional.

Palavras-chave: Afetividade. Trabalho. Atenção Básica.

ABSTRACT

The live and work in the same community marks the uniqueness of the profession of community health agent, even taking the uniform does not cease to exercise their work. This constant contact with the work environment affects and is affected by it, producing positive or negative effects on workers' health. The research sought to examine the relationship between affectivity and the working environment of community health workers in the city of Timon (MA), in addition to understanding the meaning of affectivity and its influence on the development of the community health workers; to identify the potentializing or de-potentializing feelings and affections attributed by the community health workers to their work environment. The main theoretical references were the studies on work, affectivity and environmental psychology. Generator Instrument of Affective maps and in-depth interviews were the methodological procedures used for data collection, whose analysis was done through Categorical Content Analysis. The study subjects were twenty-two community health workers, the urban and rural areas. The results identify the meanings and feelings attributed to the work environment, meet the augmentative or disempowering emotions and understand the relationship between affectivity and the performance of occupation.

Keywords: Affectivity. Work. Basic Attention.

1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde tem como singularidade a ação sobre a vida e sua reinvenção permanente, requerendo um modo de operar em que é necessária a atuação total do trabalhador, pois opera com “tecnologias leves”, ou relacionais, como informa Emerson Merhy (2002). Nesse contexto, o trabalhador e seu trabalho se “misturam”, em um encontro entre pessoas com necessidades e subjetividades distintas, constituindo a intersubjetividade e exigindo, deste modo, a construção de vínculo, o aumento das relações interpessoais e a ampliação do investimento afetivo.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem como ferramenta básica de trabalho a visita domiciliar e o conhecimento minucioso dos problemas da comunidade que desencadeiam a corresponsabilização do cuidado. Outra característica singular do exercício da sua profissão é o fato de morar na mesma área do seu trabalho. A expressão popular “eu saio do trabalho, mas o trabalho não sai de mim” demonstra a especificidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, que exerce vários papéis ao mesmo tempo. O fato de não haver distinção da comunidade entre o agente de saúde e o morador do local faz com que este seja acionado sempre que precisa, impondo-lhe um papel de trabalhador de plantão vinte e quatro horas, acarretando uma sobrecarga de trabalho e múltiplas tensões.

O ambiente de trabalho por se configurar como o mesmo ambiente de moradia desse trabalhador e por ter a visita domiciliar como ferramenta diária de trabalho aproxima o agente de saúde da comunidade e favorece a criação de laços afetivos. Para Santos (2002), quanto maior o envolvimento afetivo com o outro, maior a possibilidade de a dor dele ser sua dor também. Dessa forma, pode-se enfatizar que o contrário também é verdadeiro, sendo assim, quanto maior a alegria e satisfação do outro, maior será a sua alegria e satisfação também. Essas reflexões suscitaram as seguintes perguntas norteadoras da pesquisa: (1) Qual a relação existente entre a afetividade e o ambiente de trabalho? (2) E como essa relação pode interferir na atuação do ACS?

Muitas são as pesquisas sobre a importância da afetividade na aprendizagem e no ambiente escolar. Todavia, a relação existente entre a afetividade e o trabalho na atenção básica é escassa. Compreender os afetos no ambiente de trabalho e a sua relação com o exercício e desempenho do trabalho é condição indispensável para promover a saúde do trabalhador.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Resgate histórico do SUS e o surgimento da profissão de agente comunitário de saúde

O modelo de atenção à saúde brasileira foi marcado pela predominância da assistência médica e figurativista como também pela concepção de saúde como ausência de doença. O rompimento desse paradigma ocorreu com a mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde, impulsionados pelo movimento sanitarista que teve como marco histórico a oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, cujos temas principais abordavam o dever do Estado e direito do cidadão à saúde e a reorganização do sistema nacional de saúde. Esta conferência findou com a aprovação das propostas defendidas pelo movimento de Reforma Sanitária que eram: o fortalecimento do setor público de saúde, a expansão da cobertura da saúde a todos os cidadãos e a integração da Medicina Previdenciária à saúde pública para constituição de um Sistema Único de Saúde.

A implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) resultou da 8ª CNS e foi através da experiência deste sistema que se incluiu a Seção II, DA SAÚDE, em 1988, na Constituição do Brasil, que cita, no artigo 196, a saúde como direito e dever do Estado, definindo assim a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), atribuindo ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde; e, no artigo 198, define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

A criação do SUS pela Constituição Federal foi regulamentada pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que regula as ações e serviços de saúde executados, em todo o território nacional, por pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, isolada ou conjuntamente; e pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

No cenário brasileiro, após a criação do SUS e na busca por novas formas de produzir saúde, surge o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foi implantado inicialmente em municípios de baixa densidade populacional, e que tinha como enfoque

principal a ampliação da cobertura da atenção básica e a introdução do ACS como trabalhador incumbido de desenvolver ações relacionadas ao controle de peso, orientações a grupos específicos de patologias, distribuição de medicamentos, entre outros (CHIESA; FRACOLI, 2004). O PACS foi inspirado em uma experiência, em 1987, no sertão nordestino, mais precisamente, na cidade de Juás, Estado do Ceará, com o objetivo de empregar mulheres das regiões afetadas pela seca, diminuir a mortalidade infantil e realizar a tarefa de promoção de saúde.

Idealizado pelo médico Carline Lavor e a assistente social Miria Lavor, que possuíam experiências em Brasília (DF) no Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, realizado em 1975, pela Universidade de Brasília, Fundação Hospitalar do Distrito Federal e Fundação de Serviço Social do Distrito Federal, eles implantaram o Programa Agentes de Saúde (PAS), e comprovaram a importância da participação comunitária na melhoria dos indicadores de saúde. A repercussão do PAS e de seus atores, os agentes de saúde, foi tamanha que, no dia 2 de janeiro de 1988, pelo Decreto nº 19.945, o Governo do Estado do Ceará institucionalizou o agente de saúde por meio do Programa Agentes de Saúde, regulamentado depois pela Portaria nº 232/ 92 e pelo Decreto nº 23.079, de fevereiro de 1994 (FREEDHEIM,1993).

O PAS foi implantado em 45 municípios do Ceará, se constituiu em um programa do Plano de Saúde do Governo do Estado e revelou-se como uma experiência pioneira no Brasil (SOUZA, 2010). O autor diz ainda que a criação do PACS surgiu de diversas e diferentes experiências no País, sendo que a do Ceará foi a que, com pioneirismo e abrangência estadual, mais contribuiu para o desenho da execução nacional do programa. O PAS tinha como características marcantes o surgimento em caráter emergencial, devido à seca, com seleção exclusivamente de mulheres pobres, conhecidas e respeitadas pela comunidade, independente da escolaridade, mantido com recursos próprios e com ações simplificadas de promoção de saúde (ÁVILA, 2011). O município que fosse implantar o PAS era obrigado a contratar um profissional de saúde para supervisionar o programa, e, embora não fosse especificado o profissional, o trabalho foi assumido pelos enfermeiros, dando assim o primeiro passo no processo de inclusão de novos profissionais na atenção básica.

A convicção de que as ações de saúde deveriam ser focadas na família e não mais no indivíduo fez com que o Ministro da Saúde, Henrique Santillo, convocasse uma reunião em Brasília, em dezembro de 1993, sobre o tema “Saúde da Família”, quando foi discutida a necessidade de incorporar novos profissionais na atenção básica para que os ACS não trabalhassem de forma isolada, e de expandir a atenção primária à saúde em direção à

incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população.

Em 1994, o Governo Federal implanta o Programa de Saúde da Família (PSF), como uma estratégia para a mudança do modelo de assistência à saúde no Brasil, inspirado nos modelos de assistência à família do Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, e caracterizado como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados. O PSF surgiu no cenário brasileiro como estratégia de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional por um cujas principais características são o enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; adscrição da clientela através da definição de território de abrangência; estruturação de equipe multiprofissional; ação preventiva em saúde; detecção das necessidades da população no lugar da ênfase na demanda espontânea e a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde (BRASIL, 2001 apud BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

O governo brasileiro, ao perceber a expansão do PSF, emitiu a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, na qual estabeleceu que esse programa seria a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica. A partir dessa Portaria, o termo Programa Saúde da Família foi substituído por Estratégia Saúde da Família (ESF). A troca do nome é explicada por muitos autores como a necessidade de afirmar a estratégia saúde da família como uma ação prioritária de reorientação da atenção à saúde de caráter permanente, ao contrário do nome programa, que sinalizava para um uma atividade com início, meio e fim, que apresentava estrutura de funcionamento regulamentada, demonstrando a verticalização das ações.

A mudança de nome ocorreu na teoria, mas, na prática, se percebe até os dias atuais que a dinâmica médico/procedimento centrado ainda está presente em grande parte da ESF com a não importância dada à subjetividade dos sujeitos, o que compromete a melhoria na qualidade do cuidado e a resolutividade dos problemas da população. Na prática, essa mudança só ocorrerá se for incorporado no fazer saúde um olhar para além dos aspectos biológicos da doença. Figueiredo e Furlan (2010) afirmam que as dimensões do subjetivo e do social não podem ser dissociadas do cuidado com a saúde, em virtude de que a doença não pode ser vista enquanto existente por si só.

A mudança na produção do cuidado está diretamente ligada aos processos de trabalho, que devem ser centrados no campo das relações, nos investimentos afetivos, na vinculação e co-responsabilização dos usuários para se alcançar a autonomia no cuidado e a qualidade de

vida, sendo impossível discutir a reorientação do modelo assistencial sem discutir os processos de trabalho.

Tanto o PACS como o PSF e a ESF trazem o Agente Comunitário de Saúde como elemento essencial na realização das ações de saúde, e, apesar de sua importância para o fortalecimento do SUS, somente em 2006, com a Lei 11.350/06, a profissão de ACS passa a ser reconhecida, reparando todo tempo de trabalho e atuação na saúde brasileira. Este trabalhador foi, ao longo do tempo, construído com a história do SUS, e continua como sujeito inacabado que a cada dia é exigido por ampliação de suas competências.

Segundo Tomaz (2002), o processo de qualificação deste profissional ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel. Sobre os ACS recaem a maior parte da responsabilidade de sustentar o SUS como modelo de assistência de saúde, daí a importância de conhecer mais profundamente seu ambiente de trabalho, que afetos circulam neste espaço e como eles podem interferir no exercício dessa profissão.

2.2 A organização do trabalho como fonte potencializadora de prazer e dor

Segundo Dejours (1992), as questões relacionadas à organização do trabalho resultam das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações, e estas influenciam diretamente a saúde psíquica do trabalhador.

Entende-se por organização do trabalho a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, a definição de cadências e o modo operatório prescrito (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994). Cada serviço e cada categoria profissional têm um modelo específico de organização do trabalho, e é nesta organização ou desorganização que se encontram os fatores favoráveis ou desfavoráveis ao funcionamento psíquico do sujeito.

Percebe-se que as condições e organizações do trabalho têm sido modificadas pelas transformações da sociedade contemporânea, identificadas pela restrição do uso das tecnologias leves, perda de autonomia, ações fragmentadas e procedimentos engessados. Dessa forma, têm-se produzido trabalhadores com menos iniciativa, liberdade e criatividade para exercer o trabalho, conduzindo-os rumo a um estado de sofrimento proveniente da dinâmica da organização do trabalho com as relações subjetivas. Para a diminuição da lacuna existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real de modo que se evite ou minimize o

sofrimento, faz-se necessário cada vez mais o uso de recursos e alternativas não prescritas do “fazer” no trabalho.

A inteligência astuciosa ou operária é descrita por Dejours como uma dessas alternativas, definida como uma inteligência que rompe com as normas e regras, que parte das percepções e intuição do trabalhador para o ajustamento entre a tarefa prescrita e a atividade executada, burlando a organização rígida do trabalho. As modificações e transformações operadas pelo trabalhador na organização do seu trabalho têm se configurado como um mecanismo de defesa do sofrimento e de uma produção com sentido.

Segundo Dejours & Abdoucheli (1994), as estratégias defensivas são defesas que os trabalhadores utilizam para minimizar a percepção das pressões da organização do trabalho que geram sofrimento.

A psicopatologia do trabalho trouxe contribuições para o entendimento da adaptação do sujeito ao sofrimento desencadeado pela organização do trabalho quando denominou “macetes” como os procedimentos que os trabalhadores inventam para dominar os incidentes e combater as pressões e os perigos do trabalho, de modo a contribuírem para a evolução de sua organização.

O uso da criatividade também tem se desenhado como alternativa para evitar o sofrimento no trabalho e promoção de saúde. Para Stacey (1996), é através da criatividade que se pode construir uma perspectiva de sobrevivência para o indivíduo e para o grupo (organização).

Os processos criativos nascem dos processos de trabalho, e esse fazer intencional dourado pela inventividade gera o fazer significativo. Amabile (1999) descreve três componentes para o desenvolvimento do processo criativo: *habilidade* ou *expertise*, relacionados aos talentos, conhecimentos, educação e habilidades técnicas em determinadas áreas; estilo de trabalho, relacionado com a independência, a autodisciplina, a capacidade para assumir riscos, o grau de persistência diante das dificuldades, a perseverança em relação às situações que geram frustração, a busca da excelência, na transferência de conteúdo de um contexto para outro e a automotivação; por último, a motivação intrínseca, que está relacionada com a satisfação e o envolvimento que os sujeitos têm pela tarefa, independente de reforços externos.

A criatividade encontra-se associada diretamente à transformação do trabalho prescrito em trabalho real. Por meio dela, as tarefas apresentadas podem ser alteradas para a realização da atividade, proporcionando o surgimento de novas ideias e novas maneiras que contribuam para solução de situações conflituosas na realização do trabalho.

O trabalho é a criação do novo, do inédito, e, quando inventam o que não lhes foram indicados de antemão, pela organização, que o processo de trabalho passa a existir de forma real e concreta, beneficiando a organização e os sujeitos (DEJOURS, 2004).

Sabe-se que a criatividade é um excelente recurso para minimizar o sofrimento, mas é preciso que o trabalho também tenha um sentido para o trabalhador, que desperte sua motivação e aumente o prazer. Segundo Ferreira e Mendes (2001), “o prazer é vivenciado quando o trabalho favorece a valorização e o reconhecimento, especialmente pela realização de atividades significativas e importantes para a organização e a sociedade”.

Hackman e Oldham (1975), após uma pesquisa, propuseram um modelo que tenta explicar como as interações, as características de um emprego e as diferenças individuais influenciam a motivação, a satisfação e a produtividade dos trabalhadores. Os pesquisadores descrevem três estados psicológicos que têm impacto na motivação e na satisfação de uma pessoa no seu trabalho, entre eles: o sentido que uma pessoa encontra na função exercida, o sentimento de responsabilidade que ela vivencia em relação aos resultados obtidos e o conhecimento de seu desempenho no trabalho. Características que contribuem para dar sentido ao trabalho também são descritas pelos mesmos, como: a variedade das tarefas, a identidade do trabalho e o significado do trabalho. Com base nesse modelo, Hackman e Oldham elaboraram alguns princípios de organização do trabalho.

A organização do trabalho de modo que favoreça a saúde e bem-estar do sujeito deve ser construída levando em consideração a concretização das ideias, desejos e imaginação do trabalhador; ampliando os espaços de discussão e avaliação dos processos de trabalho, propiciando uma organização flexível em que a liberdade, a autonomia e as atitudes positivas sejam ressaltadas.

2.3 Os processos de trabalho na atenção básica brasileira

A maioria dos países utiliza o termo atenção primária para definir o nível primário de um sistema de serviços de saúde, correspondendo à porta de entrada, mas no Brasil este termo foi substituído, por Atenção Básica, a partir da criação do Programa Saúde da Família (PSF). Essa substituição se deu com o intuito de “construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção” (BRASIL, 2003).

A Portaria MS, nº 648 de 2006, define assim a Atenção Básica (AB) como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a

proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p. 10).

Segundo Teixeira & Solla (2005), a criação do Programa Saúde da Família surgiu da necessidade de reorientação da atenção à saúde no País, mas posteriormente esse termo foi mudado para Estratégia de Saúde da Família (ESF), pela necessidade de reorganização dos processos de trabalho, a fim de se conseguir alcançar a melhoria na qualidade dos serviços e das práticas de saúde.

O conceito de processo de trabalho vem dos primeiros estudos de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves sobre o processo de trabalho médico, e foi definido como: um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo, como sujeitos, profissionais que se organizam para produzirem serviços de modo a prestarem assistência individual e coletiva para obtenção de produtos e resultados decorrentes de sua prática (MENDES GONÇALVES, 1994).

Os estudos do autor supracitado ganham repercussão no campo da saúde, por abordar tanto os aspectos estruturais como os aspectos relacionados aos agentes da ação no processo de trabalho, tornando-o um processo dinâmico e relacional. São componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim (o próprio trabalho), o objeto de trabalho (a matéria a que se aplica o trabalho) e os instrumentos ou meios do trabalho, mas somente a relação recíproca entre eles se configurarão como processo de trabalho.

Fazendo a relação entre os componentes relatados e o trabalho em saúde, o objeto seria as necessidades humanas de saúde. Segundo Mendes Gonçalves (1994), o objeto será aquilo que vai ser transformado pela ação do trabalhador, e contém, potencialmente, o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho. Ele não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um 'olhar' que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Os instrumentos de trabalho podem ser materiais, chamados de tecnologias materiais (equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e outros) e não materiais ou tecnologias não materiais (saberes). Os instrumentos

não materiais são as principais ferramentas do trabalho de natureza intelectual, e é através deles que o objeto de trabalho é apreendido.

A presença e ação do agente do trabalho é a peça fundamental para tornar possível o processo de trabalho, imprimindo uma dinâmica entre o objeto, os instrumentos e a atividade. Essa diferenciação entre os tipos de instrumentos evidencia o conhecimento como uma tecnologia.

Segundo Pires (1998), o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. Trata-se de um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

A ESF foi criada para a reorganização do modelo de atenção à saúde, mas se faz necessária a consolidação do conhecimento de que essa mudança de modelo só ocorrerá se o modelo antigo e tradicional de se fazer saúde for superado e houver um olhar focado na subjetividade do usuário que, além de uma doença, carrega uma história de vida e deve ser valorizada para compreensão ampliada do processo saúde/doença.

Fundamentada na política da assistência integral do SUS, a ESF tem como princípios: universalidade do acesso aos serviços, equidade e integralidade como metas a serem alcançadas no processo de trabalho. Dessa forma, percebe-se que o Ministério da Saúde faz uma prescrição do trabalho na atenção básica e prescreve normas, parâmetros, prazos a serem cumpridos e quantidade de pessoas a serem assistidas. A distância entre o trabalho prescrito na atenção básica e o trabalho real é evidente quando se identifica que os profissionais da ESF atendem uma demanda além do que é prescrito, quando há ausência de profissionais na composição da equipe e quando a condição mínima para o atendimento é inexistente. Essas dificuldades produzem uma sobrecarga de trabalho que ocasiona estresse, cansaço e sofrimento, e tem como consequência a propagação de um trabalho restrito, focado somente no biológico e sem espaço de discussão e avaliação dos processos de trabalho, comprometendo o verdadeiro objetivo da ESF.

Franco e Merhy (2006) afirmam que, se não houver a ruptura com a dinâmica médico/procedimento centrado, não se pode assegurar que a ESF irá interferir de modo amplo nos afazeres cotidianos de cada profissional que compõe a equipe.

Na verdade, o que se percebe é um momento de transição de um modelo antigo e ultrapassado para a construção de um novo modelo que já começa a ser experimentado. Sobre este assunto, Bertoni (2000, p.67) afirma que “as equipes saúde da família transitam num

ideário permeado de contradições e espaço de luta no qual os vários projetos dos atores sociais em situação divergem e convergem”.

Se por um lado há profissionais alienados, impotentes e sem acreditar nas mudanças e na nova forma de se produzir saúde, por outro lado já são notórias as ações ousadas, recheadas de criatividade e inventividade, que afirmam que esse novo fazer é possível ao tempo em que potencializam o trabalho em saúde.

Campos (1997) aponta eixos operativos para potencializar o trabalho em saúde, destacando o jogo entre autonomia e responsabilidade, gestão participativa e mudança de aspectos da clínica e da saúde pública. Afirma também que a recuperação da clínica assentada no vínculo é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional.

É preciso encontrar uma forma de driblar o caráter exacerbadamente prescritivo das ações verticalizadas e impostas pelo Ministério da Saúde aos profissionais da ESF, de modo que a inventividade do “fazer saúde” não morra asfixiada pelas agendas predeterminadas e inflexíveis, de modo que responda de forma mais legítima e resolutiva às necessidades da população. Nos dias atuais, tudo isso consiste em grandes desafios para garantir um novo modelo de atenção à saúde.

2.4 Afetividade no trabalho

Os diversos termos como: emoção, sentimento, paixão, afeto e humor estão relacionados à afetividade e, que, por ser um tema estudado de forma isolada por várias áreas de conhecimento, como Psicologia, Filosofia, Sociologia, Medicina e Biologia, provocam uma diversificação no entendimento de cada um desses termos, passando a ser utilizado por muitos como sinônimos e dificultando a definição do conceito.

Para Mosquera e Stobäus (2006), o processo da afetividade manifesta-se por meio das emoções, afetos e sentimentos, que assumem o papel de reguladores da afetividade e interferem diretamente no ânimo do ser humano; Valle (2005), por sua vez, afirma que a afetividade pode ser caracterizada como a capacidade de experimentar emoções e sentimentos, demonstrando a existência de um conteúdo relacional, seja conosco, com o outro, com um fato ou com um ambiente.

Sobre a definição de afeto, encontrou-se o seu uso como: expressão da afetividade (EY; BERNARD; BRISSET, 1988), como elemento básico formador da afetividade humana (CODO; GAZZOTTI, 1999), como uma classe restrita de emoções, como a integração de emoções e humores dentre outros.

Estudos sobre a relação entre a afetividade e a emoção foram desenvolvidos por Wallon (1995) que definiu a emoção como forma de exteriorização da afetividade, que sofre impacto das condições sociais. Para o autor, a afetividade sofre uma evolução que é determinada, a princípio, por um fator orgânico, e, quando influenciada pelo meio social, vai se distanciando da sua base e tornando-se cada vez mais social.

Krech (2004), para melhor entendimento do assunto, categoriza as emoções em: emoções primárias (alegria, medo e pesar); emoções sensoriais (dor, náusea, aversão e prazer); emoções referentes à autoestima (vergonha, orgulho, culpa e remorso); emoções referentes a outras pessoas (amor, ódio, ciúme, inveja e piedade); emoções contemplativas (humor, beleza e admiração) e disposições (tristeza, angústia e entusiasmo). Uma outra divisão da emoção é citada por Rodrigues (2004, p. 80) que a classifica em dois grupos: emoções primárias que geram comportamentos motivados, como: fome/saciedade = busca de alimento, sede = obtenção de água, libido = sexo, medo = fuga da ameaça e as emoções secundárias que envolvem a cognição, o afeto, a motivação e as alterações somáticas e viscerais, como: ansiedade, satisfação, prazer, amor e sentimentos subjetivos.

A dissociação entre razão e emoção iniciou na Grécia antiga. Platão, em seu primeiro estudo sobre afetividade, ressaltou que as emoções eram obstáculos à racionalidade; mas com os avanços nos estudos sobre o tema foi-se confirmando que razão e emoção, cognição e afetividade são indissociáveis.

Apesar de possuir características particulares, a cognição e a afetividade atuam conjuntamente em um único processo psicológico. Nesse sentido, Pinto (2008, p. 78) afirma que o ser humano é cognitivo/afetivo em toda experiência vivida, podendo ser, em alguns momentos, mais afetivo ou mais cognitivo, mas sendo impossível essa separação. A ideia de que se poderia pensar o ser humano dividido entre cognitivo e afetivo se arrastou por anos, e ainda hoje encontra-se em menor escala estudiosos com a visão de que o pensamento científico não se relaciona com os sentimentos e afetos. Tudo isso atribuído a uma valorização do pensamento lógico/racional em detrimento dos afetos. Faz-se cada vez mais necessária a percepção do sujeito como um ser que pensa e sente ao mesmo tempo, desta forma, o processo de aprendizagem não seria restrito apenas ao cognitivo, e a afetividade seria elucidada como importante parte desse processo.

Se no passado houve a defesa de que razão e emoção eram dissociáveis, no campo do trabalho, as emoções e afetos foram consideradas como prejudiciais ao desempenho da sua função profissional. Somente com as primeiras pesquisas na área da Psicologia Organizacional começou-se a identificar o impacto das condições ambientais de trabalho nas

emoções e humor do trabalhador, como também a relação das emoções e afetos do trabalhador eram responsáveis pelo favorecimento ou impedimento de um clima de bem-estar no trabalho.

Mendonça (2003) em sua pesquisa utilizou o termo emoções discretas no trabalho para definir as manifestações afetivas como: o medo, a raiva, a surpresa, a alegria, a tristeza, a retaliação e o asco. O autor estudou também as agressões no trabalho, dividindo-as em três aspectos: a expressão de hostilidade, referente a gestos e maneiras de olhar; a obstrução concretizada, caracterizada pela diminuição do ritmo de trabalho e a agressão aberta, que se refere a agressões físicas e a destruição de objetos no trabalho. As agressões no ambiente de trabalho podem ser decorrentes de fatores sociais, situacionais e pessoais. A baixa capacidade de gerenciar as emoções seria uma das características pessoais que acarretariam as agressões, considerando, portanto, a necessidade de abordar as características psicossociais e compreender melhor a tríade indivíduo/trabalho/organização.

As características pessoais dos trabalhadores e as condições de trabalho são os fatores que estão mais atrelados com os resultados do trabalho. Entendendo condições de trabalho como um conjunto de variáveis do ambiente que circundam o indivíduo durante a realização de suas tarefas, e que estas são importantes na manutenção do humor e afetividade do trabalhador. Concluimos que, se houver uma melhora nas características psicossociais e nas atitudes dos trabalhadores, assim como nas condições de trabalho, haverá conseqüentemente uma satisfação no trabalho e uma melhora na produtividade e no desempenho dos mesmos. Como satisfação no trabalho, Locke (1976 *apud* BRIEF; WEISS, 2002) a define como um estado emocional positivo ou agradável, resultante do estado do indivíduo no trabalho.

Grande parte do tempo de um trabalhador corresponde à vivência no seu ambiente de trabalho, assim pode-se dizer que este ambiente é permeado por afetos que influenciam e são influenciados pelo sujeito.

Zanelli (2004), em seus estudos para melhor compreender a relação indivíduo/trabalho/organização, destacou três perspectivas sobre afetividade e trabalho, são elas: *traços afetivos-emocionais*, que estudam a inteligência emocional e a personalidade; *atitudes*, que estudam as crenças, afetos e tendência à ação; e *estados afetivos-emocionais*, que estudam os sentimentos e emoções como positivos e negativos. A autora destaca que o envolvimento, a satisfação e o comprometimento com o trabalho estão diretamente ligados com o grau de afetividade que o trabalhador desenvolve com este (grifo meu).

Dejours (1994) já fazia relação entre afetividade e ação do trabalhador quando afirmava que a motivação e a satisfação no trabalho eram causadoras de prazer, enquanto a

frustração e a insatisfação eram causadoras de sofrimento. O autor denominou de afeto positivo, os sentimentos agradáveis ligados ao prazer e afeto negativo, os sentimentos desagradáveis ligados ao sofrimento.

Fazendo uma junção entre os estudos de Brief e Weiss (2002) sobre o afeto no trabalho e Dejours (1994) sobre a psicodinâmica do trabalho, concluímos que a satisfação no trabalho gera uma relação prazerosa neste ambiente, enquanto a insatisfação com o trabalho gera o sofrimento. Dessa forma, o prazer e o sofrimento são consequências do estado de satisfação ou insatisfação no trabalho. Saber gerenciar as emoções melhora as características psicossociais e proporciona satisfação no trabalho, o que causa prazer.

O conceito de afetividade que melhor define a relação de afeto com o trabalho e com os estudos mencionados é de Codo & Gazzotti (1999), por conseguir fazer a relação entre emoções/sentimentos/paixão, prazer/dor e satisfação/insatisfação. Para eles, a afetividade é “um conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre de impressão de dor ou prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagradado, de alegria ou de tristeza”.

Destarte, a satisfação do trabalhador pode ser promovida pela vinculação afetiva com seu ambiente de trabalho, que contribuirá para o surgimento de comportamentos responsáveis e desenvolvimento do senso de identidade coletiva. De outra forma, pode-se dizer que, quanto menos vinculação afetiva, menor a possibilidade de se alcançar a satisfação e maior possibilidade de aparecer o sofrimento.

3 METODOLOGIA

Neste estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa, utilizando-se a observação participante como estratégia metodológica, por considerar que esta é a mais apropriada para a pesquisa, tendo-se em vista que o objeto de estudo consiste nos afetos apresentados pelo Agente Comunitário de Saúde no ambiente de trabalho; e também porque se necessita de um contato mais próximo do pesquisador com os sujeitos pesquisados.

A coleta das informações e dados se deu com o uso de vários recursos, entre eles: a) Os recursos tecnológicos: que auxiliaram na coleta de dados, por captarem mais detalhes do objeto pesquisado; b) Os informantes-chaves: pessoas que contribuíram para obtenção de dados mais específicos e detalhados sobre a pesquisa; c) O diário de campo, onde foram registradas as impressões do cotidiano de trabalho captadas pelo pesquisador, através de um roteiro de campo, com as questões norteadoras.

Os mapas afetivos foram utilizados como ferramenta metodológica para captar os elementos subjetivos aflorados pelo desenho, o que permitiu de forma mais fácil que as lembranças e vivências do trabalho fossem evidenciadas e transportadas para o papel, neste trabalho, o mapa afetivo foi utilizado como um meio de acessar os significados atribuídos pelos ACS ao seu ambiente de trabalho, e a aplicação desse instrumento incluiu os seguintes itens: a) Desenho: com objetivo principal de facilitar a expressão de emoções. b) Significado do desenho: com o objetivo de esclarecer o que o sujeito quis representar com o desenho. c) Sentimentos: com o objetivo de expressão e descrição dos sentimentos a respeito do desenho representado por ele. d) Palavras-sínteses: síntese dos sentimentos provocados pelo desenho. e) O que pensa do trabalho: escrita sobre o que o sujeito realmente pensa sobre o trabalho. f) Categorias da Escala Likert: essas categorias correspondem a afirmações que se baseiam em dimensões levantadas no momento do pré-teste, voltadas para a avaliação dos sujeitos em uma escala de zero a dez. Tais afirmações podem se enquadrar em distintas dimensões, como a de Pertinência (sentimentos, emoções ou palavras de identificação com o trabalho); Contrastes (sentimentos, emoções e palavras que se contradizem); Agradabilidade (palavras que demonstram sentimentos de vinculação ao trabalho com qualidades positivas); Insegurança (sentimentos e palavras que envolvem situações inesperadas, instáveis e até negativas). g) Comparação do trabalho: objetivando a comparação do trabalho com algo. h) Caminhos percorridos: é uma descrição dos caminhos mais frequentemente percorridos pelo sujeito durante o seu trabalho, que permite visualizar a trajetória do ACS em suas atividades cotidianas. i) Participação em Associação: esta variável é objetiva, com possibilidade de comentário e indicação do tipo de associação. j) Participação eventual em movimentos sociais: esta variável é entendida como a participação temporária do ACS em alguma ação social reivindicativa ou solidária. l) Características sociais: esta é a última parte do instrumento de pesquisa que se refere às variáveis sociodemográficas: sexo, idade, origem, escolaridade, tempo de trabalho como ACS, área em que trabalha, estado civil e religião.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo na perspectiva de Minayo (2004), expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa e foi dividido nos seis passos que se resumem em: gravar os dados; escutar e escrever a informação; ler e organizar os dados; construir as categorias; descrever os resultados e interpretar os resultados.

A pesquisa foi realizada em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Timon (MA), sendo duas localizadas na zona urbana: UBS Parque Piauí (Distrito III) e UBS Cidade Nova (Distrito II); e duas localizadas na zona rural: UBS Campo Grande e UBS

Gameleira. Foram entrevistados 22 (vinte e dois) ACS, sendo 13 (treze) da zona urbana e 9 (nove) da zona rural. Foram acrescentados também três informantes-chaves que não faziam parte dessa categoria como: supervisores dos distritos de saúde e coordenadora da Atenção Básica, sendo todas enfermeiras.

Vale ressaltar que esta pesquisa seguiu as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida à Plataforma Brasil para aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) com o Cae nº. 54688916.7.0000.5053

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscou-se, nas entrevistas, no primeiro momento, identificar que local específico mais representava o seu ambiente de trabalho. Percebeu-se que as representações desse lugar para os ACS da zona urbana estão mais ligadas ao local em que desenvolvem o trabalho, como, por exemplo, comunidade, UBS e microárea, enquanto para os outros ACS da zona rural essa representação mostrou estar mais associada ao vínculo e à afetividade do trabalhador com alguns moradores e com alguns locais de significado afetivo para eles.

A representação desse lugar como escola, embora tenha aparecido nos dois grupos, apresentou sentidos diferentes. A escola como local de representação para os ACS da zona urbana referia-se ao Programa Saúde na Escola, já para os ACS da zona rural a escola referia-se à associação com o local onde eram realizados os atendimentos pela Equipe de Saúde (Quadro 1).

Quadro 1 - Lugar de representação do trabalho

Zona Urbana	Zona Rural
Comunidade, UBS, avenida, micro área, território, escola.	Brejo, morro, casa da D. Rita, casa da D. Graça, povoado Caititu, povoado Boqueirão, escola, igreja.

As perguntas – O que você mais gosta no seu ambiente de trabalho e o que poderia melhorar no seu ambiente de trabalho – foram feitas com o objetivo de elencar e conhecer os fatores potencializadores e despotencializadores percebidos pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Tanto os ACS da zona rural como da zona urbana referiram, embora de formas diferentes, mas com o mesmo sentido, que o que mais gostam no trabalho é de conhecer as

peças da comunidade, de se relacionar e conviver com elas. O bom relacionamento com a Equipe de Saúde também apareceu como resposta a esta pergunta, mas com menor expressividade. No Quadro 2, a seguir, as respostas foram elencadas na ordem das mais citadas para as menos citadas.

Quadro 2 - Fatores potencializadores do trabalho

Respostas zona urbana	Respostas zona rural
1) Convívio com as pessoas	1) Conversar com as pessoas
2) Ouvir as histórias das pessoas	2) Ser bem recebido
3) Receptividade da comunidade	3) Poder ajudar
4) Relação com a equipe	4) Poder desabafar com os colegas de trabalho

As respostas apresentadas, referentes ao que poderia melhorar, indicam o que não está bem nesse ambiente, estando elas organizadas da mais citada para a menos citada. Assinale-se que, enquanto houve somente uma resposta dada para a pergunta anterior, na pergunta referente ao que precisa melhorar, foram dadas de duas a quatro respostas por cada ACS. Observe-se o Quadro 3, a seguir, que apresenta as respostas na ordem das mais citadas para as menos citadas:

Quadro 3 - Fatores despotencializadores do trabalho

Respostas zona urbana	Respostas zona rural
1) Maior apoio dos gestores	1) Maior apoio dos gestores
2) Mais resolubilidade dos casos	2) Existência de uma UBS
3) Realização do que é planejado	3) Não mudança constante da equipe de nível superior
4) Contratação de mais profissionais	4) Acessibilidade
5) Maior compreensão da comunidade do nosso trabalho	5) O salário
6) Diminuição da violência nos bairros	
7) Existência de capacitações associadas as nossas necessidades	

A falta de apoio da gestão apareceu como o fator que mais necessita ser melhorado, para o bom desenvolvimento do trabalho, independente da zona onde moram. Esta falta de apoio foi relacionada com a falta de profissionais na Equipe, a falta de medicação para comunidade e a falta de equipamento básico para o desenvolvimento de suas atividades.

Interessante ressaltar que o aumento de salário só apareceu nas respostas dos ACS da zona rural, não ocupando posição de prioridade. Outro fato curioso é que a maioria das respostas dessa pergunta feita refere-se ao que precisa ser feito para melhorar a assistência à

comunidade, e não para melhorar a vida do profissional em si; observou-se que a prioridade em assistir o outro se expressa em detrimento do cuidado do próprio ACS.

A palavra afetar, nos diversos dicionários mais utilizados, é definida por dois sentidos, sendo estes relacionados ao que prejudica e causa dano (sentido negativo); e o outro relacionado ao que suscita sentimentos e emoção. Dentre as questões guias elaboradas para a entrevista, a pergunta – O que mais te afeta no ambiente de trabalho – foi sugerida no sentido de perceber os sentimentos e emoções relacionados ao trabalho. Observe-se o Quadro 4, a seguir, com as respostas mais apresentadas e sua respectiva quantidade de aparecimento.

Quadro 4 - Fatores de afetação no trabalho

Resposta	Quantidade
Não poder ajudar em alguns casos	13
Falta de resolubilidade dos casos encaminhados	9
Não receptividade dos moradores na hora das visitas	9
Falta de material para trabalhar	5
Dificuldade de chegar até as famílias	4
Tirar as crianças da sala de aula para usar a escola como local de atendimento	1
Falecimento de moradores da minha área	1
Perseguição política	1
Burocracia	1
Horário de trabalho à tarde	1

Embora se tenha mencionado anteriormente os sentidos da palavra afetar, pôde-se perceber que, em todos os sujeitos pesquisados, o sentido referido foi designado para os fatores que afetam, prejudicam e causam danos.

A entrevista teve como último momento a pergunta: – Que diferença você percebe entre o trabalho do ACS da zona urbana e o trabalho do ACS da zona rural?

É quase impossível pensar o trabalho do outro sem voltar a reflexão para o seu próprio trabalho. A pergunta foi elaborada para a percepção de como eles veem o trabalho do outro e diante da pergunta refletir o seu próprio trabalho.

As respostas foram agrupadas em aspectos potencializadores e despotencializadores, embora não tenha sido direcionada a pergunta para estes aspectos, observe-se o Quadro 5, a seguir.

Quadro 5 - Diferença entre o trabalho na zona urbana e na zona rural

ZONA URBANA

	ASPECTOS POTENCIALIZADORES	ASPECTOS DESPOTENCIALIZADORES
Visão dos ACS da Zona Urbana sobre o trabalho da Zona Urbana	Trabalho c/ melhor estrutura física; Facilidade p/ encaminhar para outros serviços; Acessibilidade para fazer as visitas;	Não valorização do trabalho pela comunidade; Maior demanda para atendimento; Volume maior de trabalho;
Visão dos ACS da Zona Rural sobre o trabalho da Zona Urbana	Trabalho c/ melhor estrutura física; Acessibilidade para fazer as visitas; Equipe completa e sem muitas mudanças; Mais opções de tratamento;	Tem livro de ponto; Dificuldade de encontrar as pessoas em casa; Receptividade ruim dos moradores;
ZONA RURAL		
	ASPECTOS POTENCIALIZADORES	ASPECTOS DESPOTENCIALIZADORES
Visão dos ACS da Zona Urbana sobre o trabalho da Zona Rural	Demanda de trabalho menor; Não trabalha todo dia; Comunidade mais acolhedora;	Único serviço de saúde; Difícil acesso; Mais famílias de baixa renda;
Visão dos ACS da Zona Rural sobre o trabalho da Zona Rural	Moradores mais receptivos; Acessibilidade ruim; Equipe incompleta e com maior rotatividade; ACS ocupa outras funções na UBS;	Moradores com baixo nível de escolaridade.

Os Agentes Comunitários de Saúde de ambas as zonas de trabalho souberam referir tanto os aspectos positivos, quanto os aspectos negativos do seu ambiente de trabalho e do ambiente de trabalho oposto ao seu.

Apesar de nenhum dos ACS da zona urbana ter trabalhado na zona rural e vice-versa, percebe-se que as respostas dadas por eles correspondem à realidade vivida em ambos os ambientes de trabalho. O conhecimento das dificuldades e facilidades do trabalho na outra zona, mesmo não tendo sido vivenciado, é fruto da aproximação entre eles nas reuniões do sindicato, conforme fala de um deles: “apesar de nunca ter trabalho na zona rural, sabemos como é feito o trabalho de lá e quais são os problemas que eles enfrentam porque nas reuniões do sindicato é o momento que dividimos nossas dores e alegrias com todos” (Sujeito 7).

A participação no Sindicato dos ACS aparece aqui como o local de troca de experiências e de acolhimento das dores e alegria. Em nenhum momento, as reuniões com a Equipe da ESF foram citadas como espaço de abertura para a escuta dos sentimentos,

emoções e afetos desses trabalhadores, o que diminuiria as afetações negativas e consequentemente o sofrimento e a obstrução da prestação de um trabalho de qualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos permitiu perceber como a afetividade está imbricada no ambiente de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que, pela singularidade de sua profissão, têm o vínculo e a relação com a comunidade e com o ambiente intensificados.

O Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos foi capaz de apreender os sentimentos e significados relacionados ao ambiente de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de forma incisiva, enquanto as entrevistas foram utilizadas para complementar as informações e evidenciar as especificidades do trabalho desenvolvido na zona urbana e rural.

O sofrimento esteve presente na fala dos Agentes Comunitários de Saúde quando estes se julgavam incapazes de poder ajudar os moradores da comunidade em razão de suas limitações profissionais que se esgotam na especificidade do trabalho dos médicos, enfermeiros e dentistas, e quando dependiam da gestão. É essa destruição ou diminuição da capacidade de agir e do poder-fazer que Clot (2007) refere como agravo à integridade de si. O impedimento de cuidar do outro proporciona graves prejuízos aos ACS, mas a compaixão que move o cuidado é resgatada cada vez que eles são reconhecidos por seu trabalho; e quando têm as portas abertas e o convite para adentrar as casas, que, segundo uma ACS, “é o território mais íntimo, mas precioso e mais difícil de entrar; por isso, quando isso acontece, sei que a partir dali eu me tornei uma pessoa de confiança para aquela família” (sujeito 22).

A emoção despertada na fala dessa profissional nos faz crer que o trabalho feliz é o trabalho que desperta identificação e confiança; esse trabalho torna-se motivador e assume uma postura de defesa contra os riscos e dificuldades, afirmando não ser possível a identificação com o ambiente de trabalho, se não houver o envolvimento afetivo. Assim, a afetividade pode ser considerada o motor da nossa ação ou conduta que nos motiva para o desempenho do papel profissional em contextos agradáveis ou não, dando força, coragem, sentido e significado. Mesmo existindo um contraste, muitas vezes expresso na fala dos pesquisados por um misto de amor e ódio, amor pela comunidade e ódio pela falta de condições de desempenhar com qualidade a sua profissão, a satisfação com o trabalho e a certeza que a afetividade também opera como remédio, aliviando as dores, ameniza ou apaga as dificuldades, conforme o relato deste pesquisado: “Numa época em que falta remédio e aparelho de pressão o diálogo e carinho são essenciais. Um dia uma senhora me disse: encontrei o melhor médico da minha vida, e pude entender o que ela estava querendo dizer,

era exatamente o que falei”. Sabe-se que “o melhor médico é o afeto, a atenção. O nosso poder estar no diálogo, no encontro, no bom dia e no estender as mãos para cumprimentar o outro, isso tem uma força enorme para mim, é como se apagasse tudo de ruim que tem no meu trabalho” (Sujeito 1).

É o forte vínculo com os moradores e a afetividade que expressam o ambiente de trabalho, lugar este, que conhecem e vivem desde quando nasceram, os maiores responsáveis pela superação dos obstáculos e a desobstrução dos empecilhos ou das pedras no meio do caminho.

A realização profissional e a gratificação com o trabalho reduzem as tensões e o padecimento. As emoções, afetos e sentimentos vividos e experienciados no exercício diário da profissão refletem diretamente no desempenho do trabalho, podendo ser motivador ou desmotivador da ação. É por meio da profissão que são expressos grande parte de nossas emoções e afetos, significando assim uma relação intrínseca entre o papel exercido pelo ACS e a afetividade.

REFERÊNCIAS

AMABILE, T. M. **Como (não) matar a criatividade**. Revista HSM Management, São Paulo, 1999

ÁVILA, M. M. M. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.1, 2011.

BERTONCINI J. H. **Da intenção ao gesto uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau** [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial, 1990.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde, **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília, v. 143, n. 61, 2006.

BRASIL. **Lei n 11.350** - de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm. Acesso em 31/03/2016.

BRIEF, A. P; WEISS, H. M. Organizational Behavior: Affect in the Workplace. **Annual Review of Psychology**, 2002.

CAMPOS G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Me rhy EE, Onocko RT (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CHIESA, A. M., FRACOLLI, L. A.; SOUSA, M. F. Enfermeiros capacitados para atuar no programa Saúde da Família na cidade de São Paulo: relato de experiência. **Saúde em Debate**, São Paulo, 2004.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2007.

CODO, W; GAZZOTTI, A. A. Trabalho e afetividade. In: CODO, W. (Coord.). **Educação, carinho e trabalho**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1999.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de Psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez. 1992.

DEJOURS C, ABDOUCHELI E, J. C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2004.

EY, H., BERNARD, P; BRISSET, C. (1988). **Manual de Psiquiatria**. (5a ed.). Rio de Janeiro: Masson do Brasil.

FERREIRA, M. C; MENDES A. M. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**, 6, 2001.

FIGUEIREDO, M; D; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André V. Pires (Org.).

Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudanças no modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

FREEDHEIM, S. B. **Porque menos sinos dobram no Ceará**. O sucesso de um programa de agentes comunitários de saúde. Dissertação (Mestrado em Planejamento urbano). Massachusetts: ITM, jun. 1993.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Development of the Job diagnostic survey. **Journal of Applied Psychology**, 1975.

KRECH, D.; CRUTCHFIELD, R. **Elementos de Psicologia**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1968. 2v

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E., **Saúde: A cartografia do trabalho Vivo**; São Paulo, Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MOSQUERA, J.; STOBÄUS, C. Afetividade: a manifestação de sentimentos na educação. **Educação**. Porto Alegre, ano 29, n. 58, 2006.

PINTO, F. E. M. As muitas faces da afetividade: um breve debate sobre o funcionamento psicológico do ser humano. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 28, jan./jun. 2008.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT; Annablume, 1998.

RODRIGUES, L. V. B. P. **Vidas nas ruas, corpos em percursos no cotidiano da cidade**. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Ceará, 2004.

SANTOS, S. M. P. **O lúdico na formação do educador**. 5 ed. Vozes, Petrópolis, 2002.

SOUZA, F. A. **Educação e saúde: a formação dos agentes comunitários de saúde no município de Duque de Caxias – RJ**. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Educação da Baixada Fluminense. 2010.

STACEY, R. D. **Complexity and Creativity in Organizations**. San Francisco. Berrett-Koehler Publishers, 1996.

TEIXEIRA, C. F; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSHMAN,

Silvia; EDLER, Flavio Coelho (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TOMAZ J. B. C. **O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”**. Interface Comum Saúde Educ., 2002.

VALLE, A. R. Afeto no trabalho: o que se discute na literatura nacional. **Psicologia para América Latina**, México, n. 3, fev. 2005.

WALLON, H. **As origens do caráter na criança**. São Paulo: Nova Alexandria, 1995.

ZANELLI, J. C.; BASTOS, A. V. B. Inserção profissional do psicólogo em organizações e no trabalho. In: ZANELLI, J.C; BORGES--ANDRADE, J. E, BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto alegre: Artmed, 2004.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

CARVALHO, M. E; BRANDÃO, I. R; GÉMES, I. A. D. No Meio do Trabalho Tinha um Afeto, Tinha um Afeto no meio do Trabalho. **Rev. FSA**, Teresina, v. 20, n. 5, art. 9, p. 182-206, mai. 2023.

Contribuição dos Autores	M. E. Carvalho	I. R. Brandão	I. A. D. Gémes
1) concepção e planejamento.	X	X	
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X		
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X