



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**VANESSA DE ANDRADE MANOEL**

**A RELAÇÃO TRANSFERENCIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
COM A EQUIPE TÉCNICA DA UBS BELA VISTA PALHOÇA**

**Palhoça**  
**2009**



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

**VANESSA DE ANDRADE MANOEL**

**A RELAÇÃO TRANSFERENCIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
COM A EQUIPE TÉCNICA DA UBS BELA VISTA PALHOÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Psicólogo.

**Orientador: Prof. Ana Maria Pereira Lopes Ms. C**

**Palhoça**

**2009**

**VANESSA DE ANDRADE MANOEL**

**A RELAÇÃO TRANSFERENCIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
COM A EQUIPE TÉCNICA DA UBS BELA VISTA PALHOÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Psicólogo.

---

Prof. Ana Maria P. Lopes, Ms. C  
Unisul

---

Prof. Ana Maria Lima da Luz, Ms.C.  
Unisul

BANCA EXAMIDORA:

---

Assistente Social. Especialista em Saúde da  
Família Terezinha Pflieger Bazil  
Coordenadora da Atenção Básica Primária do  
Município de Palhoça.

Dedico este trabalho à Deus e a meus pais e irmão.  
“Ainda que falasse as línguas dos homens e dos anjos, e  
não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como  
o sino que tine.”

## AGRADECIMENTOS

À Deus que me conhece desde o ventre de minha mãe, me tirou da minha terra e me trouxe a Florianópolis para mudar minha vida e me fazer mais que vencedora. E também em especial:

- aos meus amados pais, Aparecido Manoel e Maria de Andrade Manoel que acreditaram e apoiaram este sonho em todos os aspectos. Muito obrigada, amo vocês;

- ao meu irmão, Maicon de Andrade Manoel que sempre me apoiou, incentivou e em muitos momentos de dúvida me aconselhou a continuar nesta direção e por ler tantas e tantas vezes esta pesquisa;

- aos meus tios, Ângela e Cassiano que proporcionaram a continuidade deste sonho. Minha estória em Florianópolis tem início porque vocês acreditaram. Obrigada e que sejam abençoados!;

- aos meus familiares de Minas Gerais e do Rio de Janeiro, que mesmo tão longe sempre me acompanharam de perto;

- aos meus pastores, Batista José e Luciane que me cobriram de orações sempre em todo tempo me sustentando com carinho e amizade. Que Deus dê tudo em dobro a vocês;

- aos verdadeiros amigos que souberam entender minha ausência em momentos de festa sem criticar e me motivaram a ir mais longe;

- a minha orientadora Ana Lopes que já admirava antes de ser minha orientadora e agora admiro ainda mais. Obrigada por me incentivar sempre, acolher minhas ideias, sua generosidade de ensinar, sua exigência, pelas suas excelentes aulas, nosso grupo de estudo...;

- a professora Ana Maria Luz que não só compartilhou comigo seus conhecimentos acadêmicos e de vida como fez ressuscitar valores entre aluno e professor e aceitar fazer parte da banca desta pesquisa;

- ao professor Adriano Henrique Nuernberg, pela sorte de ter sido e continuar sendo sua aluna, por acreditar no meu potencial e por despertar o amor pelo trabalho com deficiência;
- aos professores Fernando Brandalise, Flávio Costa, Jacqueline Virmond, Maria Ângela, Simone Vieira e Vanderlei Brasil, Zuleica Pretto que ficarão para sempre na minha memória e no meu coração;
- a professora Maria do Rosário Stotz que em muitas vezes foi mais que professora;
- as amigas e companheiras de trabalho Cristina Klipp e Salete Cecília, por compartilharem comigo seus conhecimentos acadêmicos e de vida, e uma amizade incondicional;
- aos colegas de trabalho Denia, Bruna, Gaby, Carol Boeing, Cris, Vivi Schalata, Carlos;
- aos meus colegas e amigos: Geraldo Mollick, Silvia Correa, Carla Reiter, Ana Tavares, Ana Paula Farias, Rui Novaes, Bianca Spindola, Renata Machado, Bianca e Jeferson, toda IEQ do Kobrasol, Vanda, Livia, Pablo e Evelyn. Valeu!
- a Deise da BU-Pedra Branca pelas caronas. Nunca vou esquecer este gesto de doação.
- a psicoterapeuta Sandra por todo cuidado, afeto e atenção;
- à equipe de ACS da UBS Bela Vista/Palhoça, pela confiança no nosso trabalho e por aceitar participar desta pesquisa.
- aos que sempre fizeram o possível para que este dia não chegasse e sempre dificultaram o máximo que podiam, cresci, amadureci e hoje estou aqui.

A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca, e que, esquivando-se do sofrimento perdemos também a felicidade.

A dor é inevitável.

O sofrimento é opcional [...]. Carlos Drummond de Andrade

## RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde tem papel fundamental na estrutura do SUS em suas diretrizes para efetivação do Programa de Saúde da Família, pois é o elo do posto com a comunidade e a comunidade com o posto. O presente trabalho refere-se à relação transferencial dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe técnica da UBS do bairro Bela Vista na Palhoça - SC. Este trabalho, que se utiliza do enfoque psicanalítico, tem como objetivo compreender os tipos de relações de transferência que se estabelecem entre Agentes Comunitários de Saúde e equipe, por meio do conceito psicanalítico de transferência no âmbito institucional. Para que este objetivo fosse alcançado, foram entrevistadas quatro Agentes Comunitárias de Saúde que atuam nesta unidade de saúde. A presente pesquisa é classificada como exploratória e qualitativa e utiliza entrevistas semi-estruturadas para a coleta de dados. Buscou-se com esse tipo de entrevista obter informações, justificativas de ordem teórica e/ou pessoais dos participantes acerca do seu trabalho. Os dados coletados foram analisados num primeiro momento por categorias e no segundo momento, fez-se um apanhado destas categorias, analisando-as e articulando-as com o referencial teórico presente. Ao fim deste processo constatou que existe uma transferência positiva das Agentes Comunitárias de Saúde para com a comunidade e uma transferência negativa das ACS para com a equipe de saúde do posto. Conclui-se que há necessidade evidente de informação, de reflexão e de um trabalho interdisciplinar não só entre as equipes, mas como em toda saúde pública, no sentido de revisar as dificuldades que se fazem presentes nesse processo.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização dos sujeitos pesquisados.....	41
<b>Tabela 2</b> – Caracterização dos objetivos específicos, categorias e subcategorias.....	45

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

CFP - Conselho Federal de Psicologia.

CNS - Conselho Nacional de Saúde.

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

IAP's - Institutos de Aposentadorias e Previdência.

LOS - Lei Orgânica de Saúde.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONU - Organização das Nações Unidas.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde.

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde.

PSF - Programa Saúde da Família.

SC - Santa Catarina.

SES-SC - Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

SUS - Sistema Único de Saúde.

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
1.1 Tema	8
1.2 Problemática	8
1.3 Problema de Pesquisa	11
1.4 Objetivos	12
1.4.1 <i>Objetivo geral</i>	12
1.4.2 <i>Objetivos específicos</i>	12
1.5 Justificativa	13
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>17</b>
<b>3 MÉTODO</b>	<b>40</b>
3.1 Tipo de pesquisa	40
3.2 Quanto aos participantes	41
3.3 Quanto aos equipamentos e materiais	42
3.4 Situação e ambiente	42
3.5 Instrumento de coleta de dados	42
3.6 Procedimentos	43
3.6.1 Seleção dos participantes	43
3.6.2 Contato com os participantes	43
3.6.3 Coleta e registro de dados	44
3.6.3.1 <i>Organização, tratamento e análise dos dados</i>	44
<b>4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS</b>	<b>47</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estruturada</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO A - Folha de Rosto CONEP</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO B - Folha de Rosto para Submissão de Projetos UNISUL</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO C - Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE)</b>	<b>81</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) tem como objetivo combinar ensino, pesquisa e extensão. Para tanto, a faculdade de Psicologia prepara seus alunos desde a primeira fase até a décima fase na perspectiva de integrar teoria e prática. Especificamente quando da efetivação do estágio profissionalizante é pré-requisito a produção científica dentro do campo de estágio escolhido pelo estudante.

É com base nesta perspectiva que a presente pesquisa foi realizada no campo de estágio em saúde especificamente no nível da atenção básica. Tal pesquisa visa produzir conhecimento científico acerca das relações transferenciais dos Agentes Comunitários de Saúde e a equipe técnica no âmbito institucional, pois se considera as relações como um conjunto de dificuldades que afetam o entendimento entre as equipes, bem como a relação dessas equipes com a instituição.

Faz parte do presente estudo além da problematização e objetivos da pesquisa, a fundamentação teórica com temas referentes ao histórico da saúde pública no Brasil que perpassa pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pela criação do Programa de Saúde da Família (PSF), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Depois disso é considerado, ainda, o papel da Psicologia no campo da Saúde e a perspectiva psicanalítica e sua intervenção no âmbito institucional, com foco nas relações transferenciais. Após a fundamentação teórica são apresentados o método de busca dados a discussão dos mesmos.

## **1.1 Tema**

A presente pesquisa tem como tema a relação transferencial dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe técnica da Policlínica Bela Vista.

## **1.2 Problemática**

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição Federal de 1988, vem garantir no tocante ao espectro da legalidade em um sistema de direito universal à saúde. O SUS ganhou sustentação com programas ou estratégias de reorientação do modelo assistencial vigente na saúde pública. O SUS é orientado por princípios que instituíram o direito à integralidade de assistência, à universalidade, à equidade, à resolutividade, à intersetorialidade, à humanização no atendimento e à participação social, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), com fundamento na Lei nº 8.080/90.

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), também chamado de Estratégia de Saúde da Família, que é entendido como uma forma de reorganização do modelo assistencial vigente. O PSF tem como objetivo tirar o foco da doença e trabalhar a prevenção e promoção da saúde. A operacionalização acontece mediante a implantação de equipes multidisciplinares nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a participação na comunidade.

O PSF, por meio do trabalho junto às pessoas da comunidade, considera os múltiplos arranjos sociais que existem nessa comunidade. Conta com uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como seu apoio. A equipe de ACS é o elo das unidades básicas de saúde com a comunidade e é responsável pelo atendimento à essa comunidade nos cuidados da atenção básica.

A atuação do ACS está regulamentada, de acordo com a SES-SC (2006), e fundamentada na Lei nº 10.507, que trata da criação da profissão de ACS, promulgada em 10 de julho de 2002. O ACS, para que possa exercer essa função, deve residir na área da comunidade em que atuar, haver concluído, com aproveitamento, o curso de qualificação básica para a formação de ACS e ter concluído o ensino fundamental.

A tarefa dos ACS é conhecer a comunidade, realizar o cuidado em saúde da população e indicar, se for o caso, a pessoa que precisar de cuidados para a equipe técnica que também pertence ao PSF. Segundo a SES-SC (2006), o trabalho cotidiano dessas equipes de ACS segue um planejamento, ou seja, possui metas definidas, e seus resultados são constantemente avaliados. Tal trabalho tem como objetivo:

[...] desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daqueles em situação de risco. (SANTA CATARINA, 2006, p.29).

De acordo com a SES-SC (2006), os ACS têm papel fundamental na interlocução da comunidade com a rede de saúde, para a funcionalidade do PSF. A fim de realizar seu trabalho, os ACS relacionam-se com a equipe de saúde para que possam desempenhá-lo. Nessa relação, o trabalho dos ACS pode ser entendido como primário, ou seja, sem o mesmo respaldo de um profissional com formação específica em saúde.

Estudos recentes sobre o trabalho em equipe no PSF, como o realizado por Pedrosa e Teles (2001), revelam ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais. De acordo com Bastos (2003), apesar do teor do discurso classificar o trabalho como 'igualitário', os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais, no que tange a nível superior e nível médio de educação, bem como à distinção entre as profissões de médico e enfermeiro.

É pertinente, então, perguntar se a perspectiva da Psicologia pode ser interessante para compreender a dimensão das relações entre os ACS e o grupo de trabalho da equipe de saúde em um serviço de atenção básica em saúde. O conceito de transferência – pilar da obra psicanalítica de Freud - é proposto aqui como uma ferramenta que pode se utilizar a fim de alcançar uma compreensão psicológica dessa relação, no intuito de buscar uma perspectiva de análise que objetive compreender a relação do ACS com sua equipe, tendo-se como principal subsídio a imersão na forma com que se relacionam, afetivamente, ACS e equipe.

O termo 'transferência' foi empregado por Freud, pela primeira vez, em 1895, em 'Estudos sobre a histeria', mas ganhou maior visibilidade no 'Caso Dora 1905'. Freud o compreende como fenômeno que integrante do tripé psicanalítico, que contempla

transferência, resistência e interpretação. Sigmund Freud (1901) escreve que as transferências são impulsos ou fantasias. Sendo assim, são fenômenos do inconsciente inevitáveis que pertencem à realidade psíquica, à fantasia, e não à realidade dos fatos. A transferência é uma peculiar relação do objeto de raiz infantil, de natureza inconsciente (processo primário) e, portanto, irracional, que confunde o passado com o presente, o que lhe dá um caráter de resposta inadequada, desajustada, inapropriada.

O fenômeno da transferência, de acordo com Freud, ocorre em oposição, ora negativa e ora positiva. A transferência positiva pode ir de sentimentos de ternura ao desejo sexual, enquanto que a transferência negativa pode ir da agressividade ao medo. A qualidade da relação, seja ela com a pessoa do analista, como muito utilizado na clínica, ou nas instituições, está na particularidade da relação do sujeito com esse objeto.

Em 1909, Freud afirma que a transferência é aliada do processo analítico em três parâmetros: 'realidade e fantasia'; 'consciente e inconsciente'; 'presente e passado'. Para o autor, a vida emocional que não se pode recordar é revivenciada na transferência e é ali que deve ser resolvida. De acordo com Zimmerman (1999), a partir da caracterização freudiana, a maioria dos autores psicanalistas compreende a transferência na dialética da fantasia e da realidade, sendo que o fato psíquico é resultante da mescla da dialética, da fantasia e realidade.

Para Guirado (1986), a condição humana supõe a fantasia, o desejo, as ansiedades e os mecanismos de defesa. O fenômeno da transferência faz-se presente em todas as inter-relações. Via de regra, esse fenômeno pode ser bem identificado quando de sua utilização na clínica, pois é o "conjunto de todas as formas pelas quais o paciente vivencia, com a pessoa do psicanalista, na experiência emocional da relação analítica, as representações do próprio ego". (ZIMMERMAN, 1999, p. 331).

Contudo, cabe ressaltar que o fenômeno da transferência não se refere apenas à relação Bi-pessoal cliente-terapeuta, dentro de uma observação meramente clínica. O conjunto de relações de pessoas numa instituição são concretas, e também possui características particulares de funcionamento, espaço, afetos e relações de poder. Estudos que assim consideram a transferência são encontrados no campo de estudo da Psicologia Institucional um campo acerca da qual de J. Bleger (1984) propõe um tipo de prática da Psicologia que se fundamenta na psicanálise e se coloca para além dos limites do consultório.

Bleger (1984) afirma a necessidade de a Psicologia se inserir na realidade social por meio de estudo de grupos, instituições e comunidades, uma vez que, segundo ele, a dimensão psicológica está presente onde quer que o ser humano intervenha. Assim, o

conhecimento psicológico será, aquele que se constrói nas relações de uma realidade intersubjetiva.

Nessa mesma direção, outra contribuição da Psicanálise no campo institucional, segundo Guirado (1986), é a oriunda do conceito de transferência. Esse conceito pode ser entendido como a repetição de modelos primitivos de relações inconscientes provenientes da infância. De acordo com a autora, tais repetições dão-se também em quaisquer contextos dos quais as pessoas façam parte.

Em todas as relações existe um *quantum* de transferência, mas nem todas as relações serão de caráter transferencial, pois não negam o tempo e o espaço como presentes e se reproduzem em vínculos atuais e posições vividas em vínculos passados. Os comportamentos advindos da transferência não são meros hábitos, pois existem sob a forma de fantasias inconscientes. Conforme Dejours (1994, p. 104), é no campo do sofrimento e do conteúdo da significação e das formas desse sofrimento que “aquilo que está na ordem singular, está ligado, em parte, ao passado do sujeito e a sua história familiar (entendida, essencialmente, como a história das relações afetivas criança-pais”.

Então, como os ACS e a equipe técnica têm vivenciado os afetos dessas relações? Como organizam e percebem os afetos? Que tipo de relações é esta? Quais as representações dessas relações construídas sobre si e sobre a instituição? Tais interrogações podem trazer aproximações à perspectiva da Psicologia Institucional de base psicanalítica que trabalha no sentido da tomada de consciência do sujeito em relação às representações do inconsciente, às fantasias, às determinações simbólicas e imaginárias do sujeito. Diante disso, a presente pesquisa visa responder à seguinte pergunta: **como ocorrem as relações de transferência dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe técnica da UBS Bela Vista?**

### **1.3 Problema de Pesquisa**

Como ocorrem as relações de transferência dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe técnica da UBS?

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo geral**

Compreender as relações que se estabelecem entre Agentes Comunitários de Saúde e equipe de saúde, por meio do conceito psicanalítico de transferência.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

São objetivos específicos:

- a) descrever o cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde;
- b) sistematizar os modos de ocorrência da transferência dos ACS com a equipe de saúde;
- c) levantar problemáticas que incidem na relação dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe de saúde.

## 1.5 Justificativa

Esta pesquisa pretende estudar a relação dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe técnica da UBS, por meio de um aproveitamento acerca da relação que se estabelecem entre esses grupos. Contribuir para mitigar as relações de conflito entre os ACS e a equipe técnica faz-se importante, pois essa relação influencia diretamente a qualidade de vida desses grupos e a organização institucional que, em última instância, é condição para efetivação e concretização do SUS, especialmente no PSF. Além disso, para o PSF, os ACS constituem-se no ‘elo’ (grifo nosso) do referido programa. Dito de outro modo, tal estudo pode contribuir para que as relações sejam favoráveis para a promoção da saúde.

Segundo Kaës (1991), em uma compreensão dessas relações pelo viés psicanalítico, e por causa das dificuldades de relações, uma representação da instituição é construída e desenvolvida no interior dela própria. De acordo com o autor a maior parte das representações sociais da instituição tem por função ser um *curativo* na ferida narcísica, evitar a angústia penal de objetivar a resolução dos problemas. A partir do momento em que essas relações transcendem o âmbito operacional nas instituições e assumem um caráter subjetivo intenso. Neste contexto, a psicologia, enquanto ciência voltada para subjetividade, pode compreender os fenômenos psicológicos aí relacionados, compreensão esta que pode ocorrer também por meio das relações de transferência que se estabelecem entre a equipe técnica e os Agentes Comunitários de Saúde.

A transferência foi considerada por Sigmund Freud como um fenômeno que ocorre inerente ao desejo do outro, sendo também de caráter inevitável. Tal fenômeno se faz presente em todas as relações. A partir do exposto, o conceito psicanalítico de transferência pode contribuir para o entendimento da relação dos ACS com a equipe técnica, já que a transferência

[...] é um fenômeno do sistema inconsciente que pertence à realidade psíquica a fantasia [...]. Isso quer dizer que os sentimentos, impulsos e desejos que aparecem no momento atual e em relação a uma determinada pessoa (objeto) não podem ser explicados em aspectos reais dessa relação e sim, ao contrário ao passado. (FREUD, 1909, p. 54 apud ETCHEGOYEN, 1989).

Na busca de outros estudos sobre a temática em geral e especificamente sobre a relação transferencial dos ACS com a equipe técnica, constatou-se (pesquisa realizada em agosto de 2008) que, nas bases de dados on-line, como Bvs-psi<sup>1</sup>, Bireme<sup>2</sup>, Scielo<sup>3</sup> e Scirus, por meio de palavras-chave como ‘relação’, ‘transferência’ e ‘Psicanálise’, e pelas expressões ‘Agentes Comunitários de Saúde’ e ‘Equipe Técnica’, não há estudos específicos sobre a problemática das relações de transferência dos ACS com a equipe técnica.

Outros estudos, contudo, foram encontrados e podem servir de apoio para o fenômeno que se objetiva investigar. Martines e Chaves (2006) desenvolveram uma pesquisa sobre as representações e significações que um grupo de ACS possui acerca da vulnerabilidade ao sofrimento no trabalho ao qual estão expostos. Achados desse artigo mostram o sofrimento que é gerado pela idealização da própria prática e pela escassa perspectiva de rearranjo dos ingredientes constitutivos da organização do trabalho [...] “já que esse profissional depende de fatores alheios ao seu espectro de alcance, que inclui as limitações do modelo assistencial proposto pelo PSF” (MARTINES; CHAVES, 2006, p. 426).

No que se refere à identidade dos ACS, Silva (2005) afirma, em seu artigo, que os fatores psicossociais são significativos na construção da identidade dos ACS, segundo as perspectivas deles próprios. O autor problematiza o Agente Comunitário de Saúde como um personagem instituído pela instituição. Já o estudo de Pedrosa e Teles (2001) identifica temáticas que promovem consenso e divergências entre médicos, enfermeiros e agentes que compõem a equipe do Programa Saúde da Família, com a problemática dos saberes e práticas.

Já a pesquisa de Gomes e Deslandes (1994), ao investigar a interdisciplinaridade como um campo em construção na saúde pública, contempla com grande ênfase as inter-relações que devem ser levadas em consideração pelas instituições. Silva e Trad (2005) aprofundam a questão da mediação simbólica da linguagem, da comunicação, da inter-relação e da articulação técnica, no trabalho multiprofissional. Ambas as autoras abordam a problemática dos ACS nesse contexto.

Considerando estudos em que a relação de transferência pode ser interpretada como modo de compreensão de outras realidades institucionais, Alberti (2004), em sua pesquisa científica sobre a transferência de trabalho e a Universidade, aborda a Psicanálise como um discurso na articulação do conceito de transferência de trabalho. De acordo com o

---

<sup>1</sup> [www.bvspsi.com.br](http://www.bvspsi.com.br)

<sup>2</sup> [www.bireme.com.br](http://www.bireme.com.br)

<sup>3</sup> [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)

autor a articulação da transmissão da Psicanálise no meio acadêmico dá-se com grande ênfase nos trabalhos desenvolvidos na clínica, tendo essa também caráter institucional.

O estudo realizado por Cardoso (2004) trata de uma reflexão sobre a rede de relações que se desenvolve em cada equipe do PSF. O autor aponta para a importância das relações interpessoais e para os fatores que influenciam a interação dessas equipes, tais como a capacidade de lidar com as diferenças, sejam elas teóricas ou pessoais, e a suprema importância da comunicação. Inojosa (2007), em seus estudos sobre as equipes, relata que elas não nascem espontaneamente, sendo constituídas mediante escolha, que ocorre por um elenco de critérios que nem sempre seria o que essas pessoas utilizariam para se aproximar em outras situações. Também salienta que o conjunto de profissionais que constitui uma equipe pode ter sido escolhido em função de seus conhecimentos, de suas habilidades e de atitudes presumidas, porém isso não significa que tenham crenças e valores compartilhados.

Estudando também a relação entre as equipes, a pesquisa de Waisbich, Tognolli e Bilensky (2005) trata dos agrupamentos humanos, desde o mais simples ao mais complexo, bem como de suas regras e normas de funcionamento, em 'Transferência ou Interferência'. De acordo com Cardoso (2004), a equipe consiste no encontro das várias subjetividades e é a partir desses encontros que o trabalho coletivo desenvolve-se e, assim, também as simpatias e antipatias, os conflitos, as alianças e as dificuldades de comunicação (resistências).

A investigação promoveu um estudo mais aprofundado da relação entre as equipes, no tocante ao PSF, pertence a Valentim e Kruehl (2006). Os autores consideram a confiança interpessoal como condição para a consolidação do Programa de Saúde da Família entre os principais atores ativos do PSF. A análise foi desenvolvida a partir da teia de relacionamentos existentes, estudando as relações entre os personagens médicos, enfermeiros e ACS. Nesse mesmo nível de importância o estudo de Vieira e Cordeiro (2005) investiga as relações de trabalho e suas implicações para a subjetividade dos profissionais do PSF, o que possibilita uma intervenção psicossocial, com base na Psicologia, sobre as relações que esses profissionais desenvolvem em sua atividade.

Nesse sentido, pesquisar sobre a relação de transferência dos ACS possui um caráter inovador para a Atenção Básica em Saúde, para o PSF ou ESF e para Psicologia da Saúde, relacionado a isto o que Bleger (1984) afirma sobre a investigação ser possível pela transferência – entendida aqui como repetição de sentimentos e fantasias do 'sujeito a ser conhecido', na relação com o seu 'conhecedor' [...]. A proposta de Bleger (1984) é a de fazer a Psicologia sair dos consultórios e dos limites terapêuticos para abarcar a realidade cotidiana.

Se esse trajeto deve ser científico, a função social do psicólogo será sempre traçada como uma intervenção investigadora.

Os profissionais da saúde que atuam no PSF ou ESF, em caráter especial os ACS, desenvolvem atividades que podem ser mais bem compreendidas com este estudo. O cotidiano de trabalho deles engloba a comunidade e a equipe técnica, desenvolvendo-se relações distintas, desde a identificação das dificuldades da comunidade até a articulação dessas ações junto às equipes na UBS, o que demanda um grande esforço pessoal no manejo das resistências que emergem dessas relações. Nesse sentido, compreender especificidades da relação dos ACS com a equipe, relação essa que é definidora para a efetivação da Atenção Básica em saúde, reveste-se de relevância.

Por último, em uma tentativa de explicar de forma dialética o fenômeno da transferência, pontua-se que o conhecimento sobre esse fenômeno pode permitir uma investigação minuciosa da equipe de ACS para com a equipe técnica. Sobretudo na facilitação da integração das atividades desenvolvidas pelos ACS em favor da promoção da saúde da comunidade.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Serão expostas, a seguir, as categorias teóricas que fundamentam esta pesquisa. Num primeiro momento, será feito um breve histórico sobre a Saúde Pública no Brasil, passando-se pelo SUS e pela constituição do Programa de Saúde da Família. Em seguida, será contextualizado o funcionamento de uma equipe multidisciplinar, pela figura do ACS e a partir da contribuição da Psicologia da Saúde.

Para finalizar, apresentar-se-á a contribuição da Psicanálise nas Instituições que, por meio do conceito de ‘transferência’, será colocada como ferramenta de compreensão das relações que se estabelecem entre os ACS e a equipe técnica.

### **2.1 O Histórico da Saúde Pública no Brasil**

Para a compreensão da Saúde Pública no Brasil, faz-se necessário o entendimento do fenômeno saúde-doença e a sua relação com o contexto histórico de cada época, além de ser preciso refletir, de forma introdutória, sobre políticas públicas de saúde no Brasil. Cada época e local apresenta uma noção de saúde e de doença, conforme seu contexto sociocultural, e tais noções apresentam-se, por vezes, contrastantes.

Os homens enfrentaram as mais variadas formas de situações ambientais e socioculturais ao longo do tempo. Na Antigüidade, saúde era a integração da religião e do trabalho, enquanto que na Idade Moderna ocorre uma fragmentação entre corpo e mente. Com o desenvolvimento da Medicina moderna, no século XVII, a saúde pública começou a se constituir como área de estudo e de intervenção.

Em seguida, no século XIX, as Ciências Humanas e as práticas médicas desenvolveram-se e a saúde passa a significar ausência de doença. Logo, todas as políticas de saúde voltavam-se ao combate de doenças, ou seja, a medicamentos e cura. Em 1902, no México, houve uma reunião que debateu a saúde como direito, surgindo a partir de então a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). No final da Segunda Guerra Mundial, em 1945, cria-se a Organização das Nações Unidas (ONU), que objetiva manter a paz mundial.

Com isso, a saúde toma outro rumo. As mudanças que contrastam cada época confirmam o movimento sociocultural que está implicado nesse processo. Em seguida, em

1948, surge um conceito de saúde que trata de um completo bem-estar, e não de ausência de doença. Com essa idéia de um completo bem-estar, o que era utópico e estático, a saúde passa a ter outra perspectiva: a de ser um processo dinâmico, ativo, de busca de equilíbrio.

De acordo com Da Ros (2000), no Brasil, nas décadas de 1960 e 1970 – período do regime militar - a saúde era caótica. Tal realidade não era discutida como um interesse desse governo, ou seja, não se pensava na saúde para a sociedade. A partir do movimento de medicina social europeu no século XIX, iniciou-se uma reflexão sobre políticas públicas de saúde no Brasil. Sobre isto, Kahhale (2002) diz que os movimentos que ocorriam nesse período, no Brasil, atendiam aos interesses norte-americanos de transformação para o capitalismo. Esse período foi de verdadeiro descaso com a saúde, que atendia somente às pessoas com vínculo empregatício (carteira assinada). A hospitalização era particular e as pessoas que não possuíam vínculo empregatício ficavam à mercê de casas de caridade ou hospitais de caridade, Santas Casas de Misericórdia, de gestão religiosa católica. Segundo Scliar (2002), a enfermidade mais comum na época era a varíola, uma verdadeira epidemia.

De acordo com Da Ros (2003), as políticas públicas de saúde anteriores a essa época podem ser resumidas ao sanitarismo-campanhista, pois essa era a lógica do Ministério da Saúde na época, bem como a um modelo de atenção à doença nos IAP's (antigas caixas de aposentadorias e pensões) para os trabalhadores organizados.

Nesse sentido, Kahhale (2002) acrescenta que foi na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1982, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) definiram os princípios de promoção e prevenção de saúde indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social de uma nação. Para a legitimação das propostas de saúde, a participação da sociedade de maneira organizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde foi de extrema importância, pois foi a primeira participação da sociedade de maneira organizada.

A 8º Conferência faz com que esta questão transborde, faz com que a questão da saúde tenha que ser assumida pela sociedade como um todo. Ela é assumida como uma questão central, como uma questão do seu objetivo, que deveria, então, ser transformada, ao ser conquistada, em um objetivo de governo, e não mais em um objetivo de um, ou três Ministérios ou de um determinado grupamento social representado pelos profissionais de saúde. [...] Me parece que esse é o grande salto que se dá, a grande chance, a grande potencialidade que o Movimento ganha [...] Nesse sentido, a 8º Conferência propõe já não mais a questão do Sistema Único de Saúde como uma exclusividade, mas propõe a Reforma Sanitária. E passa a ser um movimento da sociedade, ou pretende ser um movimento as sociedades. (FALEIROS, 2006, p. 47).

O tema da conferência era o seguinte: Saúde direito de todos, dever do Estado. Dentre os diversos avanços alcançados nessa conferência, está o conceito de saúde ampliada, que será colocado em prática por meio Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição de 1988, no Brasil, diferentemente de épocas anteriores, estabeleceu a saúde como um direito, que pode ser conquistado por meio da efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) (KAHHALE, 2002).

Como afirmam Franco e Merhy (1999), as políticas públicas no Brasil tiveram iniciado o processo de acesso à saúde para pessoas com a reforma sanitária e com o modelo de vacinação. Já em 1978, com a Alma Ata, algumas idéias de atenção primária em saúde começam a ser divulgadas, mas só dez anos depois o Brasil coloca a Alma Ata em lei e o resultado de sua principal conferência a de 1986 pela Constituição Federal de 1988 (Seção II - Da Saúde - artigos 196 e 197).

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988).

### **2.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS)**

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica de Saúde) e nº 8.142/90. A desigualdade no atendimento ao cidadão que ocorria nos serviços de saúde, geram uma finalidade de mudança inexorável para o SUS, tornando obrigatório o atendimento a qualquer cidadão (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1990).

Faleiros (2006) salienta que o processo instituinte do controle social na área da saúde, considerando a mobilização dos sujeitos envolvidos de diversos lugares do Brasil que se aglutinaram em debates e consensos, teve como objetivo mudar a relação Estado-sociedade no Brasil. Esse direito conquistado, portanto, garante a todos os cidadãos o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços

assistenciais, ou seja, é importante promover e prevenir as doenças, tendo direito aos serviços assistenciais tanto de tratamento como de reabilitação.

De acordo com Kujawa, Both e Brutscher (2003), os saberes e as práticas em saúde nas diversas profissões do campo da saúde necessitam ser modificados conforme os contextos em que estão inseridos, bem como precisam somar-se aos objetivos estabelecidos por meio da efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores afirmam que o SUS está firmado por fundamentos também chamados de princípios (universalidade, integralidade, equidade) e diretrizes (regionalização, hierarquização, descentralização, racionalização e resolução, complementaridade do setor privado e participação da comunidade). Esses princípios e essas diretrizes do SUS sustentam a nova política de saúde pública no Brasil. Assim, os princípios têm por objetivo complementarem-se e fortificarem-se um ao outro, como mencionam Kujawa, Both e Brutscher (2003, p.24):

“O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum”.

Assim, o primeiro princípio, da universalidade, afirma que se trata de um serviço que abrange toda a população, sem fazer distinção de sexo, idade, raça ou crença religiosa. A saúde é tida como responsabilidade do Estado (Município, Estado e União). Já o segundo princípio, da integralidade do SUS, parte de uma perspectiva de homem em seu todo, como um ser bio-psico-social, compreendido em uma visão integral, segundo Kujawa, Both e Brutscher (2003), havendo um direcionamento para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. O princípio de equidade trata de ações em saúde conforme a singularidade e necessidades das pessoas. Está aqui incluída a observação e valorização dos traços particulares que possuem os seres humanos, que devem ser levados em consideração.

As diretrizes organizativas vão garantir um sistema único junto aos princípios propostos pelo SUS (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003). A regionalização remete à Conferência de Alma Ata (1978), de organização das ações em saúde em proximidade das pessoas. O pensamento é de construção de uma rede de acesso fácil e de qualidade. Quanto a isso, tais autores dizem:

O SUS prevê que as ações em saúde devem ser organizadas a partir de regiões delimitadas (daí o surgimento do conceito da “regionalização”), desde o nível municipal (o município, conforme suas características podem se subdividir em regiões sanitárias), passando pelo nível estadual até o federal. (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003, p. 28).

Ainda explicam Kujawa, Both e Brutscher (2003) que a diretriz de hierarquização busca garantir ações em saúde articuladas desde o nível primário de atenção, perpassando pelo nível médio e de alta complexidade para todas as pessoas. A descentralização é a municipalização da saúde. É a oportunidade de os Estados organizarem a saúde de acordo com a realidade de cada comunidade.

Para os autores, a racionalização e resolução consistem no princípio de utilização racional dos procedimentos, para que não haja o desperdício de recursos. A diretriz de complementaridade do setor privado prevê que os atendimentos sejam realizados em estruturas públicas, mas, quando isso não for possível, é possível recorrer ao sistema privado para complementar os serviços de ações em saúde. A diretriz de participação da comunidade trata do envolvimento da comunidade na construção, organização e fiscalização do SUS. A Lei nº 8.142 do controle social coloca o cidadão como atuante, responsável na exigência do seu direito à saúde diante dos conselhos municipais e estaduais (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003).

De acordo com Da Ros (2003), a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) descentraliza a saúde do governo federal e se foca no município em que se encontra a regionalização dos problemas, dos recursos, bem como na proximidade da idéia de saúde e de doença de cada contexto. E com base em todo esse processo histórico em 1994 inicia-se um novo governo no Brasil e uma nova estratégia de assistência à saúde, quando tem início com o Programa de Saúde da Família (PSF).

A estrutura do PSF é a sustentação do SUS na atenção primária em saúde, estrutura essa que deve ser a mais planejada para atendimento amplo à população e, para isso, conta com o trabalho dos ACS para tal sustentação. O ACS é o elo da comunidade com o posto e do posto com a comunidade, o que permite que os profissionais envolvidos no PSF articulem estratégias de intervenção na promoção e prevenção da saúde de acordo com a comunidade.

### 2.1.2 Programa de Saúde da Família (PSF)

O modelo atual de organização da atenção em saúde está estruturado em três níveis hierárquicos e complementares de atenção à saúde: atenção básica, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade. Esses três níveis de atenção são hierárquicos, porque dependem do nível de especialização dos profissionais e sofisticação dos aparelhos necessários.

Levar em consideração a maior ou menor complexidade dos problemas faz com que os níveis de atenção sejam estruturados da seguinte forma, de acordo com Kujawa, Both e Brutscher (2003): na atenção de alta complexidade, exige-se a ação de profissionais e uma estrutura tecnológica com alta capacidade resolutiva. Trata-se dos serviços mais caros e mais especializados e, portanto, mais difíceis de ser ofertados (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003). Desse nível, fazem parte os serviços hospitalares. Em virtude do alto custo relativo a ele, a idéia é a de que ele seja ofertado distribuídamente à população, sendo também procurado em situações específicas.

Na atenção de média complexidade, as ações são divididas em dois níveis. O primeiro nível diz respeito às atividades ambulatoriais, como as de apoio ao diagnóstico, às questões e terapêuticas e à de internação hospitalar. O segundo nível refere-se às ações e aos serviços ambulatoriais que têm como função atender aos principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003).

Já sobre o nível de atenção básica de acordo com Kujawa, Both e Brutscher (2003), existe um total de sete ações do nível básico à saúde, até o momento previsto, pelo Ministério da Saúde. São elas: o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a eliminação da hanseníase, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. As únicas ações que devem ser garantidas por todos os municípios são as de nível básico. As ações de média e alta complexidade são pontos de referência, o que significa que nem todos os municípios têm que as garantir, embora precisem ter um município-referência, para onde irão encaminhar seus usuários quando necessitarem dessas ações (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003).

Cabe tratar do nível de atenção básica à saúde. Todavia, o SUS dá preferência para as ações da atenção básica, pois isso é o mínimo que se pode fazer para que as pessoas

tenham melhor qualidade de vida. É por essa melhor qualidade de vida que o Programa de Saúde da Família (PSF) tem por objetivo reorientar o modelo de atenção básica em saúde. O PSF é entendido como uma orientação para o modelo assistencial em saúde e a implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde com isto, estabelece ações básicas em saúde e estabelece diálogos com os demais níveis de ministérios.

Souza e Carvalho (2003) conjecturam que a estratégia do PSF objetiva facilitar o acesso dos indivíduos, bem como possibilitar uma gerência de saúde mais adequada para a população e serviços de melhor qualidade. De acordo com Pedrosa e Teles (2001), o PSF tem por finalidade propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade. Esses graus de complexidade estão relacionados aos tecnológicos, aos distintos campos de conhecimento, e ainda ao desenvolvimento de habilidades e mudanças nos profissionais envolvidos.

Em relação ao aspecto de estrutura e organização do PSF, Franco e Merhy (1999) elencam os princípios sobre os quais a UBS da família atua que são:

Caráter substitutivo: substituição as práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde.

Integralidade e Hierarquização: A Unidade Básica de Saúde está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde.

Territorialização e descrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido.

Equipe multiprofissional: A equipe de Saúde da Família é composta, minimamente por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar em enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). (FRANCO; MERHY, 1999, p. 2).

Algumas atribuições são designadas a cada equipe multiprofissional do PSF. Souza e Carvalho (2003) destacam a atribuição de se conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas; de se identificar os problemas de saúde e as situações de risco mais comuns às quais a população está exposta; de se resolver os problemas de saúde do nível de atenção básica; de se realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento; de se valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito, assim como de se garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência.

O viés de entendimento das equipes do PSF tem sido multidimensional, considerando o caráter biopsicossocial humano, em que o bom funcionamento da equipe se

faz indispensável para a concretização do PSF. Souza e Carvalho (2003) admitem que a aproximação das equipes de saúde com a comunidade é fundamental, pois intervenção congruente com a demanda gera melhores resultados. A vivência ou um cotidiano de trabalho são construídos tanto externamente com a comunidade como internamente entre as equipes. Existe um trabalho de base que é realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, como comenta Martines e Chaves (2006, p. 426):

No PSF, o trabalho caminha pelo viés da assistência integral, entendida por ações preventivas, de promoção da saúde e de curativas, nas quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção, atrelada a visão de equipe interdisciplinar, contando com o trabalho de base feito pelo ACS que realiza o monitoramento (diagnóstico local situacional) de forma contínua, sob supervisão do enfermeiro.

De acordo com Franco (1999) existe uma contradição no PSF sobre a realização de ações com visão psicossocial de uma estrutura pensada no trabalho assistencial que mantém a comunidade com alguns atendimentos e uma equipe mínima. Reprodução de fazeres e práticas que já se materializaram nas pessoas que atuam no PSF. Neste contexto novas tecnologias de trabalho que são conhecimentos e conjunto de ações são apontadas na teoria do PSF. Estas novas tecnologias envolvem médicos, enfermeiros e equipe técnica e não os ACS.

Os serviços de saúde têm por consequência a capacidade de resolver problemas e consultas médicas, assim, o trabalho das ACS são de baixa tecnologia, de alta complexidade e densidade, por ser o elo com a comunidade. E são considerados de baixa tecnologia por não atuarem dentro da UBS, mas complexos e densos por serem os mediadores da situação atual do posto em relação ao que oferece a comunidade e densos por serem considerados cuidadores. Com essa estrutura toda proposta do PSF se engessa e aquele que não se adequar está fora da equipe.

Por fim, sendo um direito da população usufruir de serviços de qualidade em saúde para seu bem-estar e melhoria da qualidade de vida, a reorganização do modelo de assistência à saúde supõe os sistemas de referência de qualidade, garantindo a qualidade dos atendimentos à comunidade.

### 2.1.3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Segundo a SES-SC (2006), em 10 de julho de 2002 foi criada a profissão de ACS, que está fundamentada na Lei nº 10.507. A SES-SC (2006) relata que o Presidente da República sancionou essa lei afirmando que o exercício da profissão de ACS é exclusivo para o SUS, tendo como base seu exercício de prevenção de doenças e a promoção de saúde por meio das ações domiciliares ou comunitárias. O ACS, segundo a SES-SC (2006), deverá, de acordo com a Lei nº 10.507, preencher alguns requisitos para de fato poder exercer essa profissão, tais como: morar na comunidade em que vai trabalhar, ter concluído o curso de qualificação para a formação de ACS e ter o ensino fundamental. A presença dos ACS no contexto da atenção básica em saúde tem tido, por parte daqueles que se dedicam a estudar esse contexto, um conjunto de afirmações que podem ser consideradas emblemáticas para a compreensão dessa ação profissional. Isso pode ser visto a seguir:

Os Agentes Comunitários de Saúde vivem na alma da periferia e são por definição, paradoxais. Eles são membros ao mesmo tempo da comunidade e da organização sanitária. Eles e elas estão articulados com a clínica praticada pelos médicos e enfermeiros [...] (LANCETTI, 2006, p.94).

Esse novo personagem, o ACS, assim nomeado por Martines e Chaves (2006), fez-se indispensável ao PSF. É o elo com a comunidade, visto que faz parte da população, trabalha para essa população e, supõe-se, é quem conhece as formas cotidianas de viver, de significar a vida e o comportamento das famílias locais. Esses profissionais tornaram-se referência para a comunidade e a estrutura do SUS em suas diretrizes. O trabalho do ACS é feito nos domicílios de sua área de abrangência e suas atribuições, segundo a SES-SC (2006, p. 16), são:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Segundo a SES-SC (2006), com o PSF a equipe tem o objetivo de ir até a comunidade, não existindo um foco só no doente. A proposta é de promoção, prevenção e proteção à saúde realizada pelos ACS e pelo PSF. A qualificação desses profissionais é o ingrediente construtivo da organização, estruturação e intervenção de estratégias de trabalho.

A SES-SC (2006) ressalta a importância das capacitações e treinamentos para as equipes de PSF e ACS. Essas equipes são totalmente ativas no processo de busca e formação de elo com a comunidade. A identificação de fatores patológicos, psicológicos e sociais depende de uma capacidade técnica para desenvolver estratégias de enfrentamento de soluções. A equipe de ACS é acompanhada por um enfermeiro/supervisor de uma Unidade Básica de Saúde, como afirma a SES-SC (2006). Os ACS podem estar ligados à lógica do PSF ou a uma Unidade Básica de Saúde e, de acordo com os dados dessa secretaria.

A SES-SC (2006) concorda que a atuação dos ACS possibilita mapear toda a área, toda comunidade que esteja exposta ao risco, bem como a atualização de informações das famílias. Essa equipe é responsável pelo contato rotineiro permanente, com o objetivo de ações educativas, sempre pelo prisma da promoção e prevenção da saúde.

As famílias acompanhadas pelos ACS, segundo a SES-SC (2006), são orientadas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis na UBS, e eles podem acompanhá-las por meio das visitas domiciliares. Desse modo, conclui-se que os ACS são fundamentais na consolidação e aceitação do PSF pela comunidade. Segundo Lancetti (2006), partindo do plano de estratégia da saúde da família, o ACS amplia a visão de outros profissionais que estão distantes do contato com a diversidade das configurações familiares. E se tornam o único elo da população com o poder público.

Deste elo que é estabelecido pelo ACS de acordo com Rios (2007) o trabalho pode ser caracterizado como verdadeiro campo de batalha em relação às dificuldades de trabalho que geram tensões sociais e psíquicas que fazem parte do seu exercício cotidiano. A miséria da comunidade, e a falta de recursos do posto ampliam as dificuldades e compromete

as relações da comunidade com o posto e entre os profissionais que atuam na unidade de saúde.

Maciel (2007) relata que tais dificuldades afetam a subjetividade e a auto-estima dos ACS, por sua vez, sentem-se desvalorizados, com salários aviltantes, apesar de alguns benefícios. Os recursos para o pagamento do salário dos ACS provêm em parte do governo federal e municipal e, em menor proporção, do governo estadual. Para Ferraz (2005), a renda *per capita* caracteriza os agentes como população de baixa renda, com inserção econômica muito semelhante à da população por eles assistida. Para muitos ACS o ingresso na profissão também é assistido como uma oportunidade de retorno ao mercado de muitos deles e que muitos deles têm um papel importante na sustentação econômica da família.

### **2.1.4 Psicologia da Saúde: a inserção do profissional de psicologia**

De acordo com Kahhale (2003), é com a mudança da forma de se pensar a saúde pública, sendo esta considerada como saúde coletiva, que o profissional de psicologia ganha espaço dentro da saúde pública. Com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no ano de 1980, a saúde passou a se apresentar como pluridimensional, ou seja, passou-se a pensar a saúde nas “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte [...]” (KAHHALE, 2003, p.185).

A noção de saúde e doença em cada época e local apresenta um contexto sócio-histórico cultural bem diferente. O mesmo pode ser dito em relação à ampliação da atuação do psicólogo na rede de saúde no cenário brasileiro, no Sistema Único de Saúde (SUS) - Atenção Básica. De acordo com Kahhale (2003), a inserção do psicólogo na área da saúde acontece por meio das políticas públicas de saúde do final dos anos 70 e da década de 80.

Para Freitas (1998), a inserção do profissional psicólogo na comunidade tem início junto com ações filantrópicas e assistencialistas de pastorais católicas na década de 70. Esse vínculo de atuação nas comunidades junto das pastorais católicas é rompido e a psicologia comunitária inicia seu trabalho no cenário de políticas públicas na comunidade.

Como exemplo, Kahhale (2003) cita o psicólogo que, no começo de sua atuação na rede básica de saúde, ainda se fundamentava no modelo clínico clássico assistencialista. Esse modelo restringia-se à psicoterapia, às atividades de triagem e ao psicodiagnóstico, numa visão ainda psicopatologista. Existe uma discrepância na acessibilidade de atendimento aos usuários da rede de saúde pública. No entender de Spink (2003), sobre a essência do dilema, “onde intervir” a questão principal, é responder qual a importância de um trabalho terapêutico, quando os determinantes sociais do problema são tão hegemônicos e tão prementes.

Essas realidades acerca do papel do psicólogo no campo da saúde em geral e, especificamente, no campo da atenção básica, remetem à discussão sobre a formação desses profissionais. De acordo com Dimenstein (1998), desafios surgem para a formação e atuação profissional do psicólogo, pois existe uma competência técnica do profissional que está diretamente vinculada à classe média, e não à atuação na comunidade.

As ações de psicologia dentro da atenção básica não devem partir do pressuposto de que todos compartilham uma mesma subjetividade em relação às representações sociais,

pois os conflitos que emergem dessas classes, em sua grande maioria, não se ajustam às técnicas universitárias em suma essência. Kahhale (2003) ressalta que a Atenção Básica necessita de uma atuação diferente nos atendimentos psicológicos. Dentro de um cenário em que a prevenção e promoção são o foco principal de intervenção, a psicologia deve estar respaldada por uma nova visão de homem, ou seja, deve considerar cada sujeito como ser histórico, social e ativo no processo, o que contrapõe o antigo modelo da psicologia clínica tradicional.

Desse modo, segundo Kahhale (2003), para que as ações do profissional psicólogo na atenção básica tenham validade e aceitação da comunidade, é necessário, a desinstitucionalização dos conhecimentos ‘engessados’, ou seja, é necessário um redirecionamento dessas ações, para que as mesmas não exerçam a funcionalidade de controle social de massa. Ao pensar na Psicologia da Saúde, Kahhale (2003) frisa que é necessário considerar sua atuação em rede. Da mesma forma que os sujeitos não devem ser vistos de maneira fragmentada, a atuação do profissional de psicologia deve estar articulada com a visão ampliada de rede de atenção.

A Psicologia da Saúde possibilita a presença de ações de minimização do sofrimento e, ao mesmo tempo, ações de promoção de saúde, uma vez que se conheçam os seus fundamentos teóricos, que se identifiquem as possibilidades de atuação nesse campo. Como afirma Kahhale (2003), o psicólogo precisa aprender a trabalhar interdisciplinarmente, atuar na saúde pública com ações que atendam demandas coletivas e lidar com muitas pessoas ao mesmo tempo, o que envolve todos os níveis de atenção à saúde no âmbito da prevenção, promoção e reabilitação.

## **2.2 Concepção psicanalítica sobre o fenômeno da transferência**

A teoria psicanalítica, por meio de seu conjunto de ferramentas se constitui um arcabouço teórico muito importante para o conhecimento de fenômenos psicológicos e intervenções nesse campo. Freud o faz bem no início do desenvolvimento de sua teoria. A invenção e importância da transferência na Psicanálise, essencial em processo terapêutico, tornou-se um dos alicerces da teoria psicanalítica, conforme exposto a seguir.

Segundo Greenson (1981), foi a perseverança e flexibilidade de Freud que o capacitaram a afrontar com êxito os obstáculos de cada descoberta, o que resultou na Psicanálise, assim como no achado do fenômeno da resistência. De acordo com esse autor, foi a partir do caso de Elisabeth Von R. que Freud percebeu a existência de uma força que denominou de resistência, pois esta impedia que as idéias patogênicas se tornassem conscientes aos pacientes.

Greenson (1981) afirma que outro aspecto da clínica começou a chamar a atenção de Freud: a relação médico-paciente. Um obstáculo emergia no decorrer do processo analítico em relação ao paciente para com o médico. A relação assume um aspecto perturbador, que impedia que os pacientes associassem livremente, ignorando-se totalmente a regra fundamental da Psicanálise, no “sentido de dizer tudo que lhe vem à cabeça e não permitir que obstáculos críticos impeçam de fazê-lo” (FREUD, 1996 (1916-17), p. 442). “Inferimos desta experiência que a idéia transferencial penetrou na consciência à frente de quaisquer outras associações possíveis, porque ela satisfaz a resistência.” (FREUD, 1996, p. 115).

Sendo assim, Freud havia descoberto os fenômenos da resistência e da transferência, visto que a transferência aparece na Psicanálise como resistência. Como afirma Freud (1911-13), “a transferência no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência”.

Em 1895, nos *Estudos sobre a histeria* (1893-95), o termo ‘transferência’ é empregado pela primeira vez quando Freud retorna à análise do caso Dora (1905), analisado por ele e por Breuer. A esse propósito, Freud fala da transferência como uma estrutura mental inconsciente especial que se forma a partir da não-produção de sintomas neuróticos. Com o caso Dora, Freud (1905) enfatiza o papel fundamental que exerce a transferência no processo analítico, pois “[...] a transferência, que parece ser destinada a ser o maior obstáculo à psicanálise, transforma-se no seu maior aliado se sua presença pode ser detectada todas as vezes que apareça e explicada ao paciente.”

A transferência é considerada, por Sigmund Freud, como um fenômeno que ocorre inerente ao desejo do outro e de caráter inevitável. Esse fenômeno ocorre em todas as relações, já que “[...] é um fenômeno do sistema inconsciente que pertence à realidade psíquica a fantasia [...]”. (FREUD, 1909, p. 54).

## Ainda em Freud (1915-17), a transferência é

[...] a vivência de sentimentos, impulsos, atitudes, fantasias e defesas dirigidas a uma pessoa no presente, sendo que essa vivência toda não coaduna com essa pessoa e constitui uma repetição um deslocamento de reações surgidas em relação a pessoas importantes na infância primitiva. Com isso queremos dizer uma transferência de sentimentos à pessoa do médico, de vez que não acreditamos poder a situação no tratamento justificar o desenvolvimento de tais sentimentos. (FREUD, 1915-17, p. 443).

De acordo com Freud (1916-17), a transferência manifesta-se quando há um conflito no sujeito entre um impulso libidinal e a repressão sexual, entre uma tendência sensual e uma tendência ascética. Na realidade, nos neuróticos, o ascetismo está no poder e a consequência é a tendência sexual suprimida encontrar vida, sendo seu caminho o sintoma. Já a sensualidade é a repressão sexual posta de lado e, por necessidade, ela será substituída por sintomas.

A esse respeito, Násio (1999) é enfático sobre a compreensão do significado ou da significação transferencial de um sintoma, seja ele antigo ou novo. A mensagem que é emitida dessa transferência é muito similar a qualquer outro sintoma que destina essa mensagem ao analista, que é instituído como interlocutor.

Para Zimerman (1999), o fenômeno transferencial está presente em todas as inter-relações humanas, formando o tripé psicanalítico: transferência, resistência e interpretação. Trata-se do conjunto de todas as formas pelas quais o paciente revivencia com a pessoa do psicanalista a experiência emocional da relação analítica.

De acordo com Freud (1911-13), cada indivíduo tende a desenvolver, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas nos primeiros anos de vida, um método específico e próprio de conduzir suas vidas eróticas. Percebe-se que o sujeito produz um ou vários clichês estereotípicos que serão constantemente repetidos ou reimpressos no decorrer da vida do sujeito, de acordo com a forma com que as circunstâncias externas se apresentam e permitem um *acting out*, ou seja, um colocar em ato. Em relação a tal aspecto, existem dois impulsos libidinais. O primeiro impulso está relacionado ao desenvolvimento psíquico da realidade, que está à disposição da personalidade consciente. O outro impulso é desconhecido pela realidade consciente da personalidade. Como afirma Freud (1911-13):

Esta parte está dirigida para realidade, acha-se à disposição da personalidade consciente e faz parte dela. Outra parte dos impulsos libidinais foi retirada no curso do desenvolvimento; mantiveram-na afastada da personalidade consciente e da

realidade, e, ou foi impedida e expansão ulterior, exceto na fantasia, ou permaneceu totalmente no inconsciente, de maneira que é desconhecida pela consciência da personalidade. (FREUD, 1911-13, p. 111-112).

Em face disto isso, o médico será incluído numa dessas fantasias psíquicas que o sujeito já formou. Caso a lembrança ou fantasia de uma pessoa querida formada na infância se conserve sem modificação na vida adulta, e nas relações do paciente com o médico, é constatada a transferência.

Na transferência são revividas experiências psicológicas pertencentes não só ao passado, mas ao presente em relação ao analista. Algumas transferências são idênticas a experiências antigas. Freud (1916-17) sustenta que o paciente transfere intensos sentimentos de afeição, que não se justificam pela conduta do médico, nem pela situação que se criou durante o tratamento, e que a forma com que essa afeição se expressa e os objetivos que ela tem vão depender da relação entre as duas pessoas em questão.

Na concepção de Násio (1999), essa realidade sexual ou libido sexual regida se manifesta nitidamente e não fica oculta por trás de manifestações desprovidas de sensualidade. Essas manifestações são muito intensas, excessivas e fortes, como se a pulsão fosse desnudada. Ainda em Násio (1999 p. 58),

É o que chamamos habitualmente, na psicanálise, de momento, seqüência dolorosa da transferência. A transferência, a neurose de transferência se manifesta por esse estado intenso, excessivo na relação entre o analista e o analisando.

Desse modo, a função analítica é a de rastrear a libido e torná-la acessível à consciência e útil à realidade. Assim, coloca-se a transferência para trabalhar a favor do processo analítico, visto que a transferência é um mecanismo de defesa do inconsciente na tentativa de deixar coberto o conteúdo complexo.

De acordo com Freud (1916-17), a transferência é a deformação que oferece maior vantagem e entra em cena quando algo do conteúdo complexo serve para ser transferido para a figura do médico e se anuncia por sinais de resistência. De forma reiterada, quando se aproxima de um processo patogênico, se a parte desse complexo for passível de transferência, é empurrada para consciência.

Em muitos casos, o material inconsciente já é de conhecimento do analista, mas não adianta comunicar ao paciente sobre esse conteúdo. Freud (1916-17) afirma que é preciso eliminar a repressão e depois comunicar o conteúdo inconsciente que tomará o lugar da

repressão. O movimento do paciente é o de fazer coincidir os impulsos emocionais com o médico.

Em ‘A Dinâmica da transferência’ (1911-13), Freud realiza a descoberta de uma transferência positiva, de sentimentos amistosos ou afetuosos, e de uma transferência negativa, de sentimentos hostis. A transferência positiva engloba sentimentos admissíveis à consciência e há prolongamentos desses sentimentos no inconsciente. Por mais puros que estes possam parecer, todos estão ligados a um objeto sexual.

De acordo com Freud as transferências também podem ser negativas. Estas abarcam os sentimentos hostis à pessoa do analista, sendo que a transferência se encontra com o sujeito desde o início da análise. Via de regra, aparecerá primeiro a transferência positiva, mas a transferência negativa encontra-se atrás da transferência positiva, revelando-se mais tarde. Assim Freud (1916-17 p. 444) diz:

Não podemos ter dúvidas de que os sentimentos hostis para com o médico merecem ser chamados de ‘transferência’, pois a situação, no tratamento, com muita razão não proporciona qualquer fundamento para sua origem; essa inevitável visão da transferência negativa nos assegura, portanto, que não estivemos equivocados em nosso julgamento acerca da transferência positiva ou afetiva. Onde surge a transferência, que dificuldades nos causa, como a superamos e que vantagens finalmente dela auferimos.

De acordo com Freud (1911-13), os impulsos eróticos reprimidos serão transferidos à figura do médico por uma transferência positiva ou negativa, o que faz dela apropriada para a resistência ao tratamento. Pergunta-se aqui: Freud teve ou não noção de outros ambientes em relação à descoberta da transferência positiva e transferência negativa?

Na explanação sobre a transferência negativa, Freud (1911-13) sobreavisa que a resistência da transferência pode também se apresentar em instituições. Também sustenta que a manifestação da transferência negativa é real e muito freqüente. Freud sinaliza sobre este outro ambiente: as instituições.

Pode-se levantar ainda a questão de saber por que os fenômenos de resistência da transferência só aparecem na psicanálise e não em formas diferentes de tratamento (em instituições, por exemplo). A resposta é que eles também se apresentam nestas outras situações, mas têm de ser identificados como tal. A manifestação da transferência negativa é, na realidade, acontecimento muito comum nas instituições. Assim que um paciente cai sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição em um estado inalterado ou agravado. (FREUD, 1911-13, p. 117).

Percebe-se aqui que existe uma facilidade maior de encobertar a transferência erótica do sujeito que fica distante da vida e essa resistência é percebida de maneira clara ao que o sujeito atribui à instituição. Existe uma ambivalência entre a transferência positiva e a transferência negativa, pois ambas estão lado a lado, segundo Freud (1912).

O fenômeno da transferência é importante para entender as relações institucionais, pois aborda a relação Bi-pessoal e sinaliza para o entendimento das relações institucionais. Em outras palavras uma vez que pode ser compreendido como mais abrangente que apenas às relações bipessoais, pode tornar-se instrumento para a compreensão das relações de esferas maiores com objetivos diferentes, tais como aquelas relações empreendidas nas instituições.

Sendo assim, a transferência também pode ser relevante na compreensão das relações complexas, tais como as relações entre os grupos, como o do PSF. As possíveis modalidades do funcionamento de grupos dentro do PSF, como o dos ACS, bem como a complexidade e característica da natureza do trabalho, podem ser veículo para a ocorrência de transferências negativas dos profissionais para com a instituição e dos profissionais para com outros profissionais.

### **2.2.1 O trabalho da psicanálise nas instituições**

Pensar a Psicanálise no campo institucional é pensar em uma dificuldade que está vinculada aos riscos psíquicos da relação do sujeito com a instituição. Como acontece o manejo das resistências transferenciais que emergem nas relações é algo que pode ser visto em outros autores que estudam psicanálise nas instituições. De acordo com Kaës (1991), essas dificuldades encontram-se em três grandes grupos. O primeiro grupo está relacionado aos fundamentos narcísicos e objetivos da posição do indivíduo na instituição: é o confronto com a fantasia ou idealização na cadeia real institucional, é a resistência do sujeito contra os conteúdos do pensamento de uma conversa sem modificação na vida adulta.

As dificuldades que afetam a relação com a instituição com uma valência negativa entram o pensamento daquilo que ela institui nada menos que isso; só nos tornamos seres falantes e desejantes porque ela sustenta a designação do impossível: a proibição da posse da mãe-instituição, a proibição do retorno à origem e da fusão imediata. O que na relação com a instituição permanece como sofrimento, continua sendo impensado devido ao recalque, à recusa, à reprovação. (KAËS, 1991, p. 20).

O segundo grupo refere-se a deixar a instituição enquanto plano de fundo da subjetividade humana, que envolve cultura e a sociedade. Kaës (1991), nesse segundo nível de dificuldade, revela um descentramento radical da subjetividade. A instituição precede, determina e inscreve-se nas malhas e nos seus discursos, e esse pensamento destrói a ilusão centrada de um narcisismo secundário. A instituição estrutura sujeitos, contraria relações e, com elas, as relações que sustentam a identidade.

Toda exteriorização interna dos sujeitos nas instituições é anônima, por eles se subjetivarem num espaço fora dos sujeitos, mas que ainda é uma parte do sujeito. Esse espaço fora do sujeito é o inconsciente, no qual a vida psíquica se organiza. Essa organização é a organização da margem biológica e uma margem social, em relação às experiências do corpo e à experiência institucional. Quanto a isso, Kaës (1991) complementa que a fantasia da cena primária é uma tentativa de representar o irrepresentável que foi exteriorizado. O sujeito inventa o Pai imaginário, a figura ancestral que se torna uma âncora defensiva em relação à perda de si, num espaço que desaparece, confrontando-se com o caos. O trabalho psicanalítico nas instituições é o de trazer o irrepresentável para a rede de sentidos dos mitos e se defender de um *nós* institucional. Esse *nós* institucional é construído nas relações cotidianas estabelecidas pelos sujeitos na instituição.

O terceiro grande grupo de dificuldades, conforme o autor supracitado, trata da instituição como sistema de vínculos – as representações sociais da instituição:

Pensar a instituição requer então o abandono da ilusão monocêntrica, a aceitação de que uma parte de nós mesmos não nos pertence propriamente, ainda que “de onde se encontrava a instituição para surgir em *Eu*” nos limites do nosso necessário apoio sobre aquilo que, a partir dela, nos constitui. A função é por um curativo na ferida narcísica, evitar a angústia do caos, justificar e manter os custos identificatórios, preservar as funções dos ideais e dos ídolos. (KAËS, 1991, p. 21).

As instituições acabam por ser o local que fornece representações comuns e matrizes de identificação, de acordo com Kaës (1991). Esse autor diz que essas representações geram pensamentos sobre o passado, o presente e o futuro, indicam os limites e as transgressões, asseguram a identidade e dramatizam os movimentos pulsionais.

Pergunta-se, aqui: quais as transferências que podem emergir desse movimento de sacralização e dessacralização da instituição, visto que ora são sustentadas pelo imaginário utópico e ora sustentadas pela função ideal?

[...] dentro das instituições há “massividade dos afetos, discussão obnubilante e repetitiva de idéias fixa, paralisia da capacidade do pensamento, ódios incontroláveis, ataque paradoxal contra a inovação nos momentos de inovação, confusão inextricável dos níveis e da ordem de sincretismo e ataques concentrados contra o processo de ligação e de diferenciação, *acting* e somatização violentas”. (KAËS, 1991, p.22).

A teoria da transferência na Psicanálise nasce com a clínica freudiana, que é fundamentada no inconsciente. A articulação das formações inconscientes com a instituição e a sua subjetividade é o campo de descoberta do analista institucional. A esse respeito, Kaës (1991) descobre o quê do campo de trabalho psicanalítico, como o inconsciente e os seus efeitos existem na instituição, o que esses formam e apresentam, permitindo-se ao analista assentar a teoria na prática. Muitas facetas emergem nesse contexto institucional, mas a característica de objeto analisável, apto para manifestar os efeitos do inconsciente e capaz de produzir efeitos de análise, é indispensável. A análise institucional vai ocorrer na presença do tripé que sustenta a psicanálise: resistência, transferência e interpretação.

Ainda em Kaës (1991, p.24),

[...] a instituição constitui um quadro possível para um trabalho de inspiração psicanalítica, a prática a impôs, como o próprio Freud havia desejado e predito, não sem que alguns problemas maiores tenham surgido: o das modalidades específicas da organização da contra-transferência e da transferência, e portanto, das resistências, num determinado espaço psicanalítico contido num espaço heterogêneo.

Talvez aquilo que preocupa e exige o trabalho nas instituições seja a identificação da base psicanalítica – o inconsciente num local tão heterogêneo como as instituições. Esse trabalho é a saída real do *setting* terapêutico, em que os pacientes, quando se apresentam nesse contexto Bi-pessoal, tornam inquestionável a ocorrência da transferência, seja ela positiva ou negativa.

O trabalho analítico nas instituições consiste na desvinculação do Bi-pessoal com o grupal. Trata-se de uma atuação que extrapola os limites do consultório, necessitando-se tomar a instituição como um todo. Bleger (1987) explana a temática da Psicanálise como uma forma de intervenção e afirmam que todo profissional de Psicologia, que atua nas instituições, atua em um âmbito maior de uma Psicologia Institucional.

### 2.2.2 A Psicologia Institucional de José Bleger e a intervenção psicanalítica

A psicologia institucional de J. Bleger ficou conhecida a partir da década de 60, por uma visão política ousada da atuação profissional do psicólogo. Esse autor tem a proposta de uma atuação profissional para além dos limites do consultório, uma Psicologia aplicada às necessidades sociais institucionais. Ele designa o termo Psicologia Institucional para determinada prática da Psicologia em instituições.

Sobre isso, Bleger diz:

A psicologia institucional se insere tanto na história das necessidades sociais como na história da psicologia e, dentro desta última, não se trata só de um campo de aplicação da psicologia, mas, sim, fundamentalmente, de um campo de investigação; não há possibilidade de nenhuma tarefa profissional correta em psicologia se não é, ao mesmo tempo, uma investigação do que está ocorrendo e do que está se fazendo. (BLEGER, 1984, p. 32).

J. Bleger (1984) trabalha a compreensão da Psicanálise nas instituições, por meio da dinâmica de grupo, legado de Pichón-Rivière. Nesse trabalho grupal, recupera a dimensão institucional e política ligada à saúde da população. A sociedade é um grande grupo, com pequenos grupos distribuídos socialmente, de acordo com relações de poder que se criam.

A intervenção do psicólogo na realidade social faz-se indispensável, pois Bleger (1984) afirma que a dimensão psicológica está presente onde quer que o ser humano intervenha. Existe uma função social do psicólogo, pois a conduta humana é entendida como relação e supõe sempre a subjetividade. Ainda em Bleger, o conhecimento psicológico é aquele que na relação se faz dela própria. A relação é o que conhece, e essa relação é uma realidade intersubjetiva.

Para Bleger (1984), a condição humana supõe as diversas fantasias relacionadas ao desejo, às ansiedades, aos mecanismos de defesa e ao inconsciente como um todo. A partir disso, a análise da intersubjetividade humana trabalha com as questões do inconsciente. Como afirma o autor, a investigação torna-se possível pela transferência, que será entendida por este como a repetição de sentimentos e fantasias do sujeito a ser conhecido na relação com seu conhecedor.

Concernentemente a isso, a importância da Psicanálise reside na compreensão da dinâmica do inconsciente em relação às resistências de transferências que emergem nas relações grupais e institucionais. Bleger (1984), a esse propósito, vê a possibilidade de

compreender e intervir a partir de pressupostos psicanalíticos da leitura do inconsciente nas relações da vida diária. Quanto à resistência, Bleger (1984, p. 13) afirma:

O psicólogo deve contar sempre com a presença de resistência (explícita e implícita), ainda que da parte daqueles que manifestamente o aceitam. O investigar a resistência forma parte fundamental da tarefa profissional e, ao investigá-lo, o psicólogo constitui-se infalivelmente e só por este fato, em um agente de mudança, que pode incrementar ou promover resistências.

Para o psicólogo, segundo Bleger (1984), é necessário transformar a ambigüidade intensificada da resistência em conflito, e os conflitos em problema, para que seja possível trabalhar as ambigüidades sem eliminá-lo ou mascará-lo. A esse respeito, argumenta Freud (1911-13) que existe uma facilidade maior de encobertar a transferência erótica do sujeito que fica distante da vida, e essa resistência é percebida de maneira clara no que o sujeito atribui à instituição. Existe uma ambivalência entre a transferência positiva e a transferência negativa, pois ambas estão lado a lado.

Para compreender as relações entre indivíduo, grupo e instituição, Bleger (1984) parte de uma dinâmica entre ego sincrético (confuso) e ego organizado. Para esse autor, o indivíduo não nasce isolado para depois desenvolver uma sociabilidade, o que existe é uma diferenciação entre o eu e o outro.

Para Bleger (1984) relata sobre o vínculo que se dá por vias corporais, pré-verbais. A palavra é a escolha como comunicação principal de um determinado grupo. O uso da linguagem não se dá só em caráter simbólico, mas em sua instância real de uma transferência no comportamento, nas ações. O vínculo sincrético, assim denominado por Bleger (1984), é aquele em que não há diferenciação entre o eu e o outro, em que os conteúdos internos são projetados em outro depositário. Isso pode levar à confusão entre o que é fantasia e o que é realidade, o que remete à transferência de conteúdos inconscientes transferências positivos e negativos. Nesse caso, os conteúdos internos são as resistências de transferências, que são projetadas no depositário instituição. Cabe lembrar que Freud, em sua explanação sobre a transferência negativa, sinaliza que a resistência da transferência pode também apresentar-se em instituições e que a manifestação da transferência negativa é real e muito freqüente.

De acordo com Bleger (1984), no ego sincrético (confuso) existe a formação de vínculos que não permitem a diferenciação ou separação entre o que é do sujeito e o que é do objeto da libido, aspectos ambíguos em grande escala e impulsos agressivos e libidinais.

Quanto ao ego organizado, trata-se do controle do superego em uma relação normatizada regulada pelo meio.

O autor supracitado conclui que somente nas relações pode-se falar de uma realidade intersubjetiva e que as instituições são depositárias da sociabilidade sincrética. Nas palavras dele:

[...] que se teme é tomar contato com esta forma particular da organização sincrética que dilui os limites do pessoal, a identidade, e que significa a não utilização de modelos estereotipados e seguros de relação. [...] uma identidade grupal que pode ser percebida nos mesmos dois níveis da dinâmica com que compreende a identidade do sujeito: de um lado, a relação é a condição para um trabalho em comum, pautado por normas e regras (aspectos institucionalizados do grupo); de outro, o vínculo expresso na tendência à anulação de limites e diferenças entre os participantes e as tarefas (identidade grupal sincrética). (BLEGER, 1984, p. 19).

O objetivo do psicólogo nas instituições é, acima de tudo, relacionar-se com a personalidade dos grupos da instituição, permitindo uma relação e uma produção que incluam a subjetividade humana. Em suma, trata-se de pensar enquanto promoção de saúde a sociabilidade entre os grupos, a instituição com os grupos e vice-versa.

## 3 MÉTODO

### 3.1 Tipo de pesquisa

Conforme Minayo (1999, p. 22), metodologia é “[...] o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade”. Isso é similar ao que afirmam Barreto e Honorato (1998), para quem a metodologia deve ser entendida como um conjunto detalhado e sequencial de métodos e técnicas científicas, que foram executadas ao longo da pesquisa, a fim de que se consiga atingir os objetivos inicialmente propostos com eficácia e confiabilidade de informação.

Diante da problemática desta pesquisa que quer compreender como ocorrem as relações de transferência dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe de enfermagem da UBS, faz-se necessário a opção metodológica que permite alcance desses fenômenos em suas diversas dimensões. Em face disto optou-se por escolher um delineamento que atenda às especificidades da subjetividade humana com maior fidedignidade e que valide o problema de pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, porque tenta compreender os significados e as características que serão apresentadas pelas pessoas pesquisadas, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos Richardson (1999). De acordo com Gil (2002), é também de caráter exploratório, pois proporcionará maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais explícito, assim como a fim de proporcionar o aprimoramento de idéias e a descoberta de intuições.

### 3.2 Quanto aos participantes

Os participantes desta pesquisa foram quatro Agentes Comunitárias de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Bela Vista do município de Palhoça/SC, que conta com duas equipes do PSF, sendo que a equipe de ACS conta com oito integrantes. Conforme se observa na tabela 1, os sujeitos apresentam idade de 29 a 47 anos. Todas as entrevistadas foram do sexo feminino.

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos pesquisados.

<b>Participante<sup>4</sup></b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Função</b>	<b>Tempo de Serviço</b>
Ana	40 a 50 anos	F	Agente Comunitária de Saúde	Dois a quatro anos
Elisabeth	30 a 40 anos	F	Agente Comunitária de Saúde	Dois a quatro anos
Françoise	20 a 30 anos	F	Agente Comunitária de Saúde	Dois a quatro anos
Melanie	20 a 30 anos	F	Agente Comunitária de Saúde	Dois a quatro anos

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

---

<sup>4</sup> Com o objetivo de preservar a idoneidade das entrevistadas, as mesmas serão identificadas por pseudônimos homenageando grandes psicanalistas.

### **3.3 Quanto aos equipamentos e materiais**

O material utilizado foi: gravador, fitas, pilhas, caderno de anotações e caneta. Posteriormente foi feita a transcrição de fitas, quando foi necessário o uso do computador e da impressora.

### **3.4 Situação e ambiente**

A entrevista foi realizada em um ambiente silencioso e fechado, como a sala de atendimento psicológico do posto ou a sala de estar da residência de uma das entrevistadas, na qual se encontrou somente a entrevistada e entrevistadora. A entrevista foi feita fora do horário de trabalho das entrevistadas.

### **3.5 Instrumento de coleta de dados**

Para a coleta de dados, o instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada, sendo que a duração de cada entrevista foi de trinta a quarenta minutos (APÊNDICE A). Na aplicação do instrumento de coletas de dados, a entrevistadora manteve uma postura ativa no processo, ou seja, com uma participação flexível no que diz respeito ao seguimento do roteiro, realizando perguntas adicionais durante a entrevista.

A entrevista semi-estruturada permite ao entrevistado a liberdade de se expressar como quiser, guiado pelo entrevistador. De acordo com Oliveira, Lima e Luna (1996), a entrevista semi-estruturada é utilizada particularmente para descobrir quais aspectos de determinada experiência produzem mudanças nas pessoas expostas a ela. Nela, o pesquisador conhece previamente os aspectos que deseja pesquisar e, com base neles, formula pontos a tratar na entrevista.

## **3.6 Procedimentos**

### **3.6.1 Seleção dos participantes**

O critério para seleção das agentes entrevistadas deu-se a partir da lista de Agentes Comunitários de Saúde cedida pela enfermeira responsável pelos ACS. Em seguida, mediante contato por telefone, foram selecionados aqueles que se colocaram disponíveis para a participação na pesquisa.

### **3.6.2 Contato com os participantes**

Com o agendamento de data, horário e local para a realização da entrevista, por meio do contato telefônico, uma das Agentes Comunitárias de Saúde optou por fazer a entrevista na sua própria residência. Já as outras Agentes Comunitárias optaram por fazer a entrevista na sala de atendimento psicológico da UBS. As participantes da pesquisa tiveram conhecimento dos princípios éticos que regulam este trabalho, no contato com a pesquisadora em sua casa e na sala de atendimento psicológico do posto.

Ao início da entrevista foi explicado pela pesquisadora que a entrevista seria gravada respeitando-se o sigilo. Nesse sentido, apresentou-se e obteve-se a assinatura do termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (ANEXO A), de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), deixando-se claro que somente seria usado o gravador, sem a utilização de fotografias e vídeos, como se declara no documento. Além disso, esclareceu-se que esta pesquisa também passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL (CEP-UNISUL) procedimento este de extrema importância, que autoriza a pesquisadora iniciar a coleta de dados.

As Agentes Comunitárias atenderam a pesquisadora de uma forma muito acolhedora e disponível em colaborar com a pesquisa. Ao fazer as ligações telefônicas para contato com as Agentes, uma das agentes contatadas se recusou a participar da entrevista, alegou estar muito atarefada e que não poderia nem teria tempo para participar da entrevista. Uma agente também se recusou participar da entrevista por estar fazendo entrevista de emprego e não teria tempo para participar da entrevista.

### 3.6.3 Coleta e registro de dados

As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes e transcritas posteriormente, levando-se em conta o compromisso ético com os entrevistados, como requer toda pesquisa científica, conforme os documentos de Consentimento Livre e Esclarecido da Comissão de Ética em Pesquisa da UNISUL (CEP-UNISUL) (ANEXO I). Além disso, utilizou-se um caderno para algumas anotações de campo.

#### 3.6.3.1 Organização, tratamento e análise dos dados

Foi efetuada a análise dos dados por meio da categorização, ou seja, através da organização de categorias *a posteriori* partindo-se do que se delimitou como objetivos do trabalho. A categorização é um dos tipos de organização de dados utilizada em pesquisa qualitativa sendo sua função a de organizar uma compreensão dos dados coletados.

Minayo (2003) enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. A interpretação ou análise dos dados também é um processo de analogia com os estudos assemelhados, de forma que os resultados obtidos são comparados com resultados similares para destacar pontos em comum e pontos de discordância. O objetivo da análise é resumir as observações, de forma que essas permitam respostas a pergunta da pesquisa. O objetivo da interpretação é a procura do sentido mais amplo de tais respostas e sua ligação com outros conhecimentos já obtidos (SELLTIZ et al. apud RAUEN, 1999, p. 122). Portanto, dessa forma, a informação coletada tem como função responder ao problema desta pesquisa. A seguir serão apresentados os objetivos específicos, as categorias e subcategorias alcançadas com vista na análise e interpretação de dados.

Tabela 2: Caracterização dos objetivos específicos, categorias e subcategorias.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>1. Descrever o cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde</b>	1. Ingresso na função de ACS.	<i>1.1 Influencia de terceiros</i> <i>1.2 Necessidade</i> <i>1.3 Processo de seleção</i>
	2. Perspectiva de trabalho futuro enquanto ACS.	<i>2.1 Conhecimento da profissão</i> <i>2.2 Entusiasmo</i>
	3. Concepções de trabalho de ACS.	<i>3.1 Veículo de informação</i> <i>3.2 Ajudar pessoas</i> <i>3.3 Satisfazer necessidades humanas</i> <i>3.4 Suavizar a realidade do posto com a comunidade</i> <i>3.5 Prestar um serviço</i> <i>3.6 Liberação de consulta médica e receita para comunidade</i>
	4. Dificuldades de trabalho enfrentadas pelas ACS.	<i>4.1 Não aceitação da comunidade</i> <i>4.2 Rotina de coleta de assinatura</i> <i>4.3 Cumprimento de metas</i> <i>4.4 Perigos da rua</i> <i>4.5 Condições atmosféricas</i> <i>4.6 Falta de reunião com a equipe de saúde</i> <i>4.7 Problema de saúde</i>
	5. Cotidiano de trabalho das ACS.	<i>5.1 Angústia</i> <i>5.2 Escuta diária</i> <i>5.3 Horários estipulados</i> <i>5.4 Organização de trabalho</i>

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 2</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
<b>2. Sistematizar os modos de ocorrência da transferência das Agentes Comunitárias de Saúde com o trabalho</b>	6. Relação com a enfermagem.	6.1 <i>Acompanhamento do trabalho</i> 6.2 <i>Instabilidade com a enfermagem</i> 6.3 <i>Distanciamento</i> 6.4 <i>Coordenação</i>
	7. Relação com a equipe de saúde.	7.1 <i>Tranquilidade</i> 7.2 <i>Descontentamento</i> 7.3 <i>Falta de interdisciplinaridade</i> 7.4 <i>Exclusão</i> 7.5 <i>Organização</i> 7.6 <i>Lugar que ocupa</i> 7.7 <i>Respeito da equipe UBS</i>
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 3</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
<b>3. Levantar problemáticas que incidem na relação dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe de saúde</b>	8. Condições de trabalho.	8.1 <i>Benefício da função</i>
	9. Percepção do Serviço de Saúde.	9.1 <i>Subordinação</i> 9.2 <i>Falta de motivação</i> 9.3 <i>Falta de contratação de profissionais</i> 9.4 <i>Falta de profissionais no posto</i>
	10. Percepção da equipe de saúde sobre o trabalho das ACS.	11.1 <i>Não valorização</i> 11.2 <i>Preocupação</i> 11.3 <i>Ociosidade</i>

Fonte: Elaboração da autora, 2009.

## 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Este capítulo refere-se à análise dos dados coletados por meio das entrevistas com os sujeitos e que foram organizados em categorias *a posteriori*. Na intenção de responder ao objetivo geral desta pesquisa, que busca compreender as relações que se estabelecem entre ACS e a equipe técnica, por meio do conceito psicanalítico de transferência na UBS do bairro Bela Vista do município de Palhoça/SC, foram organizadas dez categorias, que estarão expostas nos três subcapítulos seguintes.

Os dados coletados permitiram chegar às seguintes categorias: Ingresso na função de ACS; perspectiva de trabalho futuro enquanto ACS; concepções de trabalho de ACS; dificuldades de trabalho enfrentadas pelas ACS; cotidiano de trabalho das ACS; características peculiares da relação com a enfermagem; atributos da relação com a equipe de saúde; condições de trabalho; percepção do Serviço de Saúde; características da organização da UBS; percepção da equipe de saúde sobre o trabalho das ACS.

### 4.1 EU ESCOLHO, TU ESCOLHE: O ACS E O INGRESSO NA FUNÇÃO

Na categoria **INGRESSO NA FUNÇÃO DE ACS**, torna-se possível entender como se deu a escolha desta função. Por meio desta categoria foi possível evidenciar as subcategorias **influência de terceiros**, **necessidade** e **processo de seleção**.

Segundo a SES-SC (2006), o ACS deverá de acordo com a Lei nº 10.507, preencher alguns requisitos para de fato poder exercer essa profissão, tais como: morar na comunidade em que vai trabalhar, e ter o ensino fundamental. Contudo o que se evidencia nas falas é que o ingresso no trabalho se dá por **influência de terceiros**, como pode ser visto na fala das ACS.

*“[...] tinham várias colegas minhas que eram ACS[...]” Ana.*

*“Eu me tornei ACS depois de ver minha cunhada que trabalhava e conseguia conciliar com os filhos e com o trabalho.” Melanie.*

De acordo com os relatos apresentados anteriormente, compreende-se a importância da rede de amigos e familiares na escolha da profissão de ACS pelas ACS e confirma o cunho comunitário da função. Contudo ampliando-se a discussão do modo de ingresso das ACS as subcategorias **necessidades** e **processo de seleção**, evidencia-se o ingresso em virtude de uma necessidade financeira de complemento da renda familiar e uma perspectiva de crescimento profissional em relação a determinadas profissões. O caso do ingresso pelo **processo de seleção** pode ser visto nas seguintes falas:

*“Primeiro necessidade.” Elisabeth.*

*“[...] é que eu trabalhava como empregada doméstica só que não gostava só porque precisava mesmo.” Françoise .*

As ACS ingressam na profissão sem saber do que se trata a profissão e suas atribuições no cotidiano de trabalho. O ingresso se dá de forma consonante com as necessidades, e a categoria **PERSPECTIVA DE TRABALHO FUTURO ENQUANTO ACS** que reforça essa idéia de que a escolha pela função de ACS não acontece por conhecimento de suas ações, e mostra que com o passar do tempo, acabam por perder o entusiasmo pela função do mesmo. Assim indicam as subcategorias **conhecimento da profissão** e **entusiasmo**. Como se evidencia nas falas seguintes:

*“Eu sabia o que ela fazia as coisas que ela perguntava, mas não sabia por completo como era ser ACS.” Françoise .*

*“No primeiro, segundo ano eu me apaixonei pela profissão. [...] mas hoje em dia... Muito pouco. Eu desanimei né.” Elisabeth.*

A falta de conhecimento da profissão limita as ACS em relação à construção de projetos futuros. A falta de informação não permite a significação do trabalho para crescimento profissional, e tampouco permite visualizar sua importância para o PSF não de forma abstrata, mas como integrador da identidade.

Neste contexto a categoria **CONCEPÇÕES DE TRABALHO DE ACS** vem mostrar a percepção das ACS sobre sua função no trabalho. Esses profissionais tornaram-se referência para a comunidade e a estrutura do SUS em suas diretrizes. O trabalho do ACS é realizado nos domicílios de sua área de abrangência e as subcategorias **veículo de informação, ajudar as pessoas e satisfazer as necessidades humanas**.

Pode se perceber que os ACS na mesma direção do que propõe os autores se vêem como personagens diante da comunidade da qual fazem parte, na fala dos mesmos é possível ainda identificar que os mesmos perspectivam algum tipo de protagonismo em face dessa comunidade. vem mostrar como esse trabalho é concebido desses três modos, respectivamente:

*“Eu acho que eles deveriam de ver que o Agente de Saúde é o elo da comunidade com o posto e do posto com a comunidade manter eles informado para gente levar para comunidade informação.” Françoise .*

*“[...] pra mim é gratificante porque eu já consegui ajudar a tanta gente...” Ana.*

*“Eu gosto porque eu posso ser útil as pessoas... ajudar as pessoas [...]” Melanie.*

Martines e Chaves (2006) identificam o ACS como um novo personagem do PSF indispensável, sendo este o elo da comunidade com a UBS, visto que faz parte da população e supõe-se, é quem conhece as formas cotidianas de viver, de significar a vida e o comportamento das famílias locais.

Ampliando-se esta discussão, focaliza-se a subcategoria **suavizar a realidade do posto com a comunidade**. Esta trata da satisfação subjetiva, psicológica e a mediação da falta de recursos da UBS no atendimento da comunidade.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2006) afirma que: “Os ACS tem como tarefa conhecer e reconhecer sua clientela a fim de realizar o cuidado em saúde da população adscrita” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2006, p.24). Ainda que as ACS desconheçam sobre a profissão, o cotidiano de trabalho se torna um norteador sobre a relação que se estabelece com a comunidade como se evidencia nestas duas falas:

*“Sim, tudo isso. Sim às vezes tem pessoas que são cadeirantes que não saem de casa e às vezes elas querem atenção. E quando chega elas ficam tão felizes que no mês que eu ia entrar de férias algumas pediam para que eu fosse ate ela mesmo estando de férias.” Ana.*

*“E têm famílias principalmente os idosos que precisam de muita atenção [...]. Françoise .*

As subcategorias **prestar um serviço e liberação de consulta médica e receita médica para comunidade**. Confirmam, por meio das falas, a percepção das ACS quanto a um papel mais concreto se desenvolvem na comunidade. Conforme se constata nas seguintes falas:

*“A pessoa não tinha tempo de pegar remédio, eu pegava... Pegava a receita dela vinha remédio, eu levava pra ela. A pessoa não tinha tempo de vim aqui pega uma consulta, eu pegava, levava pra ela. Tinha dia de eu vim duas, três vezes aqui no posto pra resolver as coisas,...”. Elisabeth.*

*“Então por isso que eu falo às vezes eles querem um ‘favorzinho’, eles querem tudo de ti, porque você está lá, seu trabalho é esse, mas [...]” Melanie.*

De acordo com Lancetti (2006) os ACS vivem na alma da periferia e são, por definição, paradoxais. Eles são membros ao mesmo tempo da comunidade e da organização sanitária. Isto corrobora com o preceito do Ministério da Saúde (2004) de que o ACS precisam ter o perfil de um sujeito da própria comunidade para estar apto a identificar as dificuldades e doenças presentes nesta realidade de modo mais próximo, a fim de cunhar uma perspectiva mais assertiva no trabalho de promoção de saúde, prevenção, encaminhamentos para a equipe na UBS.

Pode se perceber que os ACS na mesma direção do que propõe os autores se vêem como personagens diante da comunidade da qual fazem parte, na fala dos mesmos é possível ainda identificar que os mesmos perspectivam algum tipo de protagonista em face dessa comunidade.

Na categoria **DIFICULDADES DE TRABALHO ENFRENTADAS PELAS ACS** inicia-se uma aproximação do trabalho das ACS na realidade institucional. A subcategoria **não aceitação da comunidade** é uma dificuldade do cotidiano das ACS. Lancetti (2006) ressalta que a atuação do ACS é revolucionária, pois circulam num espaço que é bombardeado por inúmeras variáveis externas como pode ser visto nas seguintes falas:

*“Outros xingam porque o posto não tem médico e outras pessoas dão uma abridinha na cortina vê que é ACS fecha e não atende.” Ana.*

*“Na rua a nossa dificuldade é de aceitação e outra dificuldade que tem assim é entre a comunidade e o posto. A comunidade tem muita dificuldade de tratar as coisas com o posto. Aqui no posto eles procuram o posto. Não encontrando aqui a solução deles quando a gente passa na casa deles eles descontam em nós. ‘há*

*porque eu fui lá no posto e não tem aquilo, não tem médico, não tem remédio’.” Elisabeth.*

Segundo Kaës (1991) em alguns grupos a instituição aparecerá enquanto plano de fundo da subjetividade. Isto é, o confronto com a fantasia ou idealização do trabalho de ACS na cadeia real que também se reflete na comunidade. O encontro das ACS com a comunidade no cotidiano de trabalho promove um acontecimento que afeta não só a comunidade, mas a equipe que atua na UBS que é a falta de recursos de atendimento de atenção básica a saúde. A falta dos recursos de atenção básica como médico, medicamentos, exames geram a percepção por parte das ACS de uma não aceitação de seu trabalho como um todo.

As ACS acabam por realizar uma atividade de mediação das faltas da posto UBS tendo, em última instancia uma descaracterização de seu trabalho. Além disso neste momento as ACS defronta-se com uma realidade, no qual não receberam qualquer tipo de preparação para enfrentamento. O papel da ACS acaba por ser de “curativo” da ferida narcísica da comunidade na tentativa de escusa da angústia, do caos, e mantenedora do brio das funções idealista da saúde.

As subcategorias **rotina de coleta de assinaturas, cumprimento de metas, perigos da rua e condições atmosféricas** salientam o contexto que os ACS estão inseridos e envolvidos por uma realidade administrativa, econômica e social que deve se levar em conta como um somatório a não aceitação por parte da comunidade. O que se evidencia nas seguintes falas respectivamente:

*“Outros só assinam dizem que esta tudo bem e deu. Estão doidos que a gente vai embora.” Ana.*

*“[...] bom a única dificuldade que eu vejo assim é que nós temos um limite de pessoas assim pra cumprir né que são 95%[...]. Françoise .*

*“[...] Assim com chuva fica difícil, porque trabalho de rua com papel não tem como...” Ana.*

As subcategorias **falta de reunião com a equipe e problema de saúde** ilustram e encerram esta categoria sobre Dificuldades de trabalho enfrentadas pelas ACS. É o que se observa na fala seguinte:

*“Ai hoje quando tem de sair na rua para trabalhar como ACS, sair para fazer minhas visitas eu levanto ruim. Levanto com ânsia de vomito porque eu tenho caso de depressão né. Eu tomo remédio controlado e quando eu sei que eu tenho que sair para fazer meu serviço como ACS eu levanto tão ruim como se fosse dar uma recaída de depressão, mas pelo fato de saber que eu vou para rua e vou ter que escutar tudo aquilo que eu não tenho culpa de escutar e eu não posso falar nada para eles porque eles também não têm que ouvir que é uma verdade..”  
Françoise .*

Com a apresentação dessa categoria já se torna possível iniciar uma caracterização mais abrangente do fenômeno da transferência que é considerado por Freud (1909) um fenômeno que ocorre inerente ao desejo do outro e de caráter inevitável presente em todas as relações. O fenômeno da transferência está intimamente relacionado com as vivências de sentimentos, impulsos, atitudes, fantasias e defesas dirigidas a uma pessoa ou situação no presente e que neste caso é reeditado pelas interdições que a instituição, no caso a UBS, coloca para o trabalho e as relações aí envolvidas.

O conjunto das evidências das ACS em seu trabalho, vivências envoltas em grande grau de frustração, fazem então com que as ACS se coloquem em grande ação de reedição das frustrações mais primárias. Pode ser percebido nas falas das ACS demandas de comunicação com o outro (o seu trabalho) dos mais variados modos, seja pela visibilidade seja pela escuta ou orientação ...Aqui vale ressaltar que a compreensão psicanalítica que se quer efetuar em momento algum quer considerar as vivências das ACS como irreais, mas quer demonstrar que a dura realidade que enfrentam colocam estas em vivências acerca de momentos anteriores onde essa busca ocorreu de alguma maneira, sendo alcançada ou não.

A categoria **COTIDIANO DE TRABALHO DAS ACS** possibilita apresentar as ACS participantes de um cotidiano, em sua singularidade. E as subcategorias **angústia** e **escuta diária** explanam esta singularidade nas ações das ACS.

Já que o discurso das ACS expressam a existência de uma angústia pela falta de finalidade no trabalho e é o que se evidencia nas falas das participantes:

*“O que mais me angustia assim são estas visitas. Porque geralmente a gente marca as visitas e eles não podem ir nas visitas. Então chega no outro mês a gente encontra pelo caminho a pessoa diz “oh eles não vieram aqui”. Então é uma coisa que deixa a gente assim receosa, só marca mesmo se tem uma necessidade.”  
Melanie.*

*“[...] eu tenho que visitar as famílias freqüentemente uma vez por mês eu visito cada família [...] depois de um tempo você conhece as famílias, então você vai ter de orientar diferentes famílias, registrar se alguém com problema de saúde, hospitalizada, alguma criança que teve perda de peso, alguma criança com problema de saúde, a gente escreve e leva para unidade de saúde né, no final do mês no fechamento do mês.”  
Melanie.*

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2006) informa que o trabalho cotidiano das equipes de ACS segue um planejamento, metas definidas com avaliação de resultados. Destacam também que estas atividades não são repetitivas e que a cada dia têm-se novas circunstâncias com novas configurações de necessidade.

O que se percebe é uma discrepância entre o discurso da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina e o cotidiano real das ACS.

As subcategorias **horários estipulados** e **organização do trabalho** completam as subcategorias anteriores, pois o cotidiano configura o espaço de ação das ACS. Agnes Heller (1970) afirma que é na cotidianidade que se coloca em movimento todas as capacidades humanas, como também os projetos, as paixões, os ideais. Referenda-se com as falas dos participantes:

*“Eu vou até umas 11h30m por aí. Eu saio umas 09h. Porque antes, o pessoal que ta em casa ta dormindo. Eu saio umas 09:00h, eu determino uma rua. Vou naquela rua até umas 11h30m – 11h45m, daí eu volto pra casa. Daí eu chego em casa almoço, fico até 13h – 13h30m, e daí eu saio de novo. Aí eu fico até 16h30m - 17h – 17h15m, depende né? Porque, daí, essa hora o pessoal já começa a chegar mais, daí a gente já pega umas pessoas em casa.” Elisabeth.*

*“[...] eu me organizo da seguinte maneira: eu tenho XXX famílias, e eu tenho o mês inteiro para visitar as XXX famílias e hoje vou visitar X famílias.” Melanie.*

As ACS se queixam da falta de organização sem nada de afeto. O que leva a controverter que tipo de relação é construída com essas ações? Mais adiante vamos discutir de forma mais aprofundada em relação a transferência negativa das ACS para com seu trabalho. Não há uma constituição erótica (prazerosa) no trabalho, mas uma relação de raiva que destrói.

#### 4.2 OS ACS NA BUSCA DE SEGURANÇA

A categoria **RELAÇÃO COM A ENFERMAGEM** originou subcategorias que expressam a relação das ACS com a equipe de enfermagem na UBS, sendo nomeadas como: **acompanhamento do trabalho, instabilidade com a enfermagem, distanciamento e coordenação.**

Percebe-se aqui a existência de uma dimensão subjetiva referente às relações que serão formadas pelo homem no seu cotidiano de trabalho. Como discutido anteriormente o fenômeno da transferência está presente em todas as relações e pode tornar-se instrumento para a compreensão das relações de esferas maiores e diferentes como aquelas empreendidas de forma Bi-pessoal como a relação das ACS com o enfermeiro.

As falas a seguir constata tais esferas maiores, de forma individualizada, a relação com o enfermeiro:

*“Não porque a gente não tem tempo de amadurecer alguma coisa sempre esta trocando o pessoal.” Ana.*

*“Nosso contato maior é com o enfermeiro e a gente não pode nem olhar para o enfermeiro porque tem tantas pessoas para atender, esta sempre atendendo. Então tem tudo isso e a gente mal se fala. No fechamento do SIAB a gente vai lá bate na porta e joga por cima da porta porque a gente não tem como conversar. Há não ser como agora que estava sem medico daí não tem tanto movimento para eles atenderem.” Melanie..*

As subcategorias **distanciamento** e **coordenação** expressam os sentimentos trazidos a transferência das ACS na relação com a enfermagem no cotidiano de trabalho. Como se constata nestas duas falas:

*“Então as coisas são muito corridas para ele também, mas precisamos de um apoio alguém para estar conversando com a gente, orientando, dando feedback frente alguma situação. Porque antes nós tínhamos duas reuniões por semana um encontro com a psicologia e outro com o enfermeiro. E hoje nós não temos mais.” Melanie.*

*“É o enfermeiro que comanda, é o enfermeiro que diz “vocês fazem assim”, é o enfermeiro que está sempre com a gente.” Françoise .*

As ACS parecem queixar-se do distanciamento e solicita a coordenação do outro. Tal posição uma vez propagando-se a compreensão por meio da psicanálise possibilite um debate acerca da transferência mais primitiva, qual seja do sujeito com sua mãe. Melanie (1982) explica que os primeiros contatos do bebê são com a mãe em específico com o seio, na qual se alimenta. E na metáfora do seio ‘bom’ e ‘mau’ explana que o bebê dirige seus sentimentos de gratificação e amor para o seio ‘bom’ e seus impulsos destrutivos e sentimentos de perseguição para aquilo que sente como algo frustrador, para o ‘mau’ seio. Esta metáfora expressa o início das relações objetais que serão repetidas ao longo da vida.

A transferência seja positiva ou negativa se apóia numa aliança Bi-pessoal, ou seja, é preciso existir a crença de que uma verdade absoluta encontra-se em um dos sujeitos. Nesta discussão o enfermeiro assume o lugar de verdade absoluta para as ACS, isto é, o enfermeiro assume o lugar deste 'Outro' não enquanto imagem de enfermeiro, mas o lugar simbólico deste grande 'Outro', de uma figura de grande representatividade nos primeiros estágios de vida que é a 'mãe'.

Assim se configuram o nível real e o nível simbólico dessas relações transferenciais. O nível de realidade das relações de transferência está vinculado às repetições, na qual o sujeito dirige seus sentimentos de gratificação e amor experienciados nos primeiros estágios de vida. Já o nível simbólico das relações transferenciais fica a repetição das desvinculações gerando um somatório de angústias.

Pode-se concluir que esta angústia ocorre relação ao tipo de transferência que se estabelece no cotidiano de trabalho das ACS. Sendo assim esta categoria está diretamente relacionada com a categoria cotidiano de trabalho. Já que as atividades cotidianas não só oferecem uma compreensão do funcionamento do ego, mas revelam igualmente as defesas contra a ansiedade na situação de uma transferência positiva de sentimentos amistosos, mas onde convive também a transferência negativa de sentimentos hostis, de ataque àquele que faz importante na relação, o enfermeiro, um tipo de mãe indispensável para a consecução do trabalho.

A categoria **RELAÇÃO COM A EQUIPE DA UBS** possibilita com seu contexto ampliar a investigação na maneira de como este ACS se relaciona com a equipe da UBS como um todo. Esta categoria originou as seguintes subcategorias: **tranquilidade, descontentamento, falta de interdisciplinaridade, exclusão, organização e respeito da equipe UBS**

A subcategoria **tranquilidade** remete a uma afinidade deste ACS com a equipe da UBS. Este analisado em falas diretamente opostas, quando as ACS assumem um descontentamento pode ser relacionado a descoberta de Freud referente à pulsão de vida e de morte, que permite entender a ambivalência do amor e o ódio em uma estreita inteiração de ora transferência positiva, ora transferência negativa como mostra a sub categoria **descontentamento**.

Observa-se esta realidade nas falas:

*“[...] Tem de haver um entrosamento maior já que a gente vai para a rua a gente tem de estar por dentro dos atendimentos que tem no posto. Tudo mundo é peça fundamental aqui dentro, desde a limpeza até o médico que é a parte mais importante.” Elisabeth.*

*“[...] olha a minha relação eu acredito que poderia ser melhor! Poderia ser melhor! [...] uma integração entre os funcionários porque a gente também é funcionário.” Melanie.*

A subcategoria **falta de interdisciplinaridade** vem detalhar o nível das queixas ou descontentamento quando as ACS queixam-se da falta de informação e trabalho em equipe por parte das equipes. De acordo com as ACS para o bom funcionamento interdisciplinar a comunicação entre os membros que compõem a equipe de saúde há de permitir a cooperação com outros na descrição dos fenômenos para melhor atender à diversidade de necessidades dos usuários da UBS.

Aqui, diferentemente das categorias que trataram do ingresso das ACS no trabalho, por meio da queixa, parecem alcançar grande proximidade com os objetivos de seu trabalho. Ao que parece as ACS entendem os problemas cotidianos de trabalho, que o conceito de saúde não permite fragmentação física, mental e social. Na interdisciplinaridade busca-se a superação das disciplinas com o modelo biopsicosocial que gera o trabalho em equipe e o rompimento com sua total independência de decisões para partilhá-las com outros. As falas seguintes caracterizam as compreensões atendidas:

*“Falta união e bom trabalho em conjunto com todos [...]”. Elisabeth.*

*“Há eu tenho de chegar e dizer que sou ACS, eu trabalho aqui, eu faço parte da equipe. Olha é complicado essa relação. Risos. É complicado criar um laço! A tua função é ficar na rua trabalhando e não tem como você tentar uma amizade alguém para conversar. As pessoas mal olham para você e você tem que ficar cativando as pessoas o tempo todo. E é bastante angustiante.” Melanie.*

A interdisciplinaridade é o laço solicitado pelos ACS que pode ser relacionado às relações de objeto estudadas por Melanie no sentido desta autora compreender que a criança desde muito pequena precisa da troca para poder crescer e se desenvolver. Melanie (1982) descreve a importância da compreensão das primeiras relações objetais da criança para se entender a razão pela qual, o analista em situação de transferência pode representar a mãe o pai ou outras pessoas. Nesta discussão entende-se que a equipe assume a posição de objeto e

assim, as ACS projetam de maneira identificada partes do Ego como fantasias da infância que na vida adulta desses profissionais uma dimensão concreta de serem revividas na busca de troca crescimento e até de independentização.

A esse propósito Bleger (1984) informa sobre uma dinâmica entre ego sincrético (confuso) e o ego organizado. Para esse autor o indivíduo não nasce isolado para depois desenvolver uma sociabilidade com os objetos, mas por meio de uma diferenciação entre o eu e outro como ocorre nas relações das primeiras fases da infância. É que se dá esse processo de construção de um ego confuso ou organizado. Nesse sentido a instituição aqui pode ser colocada como um espaço de reedição por parte dos ACS na constituição desse ego, que como vem demonstrando sua fala encontra-se envolto em dificuldades.

Ainda nesta discussão, a subcategoria **exclusão** contribui para a continuidade da análise em relação à diferenciação do eu e do outro a transferência de conteúdos inconscientes transferenciais positivos e negativos. Cabe lembrar que Freud sobre a transferência negativa sinaliza que esta se apresenta com frequência em ambientes institucionais, e que em sua grande maioria real e não fantasia.

As transferências negativas estão relacionadas com conflitos e ansiedades suscitadas na situação da transferência revivida na relação do ACS com a equipe. Neste momento pode-se fazer alusão ao estarem tais agentes, em face das dificuldades encontradas recorrendo a mecanismos como os de *acting out*<sup>5</sup>. Como se ilustra mais uma vez com a fala das seguintes participantes:

*“[...] eu acho que pelo tempo que estou trabalhando aqui a equipe aqui dentro do PSF é o médico, enfermeiro e funcionários o ACS é totalmente excluído. Muitas técnicas quando entram aqui nem sabem o que nos fazemos ou quem somos nós. O que o ACS faz? Elas perguntam o que elas estão fazendo aqui? ACS só é lembrando quando tem uma consulta de um paciente tal que é de tal ACS então manda vir aqui para levar a consulta. A equipe de PSF para eles é só quem trabalha aqui dentro do posto. Eles mesmos excluem.” Elisabeth.*

*“Eu acredito que ocupo um lugar na rua e que meu resultado só vou entregar nas mãos dele no posto que bate na porta e entrega por um ‘buraquinho’. Então eu acho que agente não ocupa um lugar no posto não.” Melanie.*

Os ACS abordam aqui também quanto o comprometimento das relações entre as equipes influenciam na dimensão subjetiva das ACS. Na categoria **RELAÇÃO COM A EQUIPE DA UBS** por meio das subcategorias **organização** e **respeito da equipe** as ACS

---

<sup>5</sup> Algumas vezes o paciente pode tentar fugir do presente, refugiando-se no passado, em vez de perceber que suas emoções, ansiedades e fantasias atuam com toda força neste momento e estão concentradas na pessoa do analista. Em outros momentos, as defesas estão dirigidas principalmente contra a revivência do passado em relação com os objetos originais.

indicam a importância da organização da equipe de saúde e enfermagem para efetivação das ações cotidianas da ACS. Observa-se esta realidade nas falas sobre organização e sobre o respeito da equipe:

*“O posto mal tem tempo de se organizar e o que passamos para eles não tem tempo de se organizar. Estou falando do enfermeiro porque eles não têm tempo de organizar porque eles têm que atender e coordenar o posto. É complicado dar assistência a ACS, preventivo, aquela correria toda. Eles mal têm tempo de se organizar para fazer uma reunião. Eles têm de apagar fogo aqui, apagar fogo ali. Daí estão sempre estressados e cansados e acabam não tendo tempo para nós. Para as ACS. O posto é muito desestruturado! Muito desestruturado! (silêncio)”  
Melanie.*

*“[...] só não é melhor por falta de estrutura ou não tinha uma coordenação fixa passava por um passava por outro, troca de enfermeiros direto porque troca muito enfermeiro [...]. Françoise .*

Pode-se inferir que as relações não discutidas no âmbito institucional tornam-se dificuldades que afetam o entendimento entre estas equipes a transferência que tem sua origem dos mesmos processos dos primeiros estágios de vida em que parte dessas experiências de trabalho são revividos na vida adulta. Tais relações indicadas pelas ACS, as relações de transferência, tem identificado o depósito sincrético (confuso) que é a instituição de objetos amados e odiados que a mesma agrupa.

Não se pode desconsiderar a ambivalência de uma pulsão de vida e de morte que move os sujeitos em sua condição de uma realidade intersubjetiva. A dinâmica do inconsciente em relação às resistências de transferências emerge nas relações da vida cotidiana como pode ser visto na fala das ACS. Quanto a essa resistência Bleger (1984) diz:

*[...] o que se teme é tomar contato com esta forma particular da organização sincrética que dilui os limites do pessoal, a identidade, e que significa a não utilização de modelos estereotipados e seguros de relação.*

Em face do conjunto de considerações que puderam ser extraídas a partir dos diversos posicionamentos dos ACS na relação com seu trabalho, sua equipe e sua coordenação, torna-se possível compreender que neste contexto não ocorre uma identidade grupal, sendo possível a partir dos relatos compreender que a insegurança nesta relação é o que predomina, nos moldes indicados por Bleger (1984). Assim, as relações ocorrem com a predominância de uma transferência negativa dos ACS em relação à enfermagem e a equipe de saúde.

Inferimos que esta predominância da transferência negativa esteja relacionada com as angústias que são suscitadas no decorrer da vida cotidiana como uma instituição de saúde alienada no seu processo de atendimento das necessidades da população. Uma ampliação dessa relação ainda será buscada quando far-se-á possível algumas incursões acerca da relação dos AS com o serviço público como um todo.

#### 4.3 AS RELAÇÕES QUE GERAM ALIENAÇÃO

Neste subcapítulo serão apresentadas categorias e subcategorias que ampliam o fenômeno de distanciamento da ACS de seu trabalho e as dificuldades na articulação de instâncias psíquicas e institucionais, sucessivas relações de transferências negativas e suas implicações nas condições de trabalho.

A primeira categoria que ilustra este subcapítulo **CONDIÇÕES DE TRABALHO** tem como subcategoria **benefícios da função**. Esta subcategoria discute a não disponibilidade integral dos ACS em relação ao trabalho, a necessidade de complementação da renda financeira com outras atividades de trabalho e os benefícios agregados pela realização de outras atividades. Como se evidencia em uma fala da participante da pesquisa:

*“Tipo, porque segunda ou terça um serviço, às vezes eu faço faxina pra uma determinada pessoa. Daí o resto da semana eu deixo para o posto. Venho aqui, venho resolver, vou fazer as minhas visitas. Vou fazendo dinheiro, também. E à noite eu estudo. Daí o meu tempo é bem corrido assim. Se eu não tô em casa... Às vezes eu faço um extra. Às vezes quando eu não estou fazendo um extra, eu estou trabalhando na rua, ou eu venho aqui resolver minhas coisas. E, é assim.”  
Elisabeth.*

Diante desse fato evidencia-se a falência das instituições públicas sobre a gestão e comportamentos dos servidores no contexto da crise econômica institucional recorrente. Isto faz refletir sobre o SUS não ser um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, serviços e ações que integram ou deveriam integrar para um bem comum.

Na categoria **PERCEPÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE** as condições de trabalho anteriormente ganham outros contatos e evidencia uma realidade que não abala unicamente a comunidade a que se destinam os serviços de atenção à saúde, mas as ações

cotidianas das ACS e as relações dentro da UBS. As subcategorias de **subordinação, falta de motivação, falta de contratação de profissionais e falta de profissionais na UBS**, encontram-se nessa ordem indicada nas falas abaixo:

*“A saúde tem problema, o posto tem problema, não tem médico, não tem remédio, mas como todo mundo sabe não depende só da unidade, depende da secretaria, depende de muita coisa.” Françoise .*

*“E isso acaba desmotivando as próprias ACS [...]. Você não é cobrada para nada só para entregar as fichas, mas não tem uma reunião de motivação. No início quando a gente entra para trabalhar de ACS eles fazem uma reunião te motivam depois não tem mais reunião, não te motivam mais.” Melanie.*

Esta categoria procurou demonstrar a percepção das ACS com relação à esfera maior do seu trabalho, no presente caso, a organização do sistema junto a Prefeitura Municipal. A transferência que teve sua origem compreendida de modo personalizado, pode-se ser aqui estendida a personagens que em verdade são estruturas bem mais complexas, como todo um contexto institucional de saúde, ou seja, aos fenômenos da transferências se vêem diante do desafio de serem compreendidos relativos a outras esferas.

A categoria **PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O TRABALHO DA ACS** será trabalhada a partir de suas subcategorias, que são: **não valorização, preocupação, ociosidade, não saber**. Esta categoria reúne as percepções que a equipe de saúde tem acerca do trabalho das ACS.

A subcategoria **não valorização** nos leva a refletir sobre o nível de realidade e fantasia das ACS em relação a não valorização do seu trabalho pela equipe de saúde. A fala de uma ACS ilustra isto:

*“Eu não sei o que eles pensam do nosso trabalho eu não sei se dão o devido valor. Eles não vem o nosso trabalho porque nos não fazemos curativos com eles, não atendemos, nosso trabalho é na rua. Não é dentro da unidade.” Melanie.*

As relações de transferência são construídas a partir de uma identificação projetiva que coloca partes do Ego dentro do objeto Valentim e Kruehl (2006) consideram a confiança interpessoal como condição para consolidação do Programa de Saúde da Família entre os principais atores ativos do PSF. Se não existe uma confiança interpessoal das ACS

para com a equipe, temos uma problemática – barreira para consolidação do PSF neste caso em específico. As relações que as equipes de saúde desenvolvem geram implicações subjetivas e parece não estar sendo aberto espaço para uma intervenção psicossocial de integração e valorização das ações que em alguns casos encontram-se isoladas.

Além da problemática da valorização as subcategorias **ociosidade e preocupação** exemplificam uma dialética em que as ACS são negadas acerca da sua condição de estarem trabalhando, quando a profissão, para além de ser pouco valorizado, por vezes é considerado nulo. Vejamos as falas representativas das ACS acerca dessas duas categorias, respectivamente:

*“Mas pode me preocupar sobre o que eles pensam sobre o nosso trabalho. Entende?! É uma coisa que preocupa. Há eles podem pensar ‘será que realmente ela trabalha?’” Melanie.*

*“[...] no meu ver eles acham que agente não faz nada. Eles acham que agente não faz nada. Nosso serviço está aí por tá. E a gente faz parte da equipe. Porque quando se adota o PSF tem que ter uma equipe e nos fazemos parte da equipe. A gente nota que esta por está porque tem que ter, porque se não o município não ganha verba. Por isso que a gente está aqui... quem dá um pouquinho de valor para nós é o enfermeiro, mas nem todos. É isso que eu vejo.” Elisabeth.*

Por último neste contexto, de uma tentativa de explicar de forma dialética o fenômeno da transferência, pontua-se a tentativa de levantar problemáticas que incidam na relação das ACS com a equipe da UBS. Pensar na instituição é pensar na massividade dos afetos, como ódios incontroláveis, ataques contra a inovação, confusão, somatização como foram apresentadas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme já mencionado anteriormente nesta pesquisa, o objetivo geral é compreender as relações que se estabelecem entre Agentes Comunitários de Saúde e equipe de saúde, por meio do conceito psicanalítico de transferência. E nesta prerrogativa de atender a esse objetivo, neste percurso se busca primeiramente descrever o cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários se inicia uma reflexão sobre o ingresso na função de ACS, sobre isso pode ser ressaltado que não existe um desejo e conhecimento das ACS pela profissão. A escolha pela função se dá por apontamento de terceiros, pela busca de uma estabilidade ou complementaridade financeira e depois são avaliados os ganhos secundários de conciliação da atividade com as atividades domésticas. O que leva a concluir que a escolha pelo ingresso na função se dá por falta de outras opções que sejam compatíveis com os ganhos secundários, além de demonstrar um despreparo para sua atuação como agente comunitária. A profissão de agente comunitária vem como complemento da renda familiar e não por um desejo de desenvolvimento ou por uma perspectiva de futuro na profissão. Nesse contexto a falta de entusiasmo é iminente e presentes no cotidiano de trabalho dessas mulheres.

A concepção de trabalho das ACS apresenta-se com algumas características de suas atribuições bem definidas e outras atribuições são entendidas de maneira distorcida como a satisfação das necessidades humanas, suavização da realidade do posto e liberação de consultas e receitas. Estas funções não fazem parte das atribuições concebidas as ACS. Mas em busca de reconhecimento da comunidade e da própria equipe de saúde como pessoas que trabalham, acabam por executar tais tarefas. A excussão dessas tarefas permite inferir que existe uma transferência das ACS para com a comunidade. Esta transferência pode ser caracterizada como positiva, por estarem mergulhadas dentro de uma mesma realidade e mesmo sendo pedidos que transcendam suas funções uma identificação projetiva acontece entre comunidade e ACS.

As dificuldades de trabalho das agentes comunitárias são as mais diversas mesmo sendo moradoras na própria comunidade. Estas dificuldades vão desde a não aceitação da comunidade por desconhecer o papel do ACS com questões básicas como coleta de assinaturas até condições atmosféricas. A não-resposta desejada passa a ser visto como incompetentes e desnecessárias. Ampliam-se estas dificuldades quando se configura a realidade das relações das agentes comunitárias com a enfermagem e equipe de saúde. Nestas relações existe transferência de caráter negativo por não haver espaços subjetivos que permitam pensamentos inovadores e construção de vínculos. Na verdade, o que existe entre

estas equipes, são pensamentos ou idéias repetitivas, confusão, paralisação da capacidade de pensamento, ociosidade e até mesmo ódios incontroláveis que em alguns casos são somatizados.

O cotidiano de trabalho dessas ACS permite uma observação minuciosa em relação as suas dificuldades. Nesta categoria pôde-se ter uma noção do fenômeno da transferência do surgimento das diferenças e que se refletem na vida cotidiana. No cotidiano as agentes comunitárias lidam com conflitos, ansiedades, que se acumulam em situações em que ora se oferece até o que é da sua vida particular, e ora se apela para a ignorância, quando o assunto é desaforo e suscitadas na situação de transferência positiva com a comunidade e transferência negativa com a enfermagem e equipe de saúde.

As relações cotidianas permitem avançar na análise sobre este fenômeno dentro do serviço público de saúde, assim a investigação das relações transferenciais a partir da relação com a enfermagem, mostra a necessidade das agentes comunitárias de acompanhamento, de uma coordenação mais participativa e as implicações do distanciamento e instabilidade da enfermagem. O SUS está firmado por princípios como universalidade, integralidade e equidade, pois não trata de um serviço ou instituição, mas um Sistema que significa conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. Este fim comum de acordo com as categorias apresentadas não acontece enquanto objetivo comum entre estas equipes.

O fenômeno da transferência está presente em todas as relações e pode tornar-se instrumento para a compreensão das relações de esferas maiores e diferentes como aquelas empreendidas de forma Bi-pessoal como a relação das ACS com o enfermeiro. Os sentimentos trazidos à transferência das ACS na relação com a enfermagem no cotidiano de trabalho assume o lugar de verdade absoluta para as ACS, isto é, o enfermeiro assume o lugar deste 'Outro' não enquanto imagem de enfermeiro, mas o lugar simbólico deste grande 'Outro', de uma figura de grande representatividade nos primeiros estágios de vida que é a 'mãe'.

A relação com a equipe de saúde reforçam a persistência de uma transferência negativa das agentes comunitárias para com a equipe da UBS. O descontentamento, a falta de união, o não exercício da interdisciplinaridade, a exclusão hierárquica, a falta de respeito da equipe de saúde pelo trabalho desenvolvido pelas agentes leva-nos à discussão pontual do princípio da integralidade. A integralidade precisa ser ressaltada, uma vez que o trabalho dos ACS, da enfermagem e da equipe de saúde necessita estar articulado numa ação integrada. A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) prevista na Lei Orgânica

da Saúde (LOS). Pinheiro (2001) adverte que a integralidade é a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, em cada caso dos níveis de complexidade.

As condições de trabalho estão relacionadas com a percepção do serviço de saúde e revelam que as agentes comunitárias possuem jornada dupla de trabalho. Atuam enquanto ACS em um período e como empregada doméstica em outro período. Uma realidade que não abala unicamente a comunidade a que se destinam os serviços de atenção à saúde, mas as ações cotidianas das ACS e as relações dentro da UBS. Esta realidade gera ações alienadas. A violência simbólica caracteriza a falência do modelo tecno-burocrático de desenvolvimento que gera falta de motivação, falta de contratação de profissionais e entrosamento de trabalho saudável.

As características da estrutura da UBS mostram que as ACS não têm uma definição conceitual do que seja estrutura e organização. Quanto a percepção das agentes sobre qual a percepção da equipe de saúde sobre seu trabalho, foram evidenciados na entrevista a não valorização e preocupação sobre o que a equipe pensa sobre seu trabalho. Atentam para um retorno as lembranças da infância sobre a necessidade de aceitação dos filhos em relação aos pais.

Assim foi possível perceber a miséria subjetiva na qual se encontram submetidas as Agentes Comunitárias de Saúde, que atuam enquanto um curativo na ferida narcísica da comunidade com o posto mantendo os ídolos. A atuação das ACS na comunidade desenvolvendo funções que estão além de suas atribuições para que tenham ao menos o reconhecimento da comunidade, já que da UBS não há. Também foi possível perceber a miséria da comunidade, e a falta de recursos do posto que ampliam as dificuldades cotidianas e contribui para o comprometimento das relações.

A miséria da auto-estima, sentimento de desvalorização do trabalho, o sentimento de não pertencimento permeiam esta instituição, permeiam este grupo com diversas fantasias, ansiedades e mecanismos de defesa que gera uma repetição de sentimentos. Não há constituição de vínculos, pois a rotatividade de profissionais não permite a construção de vínculos nem por vias corporais e nem verbais, pois de acordo com as próprias agentes os enfermeiros nunca têm tempo, realizam os atendimentos pela fresta da porta.

Desse modo encerra-se esta reflexão, com a proposta que aprofundem mais esta realidade da transferência nas relações e suas implicações no cotidiano de trabalho. Ou seja, pesquisas que visem à discussão dos conceitos de interdisciplinaridade, a atuação de trabalhos da psicologia de grupos com todos os profissionais que compõem o PSF para que se permita uma ambivalência saudável da transferência nas relações.

O tema desta pesquisa junto com os objetivos torna-se limitados para discussão de alguns pontos referentes à transferência, não no que tange ao conceito de transferência, mas especificidades relacionadas à atenção básica a saúde. O PSF tem como objetivo tirar o foco da doença e trabalhar a prevenção e promoção da saúde, mas não discute as relações trabalho cotidiana entre as equipes. Não debate sobre os efeitos das péssimas condições de trabalho na qual estão submetidas as ACS e que geram desmotivação, desânimo como a falta de organização e estruturação da UBS.

O PSF trabalha junto aos arranjos sociais da comunidade e não considera os múltiplos arranjos sociais as relações de transferência existente dentro de uma UBS. A transferência ocorre em oposição ora positiva com sentimentos de ternura, e ora negativa com sentimentos de hostilidade, agressividade, medo. O conjunto de relações de transferência é real dentro de uma instituição, mas com características particulares que estão relacionadas com o espaço físico, afetos e relações de poder. As instituições têm uma importância na vida das pessoas de forma intersubjetiva que geram representações sociais muito diferenciadas o que não permite uma padronização e necessita se aprofundar no estudo com pesquisas sobre a tomada de consciência do sujeito que atua na atenção básica em relação as representações do inconsciente.

Tais levantamentos são indicadores da necessidade pesquisa neste campo, assim como, a busca por profissionais que estejam dispostos a orientar sobre uma metodologia de planejamento que promova interação entre as equipes e uma participação mais efetiva da psicologia com um trabalho que agregue todas as equipes envolvidas no PSF com orientação para que abra espaço entre relação e produção e inclua a subjetividade.

Trata-se de um pensar e agir em prol da promoção de saúde destes grupos de uma sociabilidade saudável para as equipes e para a instituição. Trata-se de um cumprimento efetivo das políticas públicas de saúde. Na descrição do cotidiano de trabalho das ACS foi possível sistematizar os modos de ocorrência da transferência das ACS com a equipe e levantar problemáticas que incentivem o aprofundamento do tema em suas especificidades.

Destaca-se, por último, que tendo em vista a importância dos ACS, enquanto trabalhadores fundamentais para a ação em saúde pública, sobretudo no tocante a atenção básica e sua tarefa na promoção de saúde, estes foram focalizados no presente trabalho. Nesse sentido, vale dizer, que se optou na presente pesquisa por identificar as dificuldades relativas às relações estabelecidas entre os ACS com a equipe. Em face disto outros estudos podem ser importantes em considerar a focalização das relações em esferas maiores com o projeto de

saúde pública brasileiro, como as relações da própria equipe de saúde com relação ao projeto de saúde da atenção básica como um todo.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Sonia. Transferência de trabalho e a Universidade. 2004. **Psicologia USP**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 23 Fev2008.
- BASTOS, L. G. C. **Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família**. (2003). Dissertação Mestrado 2003 – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- BARRETO, A. V. P; HONORATO, C. de F. **Manual de sobrevivência na selva acadêmica**. Rio de Janeiro: Objeto Direto, 1998.
- BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: ArtMed, 1984.
- BRASIL. Constituição de (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_Compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm)>. Acesso em: 22 out. 2008.
- BRASIL. **Lei nº 10507** de 10 de julho de 2002. 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://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11350.htm>>. Acesso em: 16 set. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Lei 8.080** 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. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 22 out. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Conselho Nacional de Saúde. 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. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 23 set. 2008.
- CARDOSO, Claudia Lins. Relações interpessoais na equipe do Programa de Saúde da Família. 2004. **Revista de Atenção Primária à Saúde – NATES/UFJF**, vol. 7, n. 1, jan/jun, 2004, 47-50. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v007n1/Relacoes.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2008.

DA ROS, M. A. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. **Estilos de pensamento em saúde pública**: um estudo da produção da FSPne ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. (2000). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELY, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELY, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994, p. 120-145.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissional. **Estud. Psicol. (Natal)**, Natal, v. 3, n. 1, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 23 Fev2008.

ETCHEGOYEN, Horácio R. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. ArtMed, 1989.

FALEIROS, Vicente de Paula (Org.). **Construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FERRAZ, F.; VOLICH, R. M. **Psicossoma**: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FRANCO, T. MEHRY, E. E. **PSF**: contradições e novos desafios. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 27 ago. 2008.

FREITAS, Maria de Fatima Quintal de. Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. **Psicol. Reflex. Crit**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 23 Fev2008.

FREUD, Sigmund. (1915-1917). Transferência. In: FREUD, Sigmund. **Conferências introdutórias sobre psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 433-448. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, v. 16).

FREUD, Sigmund. (1911-1913). Transferência. In: FREUD, Sigmund. **Dinâmica da Transferência**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 433-448. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, v. 12).

FREUD, Sigmund. (1893-1895). Transferência. In: FREUD, Sigmund. **Estudos sobre a histeria**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 433-448. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, v.)

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIRADO, Marlene. Temas básicos de psicologia: **Psicologia institucional**. São Paulo: EPU, 1986.

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul, 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691994000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691994000200008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 set. 2008.

GREENSON, Ralph. R. **A técnica e a prática da psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1981.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra S/A [199-?].

INOJOSA, R. M. Comunicação em Saúde: o papel dos agentes comunitários de saúde. In: Tempus - Actas de Saúde Coletiva. **Revista do Núcleo de Estudos em Saúde Pública NESP**, Brasília, v.1, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://164.41.105.3/portálnesp/ojs2.1.1/index.php/tempus/article/view/390>>. Acesso em: 10 set. 2008.

KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUES, E. **A instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

KAHHALE, Edna Maria Peters. BOCK, Ana Mercês Bahia. **Psicologia e formação sócio histórica**. Petrópolis: Vozes, 2002.

KAHHALE, Edna M. Peters. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e uma atuação compromissada. In: BOCK, Ana Mercês Bahia (Org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003

KUJAWA, Henrique; BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir (Orgs.). **Direito à saúde com controle social**. Passo Fundo: Fórum Sul da Saúde (PR, SC e RS), Fórum Regional da Saúde (Norte do RS) e Centro de Educação e Assessoramento Popular (Passo Fundo/ RS), 2003.

KLEIN, Melanie. **Psicologia**. São Paulo. Ed. Ática, 1982.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARTINES, W. R. V; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 2006, p. 426-433. Disponível em: <[www.eee.usp.br/reeusp](http://www.eee.usp.br/reeusp)>. Acesso em: 12 set. 2008.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NASIO, Juan-David. **Como trabalha um psicanalista?** Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999.

OLIVEIRA, Alexandre Lemgruber Portugal d'; LIMA, Edmilson de Oliveira; LUNA, Iúri Novaes. **Técnicas de coleta de dados na pesquisa social**. Florianópolis: 1996.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, jun, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es)>. Acesso em: 25 ago.2008.

RAUEN, F. J. Selltz et al. **Elementos de iniciação a pesquisa**. Rio do Sul: Nova Era, 1999.

RICHARDSON, Roberto Jarry et. al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIOS, Izabel Cristina. **Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental**. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a03.pdf>

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Atenção Básica - PSF, 2006.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. **O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais**. Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25 – 38, set.- fev., 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 ago.2008.

SOUZA, Rafaela Assis de; CARVALHO Alysson Massote. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**. 2003, vol.8, n.3. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scieo.php?scrip=sci\\_arttex&pid=S1413294X2003000300019](http://www.scielo.br/scieo.php?scrip=sci_arttex&pid=S1413294X2003000300019)>. Acesso em: 20 ago.2008.

SPINCK, Mary Jane. Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003. (cap.1).

VALENTIM, Igor Vinicius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=351](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=351)>. Acesso em: 19 set. 2008.

VIEIRA, Camila Mugnai; CORDEIRO, Mariana Prioli. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do Programa de Saúde da Família. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n.1, p.1-14, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/arb/v57n1/v57n1a06.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2008.

WAISBICH, T. Any; TOGNOLLI, Dora; BILENKY, K. Marina. Transferência ou interferência: **Um estudo das marcas na instituição psicanalítica**. São Paulo. Fev, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 ago.2008.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos:** teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.

**APÊNDICE**

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estruturada

### Dados de Identificação

Nome:		
Idade:	Sexo:	Escolaridade:
Estado Civil:		
Endereço:		Bairro:
Cidade:	Estado:	Telefone:
Profissão:		

- 1- Como você se tornou um ACS?
- 2- Há quanto tempo trabalha como ACS?
- 3- Como é ser ACS para você?
- 4- Como é o seu cotidiano de trabalho?
- 5- Quais são as dificuldades de seu cotidiano de trabalho?
- 6- Como é sua relação com a equipe do posto?
- 7- Como vê a organização do posto em relação ao seu trabalho?
- 8- Como você acredita que a equipe percebe seu trabalho?
- 9- Como você vê a função de seu trabalho para o alcance dos objetivos do posto?
- 10- Como você acredita que deveria ser sua relação com o posto?

**ANEXOS**

## ANEXO A – Folha de rosto CONEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 ( versão outubro/99 ) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

<b>1. Projeto de Pesquisa: "A RELAÇÃO TRANSFERENCIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COM A EQUIPE TÉCNICA DA POLICLÍNICA BELA VISTA PALHOÇA"</b>				
<b>2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)</b> Ciências Humanas-Psicologia		<b>3. Código:</b> 7.07		<b>4. Nível:</b> ( Só áreas do conhecimento 4 )
<b>5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)</b>		<b>6. Código(s):</b>		<b>7. Fase:</b> (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
<b>8. Unitermos:</b> ( 3 opções ) Transferência, Agentes Comunitários de Saúde, Sistema Único de Saúde.				
<b>SUJEITOS DA PESQUISA</b>				
<b>9. Número de sujeitos</b> No Centro : 06 Total: 06		<b>10. Grupos Especiais :</b> <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc ) ( ) Outros ( ) Não se aplica ( X )		
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>				
<b>11. Nome:</b> Ana Maria Pereira Lopes				
<b>12. Identidade:</b> 14643402		<b>13. CPF.:</b> 56487657972		<b>19. Endereço (Rua, n.º):</b> Campeche, 1157 Bairro Campeche
<b>14. Nacionalidade:</b> Brasileira		<b>15. Profissão:</b> Psicóloga		<b>20. CEP:</b> 88063300
<b>16. Maior Titulação:</b> Mestre		<b>17. Cargo</b> Professora		<b>21. Cidade:</b> Florianópolis
<b>18. Instituição a que pertence:</b> UNISUL		<b>23. Fone:</b> 48 99808549		<b>22. U.F.</b> SC
<b>24. Fax</b>		<b>25. Email:</b> Ana.lopes@unisul.br		
<b>Termo de Compromisso:</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: ____/____/____				
Assinatura _____				
<b>INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO</b>				
<b>26. Nome:</b> Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)		<b>29. Endereço (Rua, nº):</b> Avenida Pedra Branca nº25		
<b>27. Unidade/Órgão:</b> Curso de psicologia		<b>30. CEP:</b> 88100-000		<b>31. Cidade:</b> Palhoça
<b>28. Participação Estrangeira:</b> Sim ( ) Não ( X )		<b>33. Fone:</b> 32791000 <b>34. Fax.:</b>		<b>32. U.F.</b> SC
<b>34. Fax.:</b>				

<b>35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não ( X ) Nacional ( ) Internacional ( ) ( Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil )</b>			
<b>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição):</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução			
Nome: Paulo Roberto Sandrini		Cargo: coordenador do Curso de Psicologia	
Data: ____/____/____		_____	
		Assinatura	
<b>PATROCINADOR</b>		<b>Não se aplica ( X )</b>	
<b>36. Nome:</b>	<b>39. Endereço</b>		
<b>37. Responsável:</b>	<b>40. CEP:</b>	<b>41. Cidade:</b>	<b>42. UF</b>
<b>38. Cargo/Função:</b>	<b>43. Fone:</b>	<b>44. Fax:</b>	
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP</b>			
<b>45. Data de Entrada:</b> ____/____/____	<b>46. Registro no CEP:</b>	<b>47. Conclusão: Aprovado ( )</b> Data: ____/____/____	<b>48. Não Aprovado ( )</b> Data: ____/____/____
<b>49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:</b> Data: ____/____/____      Data: ____/____/____			
Encaminho a CONEP: <b>50. Os dados acima para registro ( )</b> <b>51. O projeto para apreciação ( )</b> <b>52. Data:</b> ____/____/____	<b>53. Coordenador/Nome</b> _____ _____ Assinatura		<b>Anexar o parecer consubstanciado</b>
<b>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP</b>			
<b>54. Nº Expediente :</b>	<b>56. Data Recebimento :</b>	<b>57. Registro na CONEP:</b>	
<b>55. Processo :</b>			
<b>58. Observações:</b>			

## ANEXO B – Folha de rosto para submissão de projetos UNISUL



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
FOLHA DE ROSTO PARA SUBMISSÃO DOS  
PROJETOS**

Este formulário deve ser datilografado ou preenchido no computador. Antes de preencher este formulário e os demais formulários utilizados pelo CEP-UNISUL e encaminhar o projeto para análise, é recomendada a leitura das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde N° 196 de 10/10/96 e N° 251 de 7/8/97.

<b>Título do Projeto</b>	“A RELAÇÃO TRANSFERENCIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COM A EQUIPE TÉCNICA DA POLICLÍNICA BELA VISTA PALHOÇA”
<b>Professor</b> (Pesquisador responsável): preencha suas informações e indique o local onde deseja receber seu parecer (dados válidos <b>somente</b> para envio de correspondência interna, dentro da Unisul)	
Nome Pesquisador (professor):	Ana Maria Pereira Lopes
Curso de Graduação:	Psicologia
Campus:	Norte - Pedra Branca
Responsável do local pelo recebimento do parecer:	Escaneio do professor pesquisador responsável.

<input checked="" type="checkbox"/> - Monografia/Graduação	<input type="checkbox"/> - Monografia/Especialização	<input type="checkbox"/> - Iniciação Científica
<input type="checkbox"/> - Mestrado	<input type="checkbox"/> - Projeto de Pesquisa	<input type="checkbox"/> - Doutorado

<b>Para preenchimento da Comissão de Ética em Pesquisa- CEP-UNISUL</b>	
Data de entrada:	Registro no CEP (código):
Relator:	
Andamento ou Parecer - escrever data abaixo	

( ) Aprovado    ( ) Aprovado c/ Pendência    ( ) Retirado    ( ) Aprovado e Encaminhado à CONEP

<b>Para preenchimento do Pesquisador</b>	
<b>Título</b> (sucinto e objetivo)	<p>“A RELAÇÃO TRANSFERENCIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COM A EQUIPE TÉCNICA DA POLICLÍNICA BELA VISTA PALHOÇA”</p> <p>“Como ocorrem às relações de transferência dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe técnica da Policlínica Bela Vista”?</p>
Pesquisador Responsável e pesquisador externo (nome, endereço, e-mail e telefone).	<p>Ana Maria P. Lopes – Avenida Campeche, nº1157/Florianópolis – SC ana.lopes@unisol.br</p> <p>Vanessa de Andrade Manoel - Rua Otavio P. Medeiros, nº80/São José-SC. vanessa.andrade09@yahoo.com.br</p>
Outros pesquisadores somente nome, telefone e e-mail.	_____
<b>Objetivo(s) do Estudo</b>	<p><b>Objetivo geral</b></p> <p>Compreender as relações que se estabelecem entre Agentes Comunitários de Saúde e a equipe técnica, por meio do conceito psicanalítico de transferência.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>a) Descrever o cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.</p> <p>b) Sistematizar aspectos do conceito de transferência que tornem possível a compreensão do contexto institucional.</p> <p>c) Levantar problemáticas que incidem na relação dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe técnica.</p>
<p><b>Métodos</b></p> <p>Neste campo coloque apenas de maneira resumida:</p> <p>a. Identificação dos sujeitos da pesquisa, número de indivíduos, idade e método de seleção.</p> <p>b. Procedimentos (resumidamente)</p> <p>c. Medidas das variáveis a serem</p>	<p>- Pesquisa qualitativa</p> <p>- Participarão desta pesquisa 6 (seis) Agentes Comunitários de Saúde que trabalham na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Bela Vista, na cidade de Palhoça.- SC</p> <p>- Será realizada uma entrevista semi-estruturada contendo 9 (nove) questões, permitindo que o tema seja explorado no transcurso da aplicação.</p> <p>- A entrevista será realizada na Unidade Básica de Saúde, nos consultórios do posto.</p>

obtidas d. Armazenamento de dados e. Análise, métodos estatísticos	- A escolha dos participantes se dará de forma aleatória, a partir da lista de Agentes Comunitários de Saúde cedida pela UBS.  - Os dados ficaram sob responsabilidade do pesquisador responsável pela pesquisa.
Local e tempo de duração do estudo	Local: Centro de Saúde Bela Vista. Rua, José Cosme Pamplona,447  Início: Fevereiro 2009      Término: Junho 2009
Perigos ou riscos potenciais ao sujeito da pesquisa/pacientes	XX
Procedimentos de desconforto e distresse aos sujeitos das pesquisa/pacientes	
Grau de Risco	(X) - Mínimo      ( ) - Médio      ( ) - Alto
Arranjos financeiros e Indenização	Não há.
Quais pessoas terão acesso aos dados?	O pesquisador responsável e o pesquisador externo, porém os resultados poderão ser publicados em revistas científicas ou eventos.
Documentos enviados	a. Formulário Folha de Rosto - CONEP      (X) b. Folha de Rosto para Submissão dos Projetos - CEP UNISUL      (X) c. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido      ( ) d. Declaração de Instituições envolvidas      (X) e. Autorização para fotos, filmagens e gravações      ( ) f. Outros (se solicitado pelo CEP).      (X)

Assinatura:  _____	Data: _____
--------------------------	-------------

Adaptado de: (1) South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2) Guidelines on the Practice of Ethics Committees in Medical Research Involving Human Subjects, Royal College of Physicians of London, 2<sup>nd</sup> Edition, 1990.

**ANEXO C – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas**



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**Av. José Acácio Moreira, 787 - Bairro Dehon - Cx Postal 370**  
**88704-900 - Tubarão - SC**  
**Fone: (48) 621-3000**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS  
 INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Local e data: \_\_\_\_\_

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer da Comissão de Ética em Pesquisa - CEP-UNISUL, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "A RELAÇÃO TRANSFERENCIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COM A EQUIPE TÉCNICA DA POLICLÍNICA BELA VISTA PALHOÇA" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

\_\_\_\_\_  
 Ana Maria Pereira Lopes  
 Ass. Pesquisador responsável (UNISUL)

\_\_\_\_\_  
 Paulo Roberto Sandrini  
 Ass. do responsável pela Instituição (UNISUL)  
 (Coordenador de curso)

\_\_\_\_\_  
 Arnaldo Gonçalves Munhoz Junior  
 Ass. do responsável da outra Instituição (de outra instituição)

**ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE)**



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**

A presente pesquisa intitula-se “A relação transferencial dos Agentes Comunitários de Saúde com a Equipe Técnica da Policlínica Bela Vista”, e consiste no Trabalho de Conclusão de Curso TCC-II do curso de psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), tendo como objetivo responder a pergunta de estudo: **“Como ocorrem às relações de transferência dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe técnica da UBS Bela Vista”?**

Eu, \_\_\_\_\_ confirmo que a pesquisadora, Vanessa de Andrade Manoel, discutiu comigo este estudo. Assim compreendi que:

1. Este estudo consiste no trabalho de conclusão de curso de Psicologia sob orientação da Professora Ana Maria Pereira Lopes do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.
2. O Objetivo deste estudo é: “Compreender as relações que se estabelecem entre Agentes Comunitários de Saúde e a equipe técnica, por meio do conceito psicanalítico de transferência”.
3. Eu, \_\_\_\_\_ (preenchido pelo informante), posso escolher ou não participar desse estudo. Isto não implicará em quaisquer benefícios ou prejuízos pessoais. Realizando as atividades propostas pela pesquisadora (entrevista) estarei participando desta pesquisa.
4. Minha colaboração com esta investigação é fundamental para que a pesquisadora possa responder a questões de pesquisa e desenvolver seu trabalho.
5. Esse trabalho de pesquisa pode ser utilizado como base para publicações e minha identidade não será divulgada.
6. Se eu tiver qualquer dúvida a respeito da pesquisa, poderei contatar com: Vanessa de Andrade pelos telefones: 48-88153125, ou por meio eletrônico através do e-mail: [vanessa.andrade@yahoo.com.br](mailto:vanessa.andrade@yahoo.com.br)
7. Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar deste estudo.

Participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso : \_\_\_\_\_

RG : \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Adaptado de: (1) South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2) Comitê de Ética em pesquisa - CEFID - Udesc, Florianópolis, BR.

**ANEXO E - Termo de Consentimento específico para gravação em áudio**



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E  
GRAVAÇÕES**

Eu \_\_\_\_\_ permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa e/ou  
paciente: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome dos pais ou responsáveis: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Se o indivíduo é menor de 18 anos de idade, ou é legalmente incapaz, o consentimento deve ser obtido e assinado por seu representante legal.

Equipe de pesquisadores:

Nomes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data e Local onde será realizado  
o projeto:

\_\_\_\_\_

Adaptado de: Hospital de Clínicas de Porto Alegre / UFRGS

\_\_\_\_\_