

## 1 INTRODUÇÃO

A década que se iniciou em 1980 marcou um processo de grandes transformações no plano de organização político-econômico em nível nacional e mundial. A crise econômica e o processo de (re)democratização em muitos países, dentre os quais o Brasil, estão no cerne do debate político que se instituiu pela redação do texto da Constituição Federal (CF) de 1988. Nele estão expressas mudanças das quais participaram, de alguma forma a sociedade civil (des)organizada. Da efervescência que o momento pós década de 1980 provocou, faremos um recorte no campo da saúde para contextualizar nossa pesquisa.

Uma conquista da maior importância que data dessa época é a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que marcou legalmente um debate no campo da gestão da saúde pública no Brasil, que, iniciado há algum tempo ganhou força na década de 1970 com a Reforma Sanitária.

A criação do SUS se dá efetivamente em 1990, mas muitas variáveis envolvem a afirmação e operacionalização dos seus princípios, e isso influenciou sobremaneira para o agravamento da crise de gestão do sistema de saúde. O modelo centrado na assistência médica, fragmentada e especializada que considera o hospital como seu local principal de ação e não se articula com outras práticas terapêuticas ou racionalidades não-médicas não apresentava mais perspectivas de atendimento às demandas de saúde da população.

Novas estratégias governamentais em alternativa ao modelo em crise foram se desenvolvendo, e, a partir de meados da década de 1990, o embrião do que hoje é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) encontrava-se em gestação. Essa estratégia encontrou resistência e sofreu momentos de inflexão, como o projeto da Reforma do Estado concebido e implementado em algumas instâncias do poder público no final da década de 1990 e início dos anos 2000.

A crise de gestão no sistema de saúde demandava novas soluções que desvinculassem a concepção de saúde do modelo centrado na tríade médico-hospital-remédio, e a estratégia de descentralização foi uma das apostas. Estavam estabelecidas as bases legais para a transição do “antigo” para o “novo” modelo de

saúde.

Porém, para que essa transição fosse possível alguns movimentos foram necessários, como programas que foram concebidos e estrategicamente reconcebidos. A pesquisa que relatamos no exercício de escrita desta dissertação pretendeu analisar a concepção de gestão da Estratégia de Saúde da Família, acompanhando a atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais inseridos em uma Unidade de Saúde da Família (USF), que trabalham levando à população local práticas de saúde preventivas, sendo particularmente importantes nas comunidades mais distantes de hospitais e centros de tratamento.

O território que se coloca como campo para acompanharmos esses processos de trabalho é a Unidade de Saúde da Família (USF) Ilha das Caieiras que atende a cinco bairros localizados na região da “Grande São Pedro”, em Vitória, no Espírito Santo – São Pedro I, II, IV, Comdusa e Ilha das Caieiras.

Algumas inquietações nos foram colocadas neste processo de pesquisar, e, propomo-nos a discuti-las. Que processos de trabalho são esses? Qual é a concepção de gestão desse trabalho? Como ele se entrelaça ao trabalho dos outros profissionais? Como as forças políticas perpassam esses processos de trabalho? Como a população do território no qual os ACS estão inseridos interferem nesses processos de trabalho?

Todo esse movimento nos desafiou a acompanhar à luz do referencial teórico-metodológico da Ergologia na perspectiva de análise do trabalho pela via da atividade e dos princípios da cartografia como postura de pesquisa e meio para produção dos dados.

A apresentação da trajetória da pesquisadora no encontro com o campo da pesquisa é de singular importância para o entendimento de como se inicia esse processo de pesquisar.

## 1.1 A TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA E A ESCOLHA DO CAMPO DA PESQUISA

Cartografar é a arte e ciência de compor cartas geográficas e seu estudo, conforme

Ferreira, (2004). A pesquisadora e aprendiz de cartógrafa relata neste item, em depoimento pessoal a trajetória que marcou seu encontro com o referencial teórico-metodológico e com o campo da pesquisa.

Por que pesquisar o trabalho? Por que no campo da saúde? Ou melhor, por que o trabalho em saúde?

Pensando sobre essas provocações fui convocada a retornar ao meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGAdm), ou melhor, a pensar em 2004 quando ainda era aluna da Graduação em Administração (uma funcionalista exemplar!) e ingressei como bolsista de iniciação científica para fazer pesquisa com a professora Mônica de Fatima Bianco no grupo formado por alunos do Mestrado à época (Suzane, Mateus, Eloísio), alunos de graduação bolsistas e pelas professoras Mônica e Leila Domingues Machado (professora do departamento de Psicologia e então associada do PPGAdm). Naquele momento fui atravessada pelas discussões sobre cartografia e ergologia que o grupo iniciara há um semestre. Aqueles encontros foram marcantes para disparar em mim o desejo de ingressar na vida acadêmica – e o Mestrado era uma via possível.

A funcionalista que habitava em mim tinha mais “força” nesta época e foi responsável por eu trilhar o caminho profissional do mercado de trabalho privado até meados de 2006. Mas a introdução de leituras como a cartografia e a ergologia (para uma aluna de graduação em Administração<sup>1</sup>) dispararam um processo que marcaria a minha saída do mercado de trabalho privado, por discordar da produção de subjetividade hegemônica na sociedade capitalista.

O ano de 2006 “coincidiu” com a caracterização de um quadro clínico patológico que me afastou de atividades laborais em tempo integral. Esse foi efetivamente o momento mais rico dessa jornada até então descrita, pois me produziu mais problematizadora e me aproximou da academia, com a participação no concurso público para professora substituta do curso de Administração da UFES, para o qual fui aprovada como suplente.

Na perspectiva de me aproximar da academia novamente, participei do concurso do

---

<sup>1</sup> O curso de Administração da UFES é muito bem conceituado, inclusive com nota 5 (máxima) no ENADE de 2007, mas ele é influenciado pela lógica hegemônica, e, forma os alunos dentro dessa concepção capitalística.

vestibular para novo curso superior na UFES, para ingresso em 2006/02. A dúvida que me acometeu foi, que curso fazer? Eu estava em crise com a formação funcionalista de bacharel em Administração, e, minha aproximação com a academia era uma experiência potencializadora, resolvi então fazer um curso de licenciatura. Escolhi (ou fui escolhida) pelo curso de Geografia.

Ingressei no Mestrado em Administração no ano de 2007 e também na carreira acadêmica, convoquei uma professora e pesquisadora para habitar em mim e nos propusemos a desalojar a analista da verdade que insistia em me habitar. O ingresso no Mestrado se deu com uma proposta de criticar o modelo de Gestão por Competências adotado pela empresa onde trabalhei, argumentando ser mais um instrumento de mitigar as relações entre capital e trabalho. Minha tutora<sup>2</sup> do Mestrado, professora Mônica me propôs o desdobramento de um projeto de pesquisa que estava em andamento com um aluno ingressante em 2005. A proposta era desafiadora: referencial teórico complexo – ergologia – mas com o qual eu havia tido um “bom encontro” em 2004; uma pesquisa no campo da saúde, com o qual não tinha contato como pesquisadora, nem como estudante, apenas como usuária. Estava colocada a proposta: pesquisar o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) numa região periférica da Grande Vitória. Enfim, o desafio era grande, mas ia ao encontro de um novo ‘projeto de felicidade’<sup>3</sup>, de ser docente do quadro efetivo da UFES (ou de outra Universidade Federal).

Aceito o desafio a inquietação foi se transformando em angústia: aceitar fazer essa pesquisa implicava fazer leituras muito diferentes, mergulhar em terreno desconhecido. Recebi recomendações da minha tutora para procurar uma professora da Psicologia que pesquisava nesta “linha” de saúde e trabalho – a Beth Barros.

Garimpando o espaço da Universidade em busca dessa referência, de pronto percebi que não há limites territoriais para ela: procurei-a na Educação, na Psicologia, e fui logo avisada por um grupo de alunos que a esperava que eu teria que concorrer a uma vaga junto ao “grupo da Beth” - como é conhecido na

---

<sup>2</sup> No PPGAdm a relação de professor-aluno no primeiro ano de curso é de tutoria, mas já caracteriza fortemente uma orientação.

universidade o grupo de estudos coordenado por essa professora. Esse foi outro [muito] bom encontro.

Acolhida ao “grupo da Beth”, discutimos por um semestre Espinosa a partir da leitura do Deleuze. O grupo era heterogêneo formado por alunos e pesquisadores de várias áreas do conhecimento, o que nos levava a calorosos debates. Era um encontro com leituras diferentes, modos de operar essas leituras e debates diferentes do que até então estava prescrito em meu corpo, pela minha trajetória no curso de Administração. Produzia em mim um misto de prazer e angústia: um desconforto.

Aquele momento me colocava a pensar como poderia fazer uma pesquisa que fosse “aceita” no campo da gestão depois de experimentar aquelas discussões que desconstruíam um modo de pensar-analisar-entender-aplicar solidamente construído durante anos. Estava em crise com meu curso, com minha formação. Fiquei angustiada demais: fui fazer terapia.

Esse processo de pesquisar também passou por momento de inflexão, minha imunidade sofreu variações bruscas, o que fez a doença entrar em atividade novamente; foram seis meses de pulsoterapia que marcaram o período de disciplinas do Mestrado, gerando instabilidade na saúde da pesquisadora. Naquele momento passei a sentir no corpo que a escolha entre pesquisador e campo de pesquisa é uma negociação que não se dá somente por critérios racionais.

Desde então ingressei em encontros e leituras que me aproximaram mais das discussões da Educação e da Psicologia e me afastaram, de certo modo, das discussões do campo da Administração, e, hoje me aventuro como aprendiz de cartógrafa, trazendo as **passagens** de um diário de campo que contam essa trajetória.

Escolhas feitas, passemos à contextualização do surgimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, destacando os principais movimentos e forças que convergiram para a forma como se instituiu, pois entendemos ser relevante para esta pesquisa.

---

<sup>3</sup> Expressão apreendida numa palestra promovida pelo Programa de Pós Graduação em Atenção a Saúde Coletiva (PPGASC) no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) proferida pelo Dr. José Ricardo Ayres no dia 05/09/2007.

## 1.2 E DEPOIS DE MUITA LUTA, O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Iniciamos nesta sessão uma análise do contexto sócio-político que se configurou nacionalmente, mostrando-se importante para o surgimento da ESF. Preferimos trabalhar com um retorno à década de 1970 onde a Reforma Sanitária representou um marco importante para transformações no campo da saúde pública no Brasil, influenciando sobremaneira a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi um importante ponto de partida para a estruturação do campo da saúde com as características que apresenta hoje.

### **1.2.1 Os movimentos de (re)democratização no Brasil: da reforma sanitária à constituição de 1988**

O movimento que deu origem à reforma sanitária no Brasil nasceu no berço médico, tendo como principal representante Sérgio Arouca<sup>4</sup>. Para o médico, o movimento da reforma sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura. Existia uma idéia clara na área da saúde de que era preciso integrar as duas dimensões: ser médico e lutar contra a ditadura. Esse movimento começou no final dos anos 60 e início dos 70 do século XX – o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – quando se constituiu a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina (FIOCRUZ, 2008).

O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função de um movimento de características semelhantes ocorrido na Itália na década de 1960. A expressão foi popularizada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor da saúde,

---

<sup>4</sup> Antônio Sérgio da Silva Arouca, nascido em 1941 e falecido em 2003 foi além de médico sanitário um importante político que militou durante 61 anos por melhoria nas questões ligadas à saúde pública e também ligadas à ciência e tecnologia. Filiado ao Partido Comunista Brasileiro (PCB) desde os 15 anos, ajudou a criar o Partido Popular Socialista (PPS) pelo qual foi deputado do Rio de Janeiro. Além da atuação política nacional, também foi importante representante da causa da saúde pública internacionalmente, atuando como consultor da Organização Pan-Americana de Saúde. De volta ao Brasil, fundou um centro de estudos e pesquisas que levou seu nome inicialmente e hoje é a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) ligada à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2008).

introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. Por ser ligado à idéia de luta contra a ditadura, o grupo de intelectuais e médicos liderados por Sérgio Arouca ficou popularmente conhecido por “partido sanitário”.

Podemos afirmar que este movimento na Itália produziu efeitos que mais tarde adentro os ambientes fabris na luta pela saúde, representado principalmente pelo médico Ivar Oddone (1986). Já no Brasil, a nossa versão Reforma Sanitária, idealizada por Arouca produziu significativas mudanças no que diz respeito a saúde pública.

Nas palavras do idealizador do projeto,

[...] está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (FIOCRUZ, 2008).

Entre os diversos atores envolvidos no movimento sanitário, destacam-se o movimento estudantil que teve papel fundamental na propagação das idéias; os médicos residentes, que na época trabalhavam sem carteira assinada e com uma carga horária excessiva; as primeiras greves realizadas depois de 1968, e os sindicatos médicos, que também estavam em fase de transformação. Esse movimento entra também nos conselhos regionais, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira – as entidades médicas começam a ser renovadas. A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, também é importante na luta pela reforma sanitária. A entidade surge com o propósito de lutar pela democracia, de ser um espaço de divulgação do movimento sanitário, e reúne pessoas que já pensavam dessa forma e realizavam projetos inovadores (FIOCRUZ, 2008).

No Brasil de 1986, debate da maior importância era a saúde. Uma sociedade

destemida foi às ruas cobrar a liberdade que lhe fora negada por vinte anos. Neste contexto, a 8ª CNS, que teve Sérgio Arouca como presidente, reuniu, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários do sistema público de saúde. A partir da conferência, saiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu do movimento social. Esse é considerado o maior sucesso da reforma sanitária.

A afirmação das diretrizes da reforma sanitária, qual seja, descentralização, participação e organização da saúde pública no Brasil se deu a partir da “oitava”, como ficou conhecida a 8ª conferência. Momento relevante da mesma foi um consenso obtido em torno da criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (Suds), que depois se transformaria no SUS. A interdependência entre política social e econômica e a conceituação dos serviços de saúde como públicos e fundamentais para a população foram outras importantes definições feitas pela 8ª CNS. Mas o legado mais precioso da conferência foi a consolidação da idéia da Reforma Sanitária – que voltaria à agenda, com força, durante a Constituinte de 1988 (FIOCRUZ, 2008).

Neste contexto de acaloradas reivindicações no campo da saúde pública no Brasil, em 1988 é redigido o texto da nova Constituição Federal. A carta Constituinte traz a marca de várias conquistas, dentre as quais a inserção da saúde no capítulo da seguridade social. Em seu artigo 194,

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988, p.127).

Conseqüência dessa importante conquista, a inserção da saúde no capítulo da seguridade social, a seção II que compreende os artigos 196 a 200 tratam dos direitos, deveres e regulamentação do Estado e dos cidadãos no âmbito da saúde.

O artigo 196 institui a saúde como direito de todos e o Estado como responsável, mediante políticas sociais e econômicas para redução de doença e outros agravos, pela permissão ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 1988).



No artigo 197 está presente a responsabilização do Estado pela regulamentação, fiscalização e controle das ações no campo da saúde, podendo a execução ser feita pelo estado ou por terceiros. Porém, este artigo dá abertura para que tais ações sejam feitas por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

O artigo 198, por sua vez, institui a criação do SUS, importante conquista para a descentralização e viabilização de alternativas à crise pela qual passava a saúde pública no Brasil.

Art.198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade (BRASIL, 1988, p.129).

Segundo o texto da carta, o financiamento do SUS seria feito com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. O texto prevê ainda a contratação em nível local de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de concurso público (BRASIL, 1988).

Sabe-se que a problemática da co-participação das três instâncias públicas no financiamento das ações do SUS é latente, e, vem a tona em situações de crise como o surto de dengue que o Rio de Janeiro atravessou desde o mês de fevereiro de 2008, onde vários óbitos foram registrados. Este problema é recorrente nos períodos de verão e chuvas, embora o Estado invista em campanhas de prevenção durante todo o ano.

Em entrevistas concedidas pelos chefes do Poder Executivo nas instâncias municipal, estadual e federal, durante esse período de crise causada pela epidemia de dengue no Rio de Janeiro ficou explícita a “guerra” no poder público pela responsabilização de investimentos na solução da crise. O prefeito se defendia dizendo que os investimentos municipais estavam garantidos mas que o governo estadual não estava investindo. O governo estadual se defendia dizendo que os

investimentos da competência do Estado estavam garantidos e o problema era má gestão municipal. E ambos argumentavam a necessidade de mais recursos federais para investimento na saúde. O que não está claro é o limite da competência de cada instância na gestão da saúde pública (REVISTA ÉPOCA, 31 mar 2008).

Já o artigo 199 da CF/88, por sua vez, legitima a abertura à iniciativa privada a assistência a saúde, mas, restringe a participação da iniciativa privada de forma complementar à ação do SUS, não podendo ser destinado recurso público para a iniciativa privada no âmbito da saúde (BRASIL, 1988).

Por fim, o artigo 200 trata das competências do SUS, dentre as quais: controlar, fiscalizar produtos, substâncias e equipamentos de interesse para a saúde, executar ações de vigilâncias sanitária, epidemiológica e que garantam a saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos para a saúde, participar ativamente da formulação da política e execução de saneamento básico, influenciar desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, fiscalizar alimentos, bebidas e água para consumo humano, participar do controle e produção de substâncias tóxico-radioativas e, colaborar na proteção do meio ambiente, inclusive o do trabalho.

Pode-se observar a amplitude e generalidade da competência das ações do SUS, o que demandaria investimentos para contratação e formação de gestores públicos qualificados para enfrentar os desafios da gestão das multideterminações no campo da saúde pública no Brasil.

A despeito da regulamentação do SUS estar garantida pela CF/88, as instituições de saúde continuavam em crise, a demanda da população por atendimento permanecia superior à capacidade de gestão do sistema, algumas antigas doenças endêmicas já controladas ressurgiam com focos em partes do país; o modelo assistencial de saúde, baseado na atenção primária e centralizado no hospital sinalizava o esgotamento.

Conforme Viana e Dal Poz (1998) alguns problemas interferiram na operacionalização do SUS, entre os quais podemos citar, o financiamento das ações de saúde, a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual, municipal), as formas de articulação público / privado no novo modelo de

organização dos serviços, a resistência do antigo modelo, baseado na doença e em ações curativas individuais.

Mascarenhas e Almeida (2002) argumentam que vários autores vêm analisando criticamente as características do modelo assistencial hegemônico, o modelo hospitalocêntrico. Este modelo está centrado na assistência médica, fragmentada e especializada e considera o hospital como seu local principal de ação e não se articula com outras práticas terapêuticas ou racionalidades não médicas.

Para agravar o quadro da saúde no Brasil, a década de 1990 marcou a ascensão ao poder político um grupo que pressionaria para a desresponsabilização do Estado em alguns setores da sociedade, incentivando as privatizações, o corte de gastos; o Estado mínimo.

Esse movimento ficou conhecido como a Reforma do Estado, a qual apresentamos no item a seguir, e marcou uma inflexão no projeto de saúde do Brasil. Somado a outras variáveis na conjuntura sócio-político-econômica do Brasil, esse momento conjurou para que novas alternativas fossem desenvolvidas para a gestão do sistema de saúde, dentre as quais, recortamos para esta pesquisa a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

### **1.2.2 A Reforma do Estado, uma inflexão no projeto de Gestão na Saúde**

A década de 1990 foi marcada por um movimento de pressão dos organismos de financiamento internacionais, tais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (Bird), para que os países da América Latina “enxugassem” seus gastos estatais como condição para a continuidade de investimentos buscando o desenvolvimento dessas economias.

A reforma do Estado no Brasil pode ser identificada em duas vertentes: a gerencial, que tem como modelo as reformas estruturais feitas nos Estados Unidos e no Reino Unido, e a vertente societal, tributária das idéias dos movimentos contra a ditadura e em busca da redemocratização do Brasil nos anos de 1960 e 1970 (PAULA, 2007).

A ascensão ao poder de uma aliança ideológico-política neoliberal representada principalmente pelo sociólogo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) embarcou o Brasil nessa maré de reformas estruturais. O projeto de uma administração pública gerencial, liderado pelo então ministro da Administração e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser-Pereira, modificou significativamente a estrutura das instituições no âmbito econômico financeiro (PAULA, 2007).

O idealizador do projeto de reforma gerencial ressaltou dois pontos para reforçar seu argumento, quais sejam, a crise do Estado brasileiro e as possíveis direções para a sua reforma e administração. Para ele, a crise estava relacionada a três componentes que abalaram a legitimidade e a governabilidade do Estado: a crise fiscal, a crise do modelo de intervenção e a crise da administração burocrática (PAULA, 2007).

Com a implementação da nova administração pública, segundo as diretrizes da vertente gerencial desse movimento de reforma, o Estado passa a ter “feições do mercado”, as privatizações nos setores não exclusivos do Estado são incentivadas, tais como energia e telecomunicações. Maior autonomia foi concedida aos órgãos públicos, descentralização das estruturas e das atividades, flexibilização de procedimentos, controle dos “fins” mais do que dos “meios”, ou seja, seguir um caminho “pós-burocrático” para tornar o Estado mais competitivo (NOGUEIRA, 2005).

Na verdade, a implementação do modelo gerencialista de gestão pública não resultou em uma ruptura com a linha tecnocrática, além de continuar reproduzindo o autoritarismo e o patrimonialismo, pois o processo decisório continuou como monopólio do núcleo estratégico do Estado e das instâncias executivas, e o ideal tecnocrático foi reconstituído pela nova política de recursos humanos. Por outro lado, a despeito do discurso participativo da nova administração pública, a estrutura e a dinâmica do Estado pós-reforma não garantiram uma inserção da sociedade civil nas decisões estratégicas e na formulação de políticas públicas (PAULA, 2007, p. 141).

O que ocorreu foi a substituição do *ethos* burocrático pelo gerencial, o que caracterizou uma “burocracia flexível”, e, uma forte limitação da participação da sociedade nas decisões governamentais; uma democracia limitada. Esse contexto

caracterizou a crise da aliança social-liberal que sustentava a vertente gerencial no poder, abrindo espaço para a ascensão de uma nova vertente de reforma e gestão do Estado: a vertente societal (PAULA, 2007).

A ascensão da vertente societal marca um importante momento político do Brasil: a subida ao poder da aliança popular nacional em 2002 com o presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Essa vertente propõe uma rearticulação entre o Estado e a sociedade, numa combinação de democracia representativa e participativa. O principal avanço dessa vertente foi a ação dos governos locais e a construção de novos canais de participação como os conselhos gestores de políticas públicas – nos interessa em especial os conselhos de saúde local – , os fóruns temáticos e o orçamento participativo (PAULA, 2007).

Assim como a vertente gerencial estava focada nas reformas em âmbito econômico-financeira e institucional-administrativa, trabalhando a dimensão sócio-política somente no discurso; a vertente societal não tinha bem definidos os objetivos e características do seu projeto político, e acabou por reproduzir o projeto político deixado pela vertente gerencial, dando a ela “feições sociais”, ou mesmo, “assistencialistas”.

No campo da saúde, o movimento da reforma gerencial marcou uma inflexão no projeto de saúde iniciado pela reforma sanitária e legitimado pela criação do SUS, uma vez que, o “enxugamento” do Estado e a reforma nas instituições públicas podem ter se mostrado eficientes no que diz respeito a redução de custos e melhora nos serviços para alguns setores da sociedade, mas para a saúde não o foram.

A mais grave e evidente restrição feita ao longo da década de 1990 no âmbito da saúde foi a financeira, que reduziu significativamente o gasto público *per capita* em saúde no Brasil, cujo patamar permaneceu abaixo de países latinoamericanos mais pobres que o nosso (NOGUEIRA, 2005).

Assistimos a uma mudança significativa na concepção inicial prevista na Constituição de 1988 com a inserção da saúde como direito universal e parte da Seguridade Social, que preconizava um orçamento único e com diversidade de fontes de financiamento para os seus componentes de saúde, assistência e previdência social. Ao restringir o financiamento do setor de saúde apenas aos

recursos fiscais, ele ficou à mercê da política de ajuste fiscal cada dia mais restritiva, lançando mão de fontes como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que pode ser considerada de caráter contingencial (NORONHA; SOARES, 2001).

A ausência de investimentos que marcou o período de ajuste fiscal iniciado pela ascensão da aliança social-liberal ao poder, prejudicou a manutenção e modernização da rede hospitalar pública do Brasil. O que já era arcaico ficou caótico e sucateado. As instituições hospitalares com gestão e capacidade de atendimento à população precárias, e, profissionais sem condições de trabalho iniciaram greves na área da saúde, que denunciaram o esgotamento do modelo vigente de atenção primária na saúde, centralizado nas instituições hospitalares – o modelo hospitalocêntrico, conforme abordado anteriormente.

Estratégias alternativas ao modelo hegemônico de gestão em saúde foram desenvolvidas em meados da década de 1990 e ganharam força no início dos anos 2000. Dentre essas estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e conselhos gestores de políticas públicas, destaca-se especialmente importante para essa pesquisa a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual detalharemos no item que segue.

### 1.3 POR UMA GESTÃO DA SAÚDE PREVENTIVA E DESCENTRALIZADA - A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Diante do contexto discutido no item anterior, o qual contribuiu para aumentar a crise na gestão do sistema de saúde pública do Brasil, fez-se necessário alternativas à organização do SUS no que diz respeito à atenção básica de saúde. O processo de reorientação da atenção básica se inicia a partir da segunda metade da década de 1990. Com o fortalecimento da atenção básica a saúde passa a ter lugar de destaque entre os programas e investimentos do Ministério da Saúde, dentre os quais dois programas são de importância especial para esta pesquisa: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o até então denominado Programa de Saúde da Família (PSF). A concepção e implantação destes programas provocou alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e nas formas de remuneração das ações, quanto na forma de organização dos serviços de saúde

(VIANA; DAL POZ, 1998).

A proposta do PSF consiste na superação do modelo assistencial (caracterizado como médico-privatista e hegemônico) com o objetivo de facilitar o acesso aos serviços de saúde e prestar um atendimento individualizado. A assistência se dá então, de forma mais acolhedora, o que permite a criação de vínculos com a comunidade e estabelece uma responsabilidade de manutenção da saúde dos usuários (MASCARENHAS; ALMEIDA, 2002).

A formulação do PACS em 1991 pelo Ministério da Saúde (MS) dá início à história do PSF. A família passou a ser enfocada como unidade de ação programática de saúde, e não somente o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura a ser contabilizada por família. A finalidade inicial do PACS foi a redução da mortalidade infantil e materna, porém, o MS percebeu que os agentes – figuras centrais neste programa - poderiam ser também peças importantes para a organização do serviço básico de saúde, tornando-se assim um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde. A consolidação do PACS ocorre em março de 1994 com a inserção do seu mecanismo de financiamento no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS (VIANA; DAL POZ, 1998).

Nessa mesma época foi concebido o PSF, numa reunião em Brasília, sobre o tema Saúde da Família. Naquele momento, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) era o órgão que se mostrava mais interessado em apoiar programas de atenção básica. A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) restringia-se a apoiar o desenvolvimento de sistemas locais de saúde. A prioridade de implantação do programa foi determinada pelo Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e obedecia aos seguintes fatores: interesse da comunidade; necessidades locais de saúde; oferta de serviços; estudo da demanda; existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal (VIANA; DAL POZ, 1998).

Buscando reorganizar e fortalecer a atenção básica, tornando-a mais resolutiva, e ainda de estabelecer vínculos de compromisso e responsabilidade entre profissionais de saúde e a população, numa prática de saúde integral e participativa, o MS apresenta em 1994 o PSF. No ano seguinte, o programa foi transferido da

Fundação Nacional de Saúde (FNS) para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Esta transferência significou um rompimento operado através de convênio. A partir dessa transferência, as discussões acerca da remuneração do PSF pela tabela de procedimentos do SIA-SUS (superando a forma convenial) se iniciaram. Posteriormente, em janeiro de 1996, a inclusão no SIA-SUS ocorreu e estabeleceu que a consulta do PSF fosse equivalente ao dobro da consulta do SUS (VIANA; DAL POZ, 1998).

Destaca-se com isso, a intenção de que o PSF perdesse o caráter de programa e assumisse um papel reestruturante dos serviços passando a ser um instrumento de (re)organização e de (re)estruturação do SUS. Dessa forma, a atenção básica passou a ser peça fundamental nas mudanças propostas pela NOB-96<sup>5</sup> (VIANA; DAL POZ, 1998).

Segundo Calado (2002, p.28)

[...] configuravam-se no SUS dois modelos de assistência: o tradicional e o da família associado aos agentes, porém, com remuneração diferenciada para o segundo, de forma a pressionar sua expansão e adoção, de forma exclusiva, nas áreas de maior risco e junto às populações mais carentes.

O PSF colaborou para o estabelecimento de alianças na política de saúde entre gestores locais, técnicos externos à área da saúde e associações da comunidade. Esta nova tríade, segundo os autores, foi suficiente para neutralizar os opositores da estratégia. O PSF pode ser considerado também como um instrumento de mudanças nas formas e desenho de operação das políticas sociais: novas modalidades de gestão e novos tipos de parceria público/privado na área da saúde (VIANA; DAL POZ, 1998).

O Ministério da Saúde considera que a atenção no PSF

[...] está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de

---

<sup>5</sup>A NOB-96, Norma Operacional Básica do SUS, publicada no diário oficial em 6/11/1996 tem por finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor local da atenção à saúde, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (DATASUS, 2008).



intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2001b, p.5).

A Saúde da Família passa a ser a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e operar seus princípios fundamentais, a saber: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Dessa forma, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como passa a ser denominado o antigo “programa”, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, se torna possível por algumas características estabelecidas a partir da noção de território geográfico, a saber:

- A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) é responsável por um território onde vive um determinado número de famílias, que será cadastrado pela Equipe de Saúde da Família (EqSF).
- A partir do cadastramento é possível um diagnóstico inicial de saúde da comunidade local, que deve ser feito pela equipe com o apoio da comunidade e das lideranças locais, bem como do conselho de saúde local<sup>6</sup>.
- As informações fornecidas pelo cadastramento e pelo diagnóstico de saúde possibilitam que a equipe identifique quais pessoas ou famílias necessitam de uma atenção especial que pode se dar em função de um desequilíbrio iminente ou já instalado ou por estarem inseridas em uma área com maior risco de adoecer ou morrer.
- A partir desta identificação a equipe terá como priorizar as ações programáticas requeridas para o enfrentamento dos problemas diagnosticados.
- A estratégia possibilita ainda a criação de um espaço privilegiado para se trabalhar com a incorporação de hábitos saudáveis, potencializando o enfoque da promoção e prevenção em todo o processo de atenção à saúde, o que se dá através do estabelecimento do vínculo entre o indivíduo e a equipe.
- O trabalho que a equipe realiza permite a identificação de problemas cuja resolução requer ações que ultrapassem o setor saúde, potencializando as parcerias e articulações intersetoriais (BRASIL 2001b).

---

<sup>6</sup> Os conselhos de saúde – municipais, estaduais e federais marcam a participação social e envolvimento ativo da

A ESF está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF) que prioriza as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e reabilitação de agravos, através de sua equipe multiprofissional, responsável por uma determinada população que varia de 2400 a 4500 pessoas e é formada por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde – ACS (BRASIL, 2001a).

A EqSF trabalha no formato de dedicação integral à saúde da comunidade, consolidando o vínculo com o usuário, conhecendo sua residência, os membros de sua família, sua história de vida, saúde e doença. O objetivo é manter uma maior integração com o indivíduo e sua família, fundamento essencial do PSF. A equipe que constrói ações ativas, ou seja, busca os usuários ao invés de esperá-los chegar ao serviço de saúde, possibilita a criação do vínculo afetivo entre as pessoas e a equipe. Na necessidade de encaminhamento dos pacientes para os especialistas ou hospitais, a EqSF continua responsável pelo acompanhamento das pessoas estreitando, ainda mais, tais vínculos afetivos (BRASIL, 2001a).

Finalmente, a ESF tem além dos princípios básicos que caracterizam o SUS, alguns princípios centrais:

- Desenvolvimento de um novo processo de trabalho nos cuidados à saúde;
- Envolvimento de profissionais que compõem a EqSF e agregamento progressivo de outros profissionais / equipe multiprofissional;
- Adscrição de famílias vinculadas à USF; promoção de atendimento por médico de família com capacidade de resolver de 80 a 90% dos problemas de saúde;
- Atenção integral à saúde dos indivíduos e das famílias e articulação do atendimento com a rede de serviços de saúde / referência e contra – referência (CORDEIRO, 2000).

Estavam estabelecidas as bases legais para a transição do modelo centralizado no hospital, caracterizado na tríade médico-hospital-remédio e tendo como concepção de saúde a cura da doença, para o modelo de saúde descentralizado, baseado na saúde preventiva, tendo como atores principais os Agentes Comunitários de Saúde

(ACS) que percorrem os territórios geográficos em busca de manutenção e prevenção da saúde dos usuários, configurando os processos de trabalho nos quais essa pesquisa pretende dar foco.

Após a discussão das forças que se colocaram como pano de fundo para as mudanças no campo da saúde pública no Brasil e para a introdução da ESF neste cenário, passemos à discussão do campo problemático, objetivos, justificativa e relevância de estudos da pesquisa.

#### 1.4 CAMPO PROBLEMÁTICO

Em toda pesquisa o esboço do problema é parte imprescindível do projeto. É recorrente a fala entre os professores de Metodologia da Pesquisa ou entre pesquisadores, que sem um problema bem delimitado não se deve ir a campo, pois não se saberia o que se quer pesquisar ou em que detalhes se atentar; o que “observar”.

Apoiadas em Kastrup (2007a) apresentamos uma ressalva a essa lógica hegemônica de se ter um problema pronto e bem definido antes de ir a campo. A autora afirma que o problema não existe antes que o pesquisador vá a campo, pois esse vai se desenhando no processo de pesquisar. Ela reitera que, entrar em campo e praticar a pesquisa redesenha sempre o “campo problemático” (expressão de sua preferência) e deve redesenhar, pois, um campo que não invoca o pesquisador a reformular o seu problema sinaliza para que o mesmo seja um falso problema, ou seja, sinaliza que o problema colocado já tenha resposta pronta antes que a pesquisa seja feita.

Dadas as considerações apresentadas, ao se lançar no campo, diante da problemática oferecida pela leitura e pelas conversas com professores, profissionais de saúde e pesquisadores da área, produzimos as seguintes inquietações: que desafios há nos processos de trabalho dos agentes comunitários de saúde da USF Ilha das Caieiras? Como são demandados e como se dá a gestão dos usos de si destes profissionais em suas atividades de trabalho?

E, munidos de tais inquietações, implicamos algumas pretensões do estudo no encontro com o campo de pesquisa, a seguir.

## 1.5 PRETENSÕES DO ESTUDO

Desde o princípio da pesquisa, querer conhecer o campo nos inquietava, conhecer qual coletivo de forças ali se colocaria e a co-produção sujeito e objeto, pesquisador e pesquisado (BENEVIDES DE BARROS, 2007). Ao longo do processo, os encontros em campo nos levaram a afirmar a pretensão de, com uma postura cartográfica, acompanhar os processos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Unidade de Saúde da Família (USF) Ilha das Caieiras, analisando os desafios, as convocações e usos de si demandadas e geridas no trabalho “vivo e em atividade” destes profissionais.

O percurso da pesquisa nos mostrou que para operarmos tais pretensões, outros caminhos deveriam ser percorridos, dentre os quais destacamos:

- Estudar a proposta de saúde preventiva operacionalizada pela criação da Estratégia de Saúde da Família e suas concepções de gestão;
- Observar como as forças políticas<sup>7</sup> influenciam a gestão do trabalho dos agentes comunitários de saúde na unidade escolhida para a pesquisa;
- Pesquisar a organização do trabalho prescrita pela política governamental que criou a ESF e o papel dos ACS nesta rede de trabalho;
- Analisar como as atividades de trabalho destes profissionais demandam convocações que escapam à prescrição e como eles lidam com estas convocações na gestão do seu trabalho.

## 1.6 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Esta dissertação pretende contribuir para a gestão da Saúde Pública a medida que

---

<sup>7</sup> Esse conceito é chave para operar o que afirmamos em nossa pesquisa. Tomamos a idéia de Deleuze e Parnet (1998) e de alguns de seus interlocutores como Guatarri e Rolnik (2005) de que a política é formada por forças – a micro e a macropolítica. Mas não se pode estabelecer entre elas a idéia de dualismo, pois a micro e a macropolítica não se opõem. Micro não está aqui e macro não está lá. Essas forças se constituem a todo tempo. A macropolítica, ou seja, as políticas públicas, o poder do Estado, da sociedade atravessa cada um de nós, atravessa nosso cotidiano e compõe com a micropolítica que é a política do desejo, num movimento incessante. Numa fala de Cecília Coimbra no II Encontro de Psicologia e Questões Contemporâneas, realizado no dia 03/10/2008 pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional da UFES “macro e micro não se opõem, se compõem, e isso depende de com quem você se alia, quem são seus parceiros”.

apresenta dados relativos aos processos de trabalho de profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família em uma região composta por cinco bairros habitados por população considerada de baixa renda<sup>8</sup> de Vitória, a qual depende quase exclusivamente do atendimento do SUS para a utilização dos serviços de saúde.

Com o material produzido por essa pesquisa, ter-se-á uma perspectiva da realidade do trabalho dos ACS e as forças políticas que são engendradas em seu “trabalho vivo e em atividade”, podendo fornecer subsídios para uma concepção de gestão da ESF que contemple as especificidades que compõem as atividades de trabalho destes profissionais.

Tendo em vista que já fôra desenvolvida uma pesquisa com proposta semelhante a esta, em outra USF, no Programa de Pós-Graduação em Administração, no período 2005-2007<sup>9</sup>, a pesquisa que este relatório descreve pode servir como importante instrumento para analisar como a produção social do espaço que corresponde ao território de cada USF influencia na gestão das atividades exercidas pelos profissionais inseridos na rede de trabalho em saúde.

Diante das análises de duas pesquisas produzidas em diferentes USF que atendem a populações com demandas diferentes e inseridas em espaços socialmente distintos, porém implementadas sob um mesmo modelo de gestão, esta pesquisa pretende subsidiar estratégias de Gestão Pública que levem em conta as singularidades que emergem na relação território/ACS/produção de saúde da população usuária.

No campo da Administração, a relevância desta pesquisa se dá pela importância de se estudar os processos de trabalho pela perspectiva da gestão feita pelos profissionais envolvidos nas atividades de trabalho e não somente estudar o trabalho como categoria abstrata e generalizável, pensado pelos ‘especialistas’ – que

---

<sup>8</sup> Segundo dados da Gerência de Informações Municipais da Prefeitura Municipal de Vitória a renda média mensal das famílias da região que compreende estes bairros é inferior a 1,5 salários mínimos, dado que para o IBGE é classificado como baixa renda (Disponível em <<http://www.vitoria.es.gov.br/regionais/dados/trabalho>>. Acesso em 29/10/2008).

<sup>9</sup> O relatório final da pesquisa citada é a dissertação de Mestrado com o título *A Estratégia de Saúde da Família: uma contribuição da análise ergológica à administração*, produzida pelo pesquisador Henrique Antônio Casagrande Dias de Almeida sob a orientação da professora Doutora Mônica de Fátima Bianco, defendida em 28/02/2007, que propôs-se a estudar a concepção de gestão de uma USF em um bairro considerado de classe média de Vitória - Jardim da Penha.

concebem os processos de trabalho – e a ser executado pelos trabalhadores numa relação *top-down*. É isso que pretendemos afirmar, a importância de estudar a gestão dos processos de trabalho em suas manifestações mais singulares, a microgestão, ou seja, estudar a gestão pelas práticas que se dão nas atividades de trabalho.

No capítulo que segue apresentamos Ergologia e seus preceitos teórico-metodológicos que utilizaremos como ferramentas conceituais para pensar as situações que emergiram no movimento de acompanhar as atividades de trabalho dos ACS no território da USF Ilha das Caieiras.

## 2 O TRABALHO, ESSE COMPLEXO OBJETO DE ESTUDO, OLHADO SOB O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE

Este capítulo nos ajudará a pensar os conceitos necessários para o estudo dos processos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e nos alertar para as micro-gestões deste trabalho em atividade. É a nossa “caixa de ferramentas” teórico-conceitual. As idéias aqui reunidas pretendem dar o suporte para a análise do campo problemático da pesquisa sem a pretensão de categorizar o objeto e classificá-lo, e sim a investigar, problematizar e tensionar ainda mais esse campo.

Exatamente. Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico, que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas. É curioso que seja um autor que é considerado um puro intelectual, Proust, que o tenha dito tão claramente: *tratem meus livros como óculos dirigidos para fora, e, se eles não servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate. A teoria não totaliza; a teoria se multiplica e multiplica* (DELEUZE; FOUCAULT, 1989, p.71).

Para discutirmos esse trabalho, buscamos interlocuções com autores como Terssac e Maggi (2004), Daniellou (2004), Daniellou, Laville e Teiger (1989), Leplat (2004) Wisner (1994), Montmollin (2005), Guérin et al. (2004), Durrive (2001), Schwartz (1998, 2000, 2002, 2003, 2004a, 2004b, 2004c, 2007a, 2007b) e Schwartz e Durrive (2001, 2007), Schwartz, Duc e Durrive (2007a, 2007b, 2007c), Durrafourg (1998) e Duraffourg, Duc e Durrive (2007) principais representantes franceses da corrente de estudos Ergonômicos e Ergológicos. Lançamos mão ainda de bricolagens de estudos de autores brasileiros na perspectiva da Ergologia como Vieira (2004), Telles e Alvarez (2004), Figueiredo (2004), Athayde (2004), Rosa (2001), além da publicação das discussões ocorridas nos anais I Encontro Franco-Brasileiro de Análise Pluridisciplinar do Trabalho realizado em 2001 em Niterói, Rio de Janeiro.

Apesar de muito se discutir sobre a categoria trabalho, ainda há muita divergência sob os pontos de vista dos autores a respeito dessa categoria de estudos. Segundo Terssac e Maggi (2004) a noção de trabalho varia em cada sociedade, sendo que algumas reservam-na para atividades penosas ou para atividades que exigem apenas o saber-fazer técnico, ou seja, a habilidade de lidar com ferramentas. Enquanto em outras sociedades o trabalho abarca não somente as atividades físicas

como também as intelectuais; o fato de pensar.

No entanto não podemos deixar de discutir as mudanças que o trabalho tem sofrido, em especial a partir dos anos 1980. Afirmam Schwartz, Duc e Durrive (2007a) que a mudança da qual falamos não é antecipável. Ela existe, e pode ser percebida com o crescimento do setor de serviço, das telecomunicações, das estratégias de educação e transmissão a distância e com as automatizações. Isso faz com que algumas formas clássicas de trabalho entrem em declínio. Porém, os autores alertam que as profecias sobre o fim do trabalho que datam da mesma época são infundadas pois, se algumas formas de trabalho entraram em declínio outras novas formas de trabalhar surgem.

Na produção desta pesquisa, pactuamos com Durrive (2001) princípios de superação das representações que herdamos do taylorismo, da separação entre os que pensam o trabalho dos que o executa, ou seja, os intelectuais dos braçais. Buscamos também superar a idéia de trabalho, presente no senso comum, como sendo:

- confundido com emprego;
- confundido com tarefa;
- produto de um indivíduo isolado; e
- produto de um operador substituível.

Afirmamos, apoiados no mesmo autor, que trabalhar é decidir em meio a uma multidão de compromissos entre os ditados pelo corpo – corpo esse adestrado, cada um a sua maneira – em busca da solução de problemas. Trabalhar é também decidir em função da evolução de um meio no qual estamos inseridos – meio este infiel porque histórico - , se distanciar e ao mesmo tempo se arriscar a uma leitura das prescrições e normas que nos são impostas. E trabalhar é ainda mobilizar recursos pessoais - às vezes íntimos e nem sempre conscientes – para fazer escolhas e gerir variabilidades em situações de trabalho. Para Guérin et. al. (2004) O trabalho só se pode realizar na existência da tríade : atividade, condições [de trabalho] e resultado da atividade.

Esse trabalho, por mais simples e repetitivo que possa parecer é um processo de acumulação e transmissão de uma habilidade profissional – de quem o executa - ,



portanto, traz consigo uma história individual e coletiva que o torna complexo, enigmático e parcialmente impossível de se antecipar (DURAFFOURG, 1998; LEPLAT, 2004; TERSSAC; MAGGI, 2004).

Segundo Duraffourg (1998), a complexidade do trabalho resulta da gestão das variabilidades das condições para a realização deste trabalho, mas é difícil explicar essa complexidade em palavras, sem olhar o trabalho em atividade pois ela só é testada através da experiência. Para Terssac e Maggi (2004) e Schwartz (2004b) há um mundo de (micro) variabilidades a ser gerido e essa gestão exige a elaboração de estratégias de antecipação, de procedimentos de troca de informações – muitas vezes informais – de processos complexos de regulações individuais e coletivas. Dessa forma, trabalhar é sempre gerir defasagens continuamente renovadas (DURAFFOUG; DUC; DURRIVE, 2007).

Na visão dos três autores

Para trabalhar, é necessário que haja um prescrito, um conjunto – de objetivos, de procedimentos, de regras – relativo aos resultados esperados e à maneira de obtê-los. Quem prescreve? Em termos gerais, é a sociedade que prescreve. Neste sentido, a finalidade do trabalho é exterior ao homem tomado enquanto indivíduo isolado: a atividade de trabalho é, de imediato, social. Ela permite a cada um se produzir como ser social, mas este processo não resulta de uma simples aplicação do prescrito. Estas diferenças entre o que te é demandado e o que se passa na realidade, devem ser geridas. E estas distâncias são irredutíveis: irredutíveis! (DURAFFOUG; DUC; DURRIVE, 2007, p.68-69)

E para falar de trabalho sob o ponto de vista da atividade tomamos esta como sendo um núcleo de renormalização. O desafio é que nós no dia-a-dia do trabalho não nos limitemos a executar instruções, procedimentos e normas, mas estejamos sempre a re-singularizar as condições de trabalho, renormalizando. Toda atividade é singular e se inscreve na complexidade de uma situação de um encontro de encontros; uma negociação de múltiplos registros – econômico, técnico, subjetivo, etc – que o trabalho conjuga. Ela é portanto, um retrabalho de normas, fonte de novos saberes que estão ‘em gestação’(DURRIVE, 2001; SCHWARTZ, 2004a). Saberes esses, que segundo Guérin et. al (2004) estão presentes todos os dias no trabalho, ainda que nem sempre sejam formalizados, expressos e reconhecidos.

Nas palavras de Durrive (2001, p.77) a atividade é um operador sintético, que combina de maneira sempre original os fatores que determinam sua realização – o econômico, o político, o cultural, o social, o técnico, etc.. Confrontar-se com o

conceito de atividade é o mesmo que ultrapassar o muro da evidência, pois

- a atividade se distingue daquilo que a antecipa e a cerca: a tarefa e as condições de realização da tarefa, o emprego e as condições do emprego;
- a atividade viva mobiliza sinergias infinitamente diversas entre muitos atores, porque trabalhar é forçosamente se inscrever num projeto coletivo a ser executado num dado momento;
- a atividade nunca é anônima, nunca é indiferente à pessoa que trabalha; é caracterizada de forma única e singular.

Para Schwartz, Duc e Durrive (2007a) a apropriação do conceito de atividade como ponto de partida trata-se de um encaminhamento de conhecimento e uma incitação à transformação pois a partir da noção de atividade reconhece-se que não há nenhuma situação de trabalho que já não sinalize uma transformação ou uma tentativa. Para eles, a idéia de atividade é sempre um ‘fazer de outra forma’ ou ‘trabalhar de outra forma’.

Seguiremos para alguns conceitos da Ergonomia da Atividade e da Ergologia considerados importantes de serem inseridos na caixa de ferramentas para operar os princípios afirmados nesta pesquisa.

## 2.1 UMA ABORDAGEM PRELIMINAR, A ERGONOMIA DA ATIVIDADE

O estudo dos tempos e movimentos, de acordo com o paradigma taylorista, acrescido das linhas de montagem fordistas, foram práticas discursivas amplamente empregadas, no intuito de propagação de um modelo fabril – controle do tempo e do espaço na produção de mercadorias padronizadas – lentamente incorporadas ao cotidiano externo à fábrica. Os trabalhadores como engrenagens deveriam corresponder automaticamente aos comandos da chefia, porém, nenhum trabalho por mais simples que seja, encontra no corpo do “executante” um autômato (ATHAYDE, 1999).

De acordo com Guérin et. al. (2004) pesquisas demonstram que cada vez menos reivindica-se o taylorismo na organização do trabalho dentro das empresas e isso pode ser evidenciado com estratégias como grupos semi-autônomos, equipes multiprofissionais, círculos de qualidade. Mas, na prática a evolução da atividade de trabalho está em constante embate com os princípios tayloristas.

A despeito do que pensavam os cientistas do trabalho do século XX, esse trabalho especializado e padronizado, “sem conteúdo subjetivo”, ou sem participação do trabalhador, sem seus afetos e cognição, nunca existiu de fato. A essa organização formal, os trabalhadores respondem com uma contra-organização, que combina resistência e até inviabiliza as atividades prescritas.

A Ergonomia da Atividade afirma que o trabalho só pode ser realizado quando os operários não se limitam a simplesmente executar as ordens que lhe foram dadas. Segundo Wisner (1994), semelhante ao trabalho do pedreiro, ao obedecer às regras de seu ofício, resiste às ordens e dá-lhe outros significados, tornando possível a realização de sua obra. Remexer com a pá um monte de pedregulho está longe de ser uma operação simples do ponto de vista cognitivo. Essa afirmação clássica da Ergonomia da Atividade traz no momento de sua formulação inovações para o modo de entendimento do trabalho: não é possível um trabalho ser meramente executado; todo trabalho é impregnado de um saber, de uma inteligência, de aspectos que envolvem a participação ativa daquele que o faz.

A Ergonomia da Atividade ou de linhagem francesa difere da Ergonomia Clássica ou de linhagem anglo-saxã no modo de operar os conceitos/técnicas. A Ergonomia Clássica é uma disciplina ligada à adequação dos produtos em termos de relação homem-máquina, enquanto a Ergonomia da Atividade ao analisar ou precisar sobre o modo de fazer do trabalhador distancia-se do campo da adequação/normatização. Ao descolar das prescrições e focar o real do trabalho, isto é, aquilo que efetivamente se faz ao invés daquilo que está determinado para ser feito, há uma outra possibilidade de entender as atividades (MONTMOLLIN, 2005).

Para os teóricos da Ergonomia da Atividade o trabalho prescrito estabelece a maneira como o trabalho deve ser executado, incluindo o tempo das tarefas, uso correto das máquinas, normas e modos operatórios (a parte que pode ser observada de um método de trabalho, gestos, sua ordem no tempo e no espaço). Já o trabalho real é aquele que de fato é executado pelos operários envolto em todas as adversidades que envolvem o meio em que ele será desenvolvido e quem o desenvolverá. (DANIELLOU; LAVILLE; TEIGER, 1989).

Para a Ergonomia da Atividade a tarefa não é o trabalho mas o que a empresa prescreve que ‘deve ser’ feito pelo operador. Este desenvolve sua atividade em

tempo real tendo a atividade de trabalho como estratégia de adaptação à situação real de trabalho que é o objeto da prescrição. O que extrapola entre o prescrito e o real do trabalho faz emergir uma contradição sempre presente no ato de trabalho: 'o que é pedido [pela empresa]' sempre diverge do que 'a atividade demanda' (GUÉRIN et. al., 2004).

Segundo os mesmos autores, a Análise Ergonômica do Trabalho, analisa minuciosamente as atividades de trabalho. Ela analisa as estratégias – regulação, antecipação – que o operador lança mão para administrar a divergência entre o prescrito e o real da atividade, ou seja, a análise do sistema homem/tarefa. Como parte dessa tarefa passam a ser considerados relevantes, além das atividades de observação, as ações e as informações fornecidas pelos trabalhadores. Todas as atividades devem ser observadas, sejam elas prescritas, imprevistas ou até inconscientes. Há uma reviravolta no modo de analisar as relações, pois a partir da inclusão do ponto de vista do trabalhador, outros elementos começam a compor o cenário, como a organização real do trabalho.

Dessa maneira, a linhagem francesa da Ergonomia considera os fatores humanos e orienta-se para os aspectos psicológicos do trabalho, tais como a fadiga mental e a tomada de decisões. Esses elementos apontam para a diferença entre aquilo que lhe foi prescrito e aquilo que efetivamente é feito na atividade de cada trabalhador. Para essa disciplina, para analisar essas diferenças é fundamental considerar os conhecimentos e a experiência do trabalhador e no próprio contexto em que o trabalhador se insere, pois o mesmo, através destes "truques", consegue diminuir a carga mental que lhe é provocada pelas tarefas e consegue otimizar o seu tempo no trabalho (WISNER, 1994).

O Ergonomista parte de uma visão de ser humano como ator de sua situação, que se mobiliza para construir, nos coletivos de trabalho modos operatórios e interações diferentes dos que foram prescritos pela organização (DANIELLOU, 2004).

Segundo Guérin et. al. (2004) conhecer o trabalho é não mais adaptá-lo a partir do olhar do ergonomista, mas transformá-lo, deixando claro o distanciamento entre o trabalho designado por quem gerencia e aquele que de fato será executado pelo trabalhador. Dessa forma, o que interessa ao analista do trabalho não é a atividade por si só. Só se justifica compreender a atividade se isso produzir a transformação

do mesmo, e aí mora o perigo, pois para proceder a uma transformação do trabalho é necessário uma leitura crítica do funcionamento da organização, o que vai de encontro aos interesses dos patrões.

Uma outra possibilidade de analisar o trabalho vem se constituindo na França desde a década de 1980 no Departamento de Ergologia, da Universidade Aix en Provence, com o intuito de aliar a pesquisa acadêmica com os saberes produzidos pelos trabalhadores, potencializando trocas efetivas, e novas formas, ao mesmo tempo, de gestão de trabalho e de pesquisa.

De acordo com Schwartz (2004a), a Ergonomia teve o mérito de explicitar uma gama de conhecimentos e de saberes-fazer apoiado em experiências dos atos industriais, inclusive os de aparência mais simples. No entanto, considerando a limitação do aporte teórico da Ergonomia para leituras mais complexas e devido ao seu foco estar centrado no posto de trabalho em si, foi necessário criar um novo construto que permitisse tal análise, a Ergologia.

## 2.2 E NOS DESDOBRAMENTOS, A ERGOLOGIA

Para Schwartz (2003), reconhecido pesquisador, a Ergologia surgiu como discussão no campo do conhecimento a partir da década de 1980 entre ergonomistas da vertente francesa da Ergonomia. Os ergonomistas que trabalhavam nas empresas francesas passaram a refletir mais criticamente, sobre a autonomia que o trabalhador tinha diante do processo produtivo e as consequências que a percepção dos trabalhadores acerca disso poderia trazer.

Essa influência exercida pela Ergonomia francesa ao nascimento da Ergologia enquanto disciplina levou Yves Schwartz a afirmar que “a Ergologia é uma propedêutica da Ergonomia” (apud ALVAREZ; TELLES, 2004, p.72).

Schwartz e Durrive (2001, p.4-5) fazem a seguinte conceituação de Ergologia:

É uma via que tenta desenvolver dentro do campo das práticas sociais e com a finalidade de elaborar saberes formais, dispositivos de três pólos em toda parte que seja possível. Onde há uma dupla confrontação:

Confrontação dos saberes entre si;

Confrontação dos saberes com as experiências da atividade, estas, como matrizes de conhecimento.

Para Schwartz, Duc e Durrive (2007a) a Ergologia se mostra como um projeto de melhor conhecer, e, sobretudo melhor intervir nas situações de trabalho com o objetivo de transformá-las. Segundo eles, a perspectiva e o olhar da Ergologia buscam fazer um constante vaivém entre o macro e o micro. O macro que é geral e prescrito pela sociedade – portanto, histórico – e o micro que é infinitamente singular e pequeno, que se passa no dia-a-dia de cada atividade de trabalho. Ou seja, colocar para operar as experiências – dos trabalhadores – e os conceitos – dos especialistas – uns pelos outros. A isso eles chamaram de aprendizagem permanente dos debates de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade: é o ‘desconforto intelectual’ diante da fragilidade que o saber do especialista ou os conceitos representam para dar conta da complexidade do trabalho em atividade.

A Ergologia surge com uma proposta de análise da atividade de trabalho, de um olhar sobre o trabalho “vivo e em atividade”, no momento de sua execução, para observar que forças se articulam naquele momento, como o trabalhador se envolve e como ele convoca saberes que não estão prescritos ou normatizados, mas que são saberes acumulados pela experiência e pelo seu convívio social para executar sua atividade de trabalho (Schwartz, 2003).

Antes de iniciarmos a apresentação dos conceitos que colocamos para funcionar nesta pesquisa, achamos necessário pactuar alguns princípios. Dentre eles, que sempre há uma distância entre o real e o prescrito, a qual é sempre re-singularizada. A entidade que conduz e arbitra esta distância é simultaneamente de alma e corpo – é o ‘corpo si’, como veremos a frente –, e essa arbitragem mobiliza um complexo de valores, ou seja, a distância remete a um debate sobre os valores – valores da organização que prescreve o trabalho e valores de quem executa o trabalho. Dessa forma, o trabalho é sempre um encontro de valores (SCHWARTZ, 2007a).

Outro princípio que queremos pactuar no relato desta pesquisa é a dimensão coletiva do trabalho, dessa forma, toda ‘atividade individual’ de trabalho é coletiva. Por isso, ao falarmos de um trabalhador, ainda que estejamos falando de uma situação específica e uma determinada pessoa, há ali naquele fazer um trabalhador coletivo e ao mesmo tempo singular, pois nunca agimos de forma individual (DURAFFOURG; DUC; DURRIVE, 2007). Schwartz (2007b) denominou essa

dimensão de entidades coletivas relativamente pertinentes – ECRP. Ele afirma que em parte é na ECRP que se aloja a eficácia coletiva no trabalho e também os valores que são socialmente partilhados pelos trabalhadores. Segundo o autor, “para ser direto, trata-se de ‘entidades’ que são ‘coletivas’, que são ‘pertinentes’, mas sempre ‘relativamente’ – que são portanto, frágeis e que oferecem *um lugar de transição entre o político e o trabalho*” (p. 165, grifo do autor).

Para o projeto de análise que propõe, podemos dizer que a Ergologia se utiliza de alguns conceitos que nos são caros e tentaremos articulá-los a seguir. Dentre eles, normas antecedentes, valor, renormalização, dramáticas do uso de si – por si e pelos outros -, entidades coletivas relativamente pertinentes, corpo-si.

O princípio das normas antecedentes, engloba e amplia o conceito de trabalho prescrito de origem na Ergonomia (ALVAREZ; TELLES, 2004). Tais normas são tudo aquilo que encaminha uma ação a uma direção concebida *a priori* (daí “antecedentes”). Schwartz (1995) aponta três aspectos que demonstram o caráter híbrido da noção de normas antecedentes.

O primeiro deles consiste no fato de que estas normas contemplam “restrições de execução hétero-determinadas”, ou seja, há imposições do meio que freqüentemente são identificadas como algo negativo, algo a ser evitado, o prescrito é, às vezes “assimilado à expressão de um dogmatismo científico amparado por um poder social” (SCHWARTZ, 1995, p. 20), mas o autor ressalta que o prescrito, ou melhor, as normas antecedentes, desempenham um papel fundamental na atividade de trabalho, uma vez que são responsáveis pela determinação dos parâmetros elementares e necessários para que o trabalho ocorra.

Schwartz (1995) defende que normas são essenciais, mas, o que devemos analisar é que essas normas desempenham um papel que não é suficiente para a execução do trabalho, e aí entram os saberes da experiência do trabalhador que desempenha cada atividade de trabalho de forma diferenciada no plano do real.

Um segundo aspecto dessas normas antecedentes diz respeito à compreensão das normas antecedentes como construções históricas:

Duraffourg e seus colaboradores afirmam que a dimensão prescrita é o resultado de um patrimônio conceitual, científico e cultural. Precisaram ainda que, neste patrimônio, podemos identificar dentre outros, “o nível

técnico-científico atingido e a história sempre particular que conduziu a este nível, os saberes-fazer historicamente constituídos, as linguagens que os formalizam e que permitem sua expressão, os modos de vida que estruturam as relações ao tempo, ao espaço, à comunidade, etc” (SCHWARTZ, 1995, p. 20).

Baseados na afirmação anterior podemos dizer que as normas antecedentes são constituídas por “aquisições da inteligência e da experiência coletiva – portanto mais ou menos recebidas como bens ‘de todos’”. Este patrimônio, verdadeira matéria-prima das situações de trabalho, é influenciado por escolhas sócio-econômicas, que se representam sob a forma de objetivos, de decisões a respeito das condições e meios a serem empregados, além de dispositivos hierárquicos, de procedimentos de avaliação, entre outros (SCHWARTZ, 1995, p. 20).

Essas afirmações nos auxiliam a ratificar que as normas antecedentes possuem dimensão mais ampla se comparada à noção de trabalho prescrito. As normas antecedentes são permeadas por valores, cultura e ciência, em âmbito coletivo, social. Indo além, elas contemplam os meios físicos (materiais e equipamentos) para desenvolver as atividades. Duraffourg, Duc e Durrive (2007) reiteram que é preciso evitar atribuir às normas sentido pejorativo pois para trabalhar é muito importante ter um prescrito. Mas, eles lembram que a norma não é a única forma de antecipação, como discutido anteriormente, costumes que se criam nos coletivos de trabalho e hábitos são alguns exemplos de regra de funcionamento, e, são portanto, meios de antecipação.

Sendo o terceiro e último aspecto das normas antecedentes ligado aos valores que elas portam e que permeiam a organização do trabalho nas instituições e suas relações com o ambiente (SCHWARTZ, 1995).

Schwartz e Durrive (2001, p. 11) conceituam valor da seguinte forma:

No sentido subjetivo, é o peso que se atribui mais ou menos às coisas; uma hierarquia, um corte próprio a cada um, a propósito do qual se considera, prefere, ou ao contrário, que se negligencia, rejeita. Em certa medida, é a tentativa de cada um influenciar o meio no qual se encontra (exemplo: um escritório personalizado). O indivíduo não inventa seus valores, mas retrabalha incessantemente aqueles que o meio lhe propõe, singularizando-os parcialmente.

A partir dessa definição de valor, fica mais apreensível a seguinte colocação de Schwartz (2004a, p.148): “a atividade industriosa, como toda a atividade humana, contém uma arbitragem e por isto está relacionada a valores”. A importância dessa



categoria para a análise ergológica reside na pluralidade dos valores e como eles ajudarão a modificar, ou não, a norma antecedente. A renormalização das normas antecedentes se dá quando há um desencontro entre os valores que permeiam os valores da organização, a norma antecedente e os valores dos trabalhadores.

Para Duraffourg, Duc e Durrive (2007) os valores atravessam o micro da atividade, assim como atravessam toda a sociedade. E é somente através do fazer que se tem acesso aos valores que cada trabalhador engaja no trabalho.

Esses valores são “os parâmetros” que farão com que o indivíduo enquanto trabalhador opte por determinada conduta e, como a atividade de trabalho é repleta de escolhas, esses valores são constantemente requisitados. Assim, a análise da atividade está diretamente relacionada aos valores, e compreender a razão pela qual se optou por determinada conduta é o desafio a que a ergologia se propõe (SCHWARTZ, 2004a).

Esse caráter híbrido das normas antecedentes acima descrito influencia para que ocorra sempre uma reinvenção local, uma (re)configuração das normas feita por quem as executa (e com intensidades também variáveis de re-configuração), de forma que “toda a atividade de trabalho é sempre mais ou menos uma ‘dramática do uso de si’, tomada entre essas normas antecedentes e a necessidade de se dar à si mesmo normas, aí onde as primeiras estão ‘inacabadas’” (SCHWARTZ, 2003, p. 05).

Chegamos a outro conceito trabalhado pela Ergologia e da maior importância para a proposta desse trabalho, definido por Schwartz (1998, p. 104) como dramática do uso de si:

Situação em que o indivíduo tem de fazer escolhas, ou seja, arbitrar entre valores diferentes e, às vezes, contraditórios. Uma *dramatique* é, portanto, o lugar de uma verdadeira micro-história, essencialmente inaparente na qual cada um se vê na obrigação de se escolher ou escolher orientar sua atividade de tal ou tal modo. Afirmar que a atividade de trabalho não é senão uma *dramatique* do uso de si significa ir de encontro à idéia de que o trabalho é, para a maioria dos trabalhadores, uma atividade simples de “execução”, que não envolve realmente sua pessoa.

O termo ‘dramática’ remete à idéia de drama, pois toda escolha feita pelos trabalhadores quando da realização de cada atividade de trabalho é como um drama, uma peça teatral, onde ali se apresentam ao invés de textos decorados e

pré-concebidos, um verdadeiro embate de normas e valores “escolhidos” pelo trabalhador (DURRIVE; SCHWARTZ, 2007).

O termo “uso de si”, cunhado pelo autor francês em sua obra, pode ser observado no seguinte trecho:

[...] quando se diz que trabalho é uso de si, isto quer então dizer que ele é o lugar de um problema, de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a se negociar: há não execução, mas uso, e isto supõe um espectro contínuo de modalidades. É o indivíduo no seu ser que é convocado, são, mesmo no inaparente, recursos e capacidades infinitamente mais vastos que os que são explicitados, que a tarefa cotidiana requer, mesmo que este apelo possa ser globalmente esterilizante em relação às virtualidades individuais (SCHWARTZ, 2000, p.13).

A ergologia concebe esses “usos de si” de duas formas: o uso de si por si e o uso de si por outros. O uso de si pelos outros é, de forma ampla, entendido como o uso “que fazem de você” (SCHWARTZ, 2000, p. 15), ou, indo além, é o uso que trata do indivíduo imerso nas normas sócio-econômico-produtivas e nas instruções operacionais pré-concebidas e planejadas por outros. O uso de si por si é aquele que trata dos compromissos microgestionários (SCHWARTZ, 2004b, p. 25), ou o uso que cada um faz de si mesmo em suas escolhas. Cada trabalhador se posiciona de uma maneira entre esses dois usos, e, entender as forças que os levam a ocupar esse lugar-não-lugar-entre-lugar é também um desafio que a Ergologia se propõe.

Se as normas não antecipam tudo, conforme já pactuamos, então trabalhar é fazer escolhas, é arriscar, é fazer uso de si em função de coletivos não impostos. Dessa forma, podemos afirmar que não existe meramente execução, e sim uso: toda atividade, todo trabalho é sempre uso - uso de si por si, uso de si pelos outros. O uso de si pelos outros consiste no fato de todo universo de atividade de trabalho ser atravessado por normas, sejam elas científicas, técnicas, organizacionais, gestionárias, hierárquicas, etc. (SCHWARTZ; DUC. DURRIVE, 2007b).

O uso de si por si mesmo é a convocação que cada trabalhador faz para julgar, pensar e interpretar as normas que lhes são colocadas e que são sempre objeto de debates e confrontos por parte de cada ser humano, recriando-as, modificando-as, renormalizando-as, criando novas normas que produzem condições de vida (ROSA, 2001). Para Duraffourg, Duc e Durrive (2007, p.70) “o uso de si por si é o uso do seu corpo, da sua inteligência, da sua história, da sua sensibilidade, dos seus gostos”.

O uso de si é um conceito central de análise no aporte teórico da Ergologia, principalmente o uso de si por si mesmo. Nele há toda uma história permeada por valores e critérios os quais re-combinados com o contexto sócio-cultural nos apresentam as escolhas feitas pelos trabalhadores em meio a um certo coletivo de trabalho obscuro que torna cada atividade única. É devido ao uso de si que o trabalhador procede às renormalizações, em busca de adequar à sua “realidade” (realidade apreensível pelo trabalhador) as normas antecedentes (SCHWARTZ, 2000, 2004a).

Segundo Schwartz, Duc e Durrive (2007b, p.197) é necessário articular permanentemente o uso de si pelos outros e o uso de si por si.

Pelos outros, que cruzam, como foi dito, toda atividade de trabalho; e por si, pois há sempre um destino a ser vivido, e ninguém poderá excluí-lo dessa exigência. Tal exigência é uma oportunidade, claro, pois é a possibilidade de “desanonimar” o meio, tentando fazer valer ali suas próprias normas de vida, suas próprias referências, através de uma síntese pessoal de valores.

Um outro conceito que é caro à nossa pesquisa é a renormalização. Visto como o processo de retrabalho das normas antecedentes que acontece em todas as situações de trabalho onde, levando-se em consideração as variabilidades do meio, os trabalhadores devem sempre arbitrar e encontrar os meios para atingir (e às vezes para não atingir) os objetivos fixados. Ou seja, as normas antecedentes, jamais suficientes para “dar conta” da situação presente, são retrabalhadas, ou colocadas à prova por um ser vivente, em busca de reconstruir seu meio em função do complexo de valores que localmente e singularmente é o seu (SCHWARTZ, 1998, 2000, 2004a, 2007a).

Ainda relativamente à renormalização, Schwartz (2000) critica a visão ‘rasa’ da relação homem-trabalho, na qual ela termina por negar a capacidade do sujeito de renormalizar não apenas sua atividade, mas todos os aspectos do meio que lhe impõem determinada coerção. O autor prossegue combatendo à homogeneização dos sujeitos, que ocorre por meio dos infinitos “modelos” que tentam circunscrever uma massa uniforme de trabalhadores inertes. Para Duraffourg, Duc e Durrive (2007) a renormalização remete a um constante esforço de antecipação do que se passa no real do trabalho. E, se a norma que é imprescindível para a realização do trabalho está do lado do prescrito, a renormalização está do lado da atividade.

É necessário ainda o entendimento de que o trabalho nunca é pura execução pois o meio no qual é possível a realização do mesmo é sempre infiel. Para Durrive (2001) o meio é infiel à idéia que dele fazemos e isso faz com que nós também sejamos infiéis ao que nos é demandado. Podemos dizer que o meio é duplamente infiel (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2007b). A primeira infidelidade pode ser descrita pelo fato de que ele jamais se repete exatamente de um dia para o outro ou de uma situação de trabalho para outra, ou seja, é impossível a padronização absoluta do meio. E gerir essa infidelidade, onde há um ‘vazio de normas’ – pois as normas antecedentes não dão conta dessa gestão uma vez que não há somente execução – demanda um ‘uso de si’. Cada trabalhador tenta lidar com essa lacuna anteriormente descrita à sua forma, com sua própria história, seus valores, uma vez que ele também não pode fazê-lo de forma padronizada. Dessa forma, cada trabalhador contribui para singularizar ainda mais o meio, acentuando sua variabilidade. Essa é a segunda infidelidade do meio pois ele não pode predeterminar a atividade viva.

Em toda atividade de trabalho há a presença do corpo, mesmo naquelas em que se pensa que o corpo está fora do jogo, ele está presente nas decisões, nas escolhas – sejam elas conscientes ou não. Isso faz parte das habilidades e dos saberes-fazer a que cada corpo se adentra sem que se possa explicar exatamente como – é o que chamamos de ‘corpo-si’ (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007c)

Para ilustrar esse adestramento do corpo pelos saberes da experiência, recorreremos a um exemplo dado numa palestra pela professora Denise Alvarez no simpósio Trabalho em Equipe Sob o Eixo da Integralidade: Valores, Saberes e Práticas realizado na UFES em 2007. A palestrante citou o exemplo de um trabalhador de uma plataforma de exploração de petróleo, que, trabalhando no turno noturno, operou uma máquina e revezou com o colega para descansar e adormeceu. De repente, ele acordou no meio do sono, foi até o colega que operava a máquina e pediu que ele parasse o processo pois algo estava errado. Ao examinar o bolso do seu macacão ele havia retirado uma peça da máquina e esquecido de colocá-la novamente, o que poderia produzir uma situação de risco no processo produtivo.

[...] a maneira pela qual vamos arbitrar e gerir essas variabilidades permanentes e essas dramáticas do uso de si entre o ‘por si’ e ‘pelos outros’ passa por economias do corpo, por sinalizações sensoriais e visuais, até nas atividades mais imateriais (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007b, p.198).

Para os mesmos autores, o 'corpo-si', árbitro mais íntimo da atividade, não é um 'sujeito' delimitado, definido, mas uma entidade enigmática que resiste às tentativas de ser objetivado. Dessa forma, somos remetidos à questão do sujeito, pois é o sujeito que remete às dramáticas do 'corpo-si'. Mas os autores preferem falar de 'corpo' – o 'corpo-si' – ao invés de subjetividade. Para eles o corpo é 'alguma coisa' que é biológico mas atravessado por nossa história, o que torna esse conceito mais complexo e problemático do que a noção de subjetividade.

Diante do exposto, normas antecedentes, valor, dramáticas do uso de si, ECRP, renormalização e corpo-si são princípios fundamentais que a Ergologia propõe, que estão estreitamente ligados uns aos outros e cuja compreensão faz-se necessária para entender que **trabalho é sempre gestão; escolha.**

O método proposto pela Ergologia para dar conta da análise do trabalho em atividade é o Dispositivo Dinâmico a 3 Pólos (DD3P). No primeiro pólo se situam os conceitos, os saberes técnicos, expressos pelas prescrições, enquanto no segundo pólo é onde se operam as renormalizações dos conceitos (normas antecedentes), assim descrito:

Pode-se, assim, chamar esse segundo pólo o das forças de apelo/re-evocação e de saberes "investidos": elas comportam exigências de conhecimentos (apelo a saberes), para elas mesmas remexerem com alguns, mas de forma parcialmente diferente, "investidas" na atividade e, portanto, dificilmente formuláveis em seqüências conceituais lineares. Experiências e saberes próprios da história em devir, em todos os níveis, do infinitesimal ao macroscópico, que elas remetem ao primeiro pólo para que sejam retrabalhados ("re-evocados") os conhecimentos nele propostos (SCHWARTZ, 2002, p. 146).

O terceiro e último pólo proposto até então é onde ocorre a confrontação dos dois primeiros. Embate dinâmico, ocorrendo o re-trabalho de saberes e valores, portanto, da própria atividade, rumo a futuros inantecipáveis e sempre abertos.

A colocação em palavras da atividade esbarra em todo tipo de obstáculos "genéricos" (papel do corpo, do inconsciente, incomensurabilidade relativa entre a linguagem e a atividade, dificuldade em exprimir o axiológico no fazer) e histórico-culturais (repartição desigual da "linguagem autorizada", peso das relações de poder). Sem uma filosofia militante, apta a identificar igualmente as legitimidades próprias de cada disciplina nesse terceiro pólo, sem um vivo sentimento de desconforto intelectual e social nos profissionais e sem a vontade conjunta, nos protagonistas engajados nas atividades socialmente transformadoras, de ampliar seu horizonte de vida, não haveria motivos para que a acareação dos dois primeiros pólos funcione em espiral positiva nem para que a intuição inicial desse terceiro pólo ganhe substância e busque estender-se através do corpo social (SCHWARTZ, 2002, p.147).

O autor faz uma ressalva, afirmando que tal dispositivo não tem a pretensão de ser um modelo revolucionário, espetacular, que reinventa séculos de trabalho, mas sim uma nova via aberta – também sujeita a renormalizações – para análise da categoria, ainda central em nossa sociedade, chamada trabalho.

A seguir discutiremos os caminhos percorridos, os princípios e os instrumentos que utilizamos no decorrer do processo da pesquisa e os desvios aos quais o campo nos conduziu.

### 3 A CONSTRUÇÃO DE *UM* CAMINHO NA PRODUÇÃO DA PESQUISA

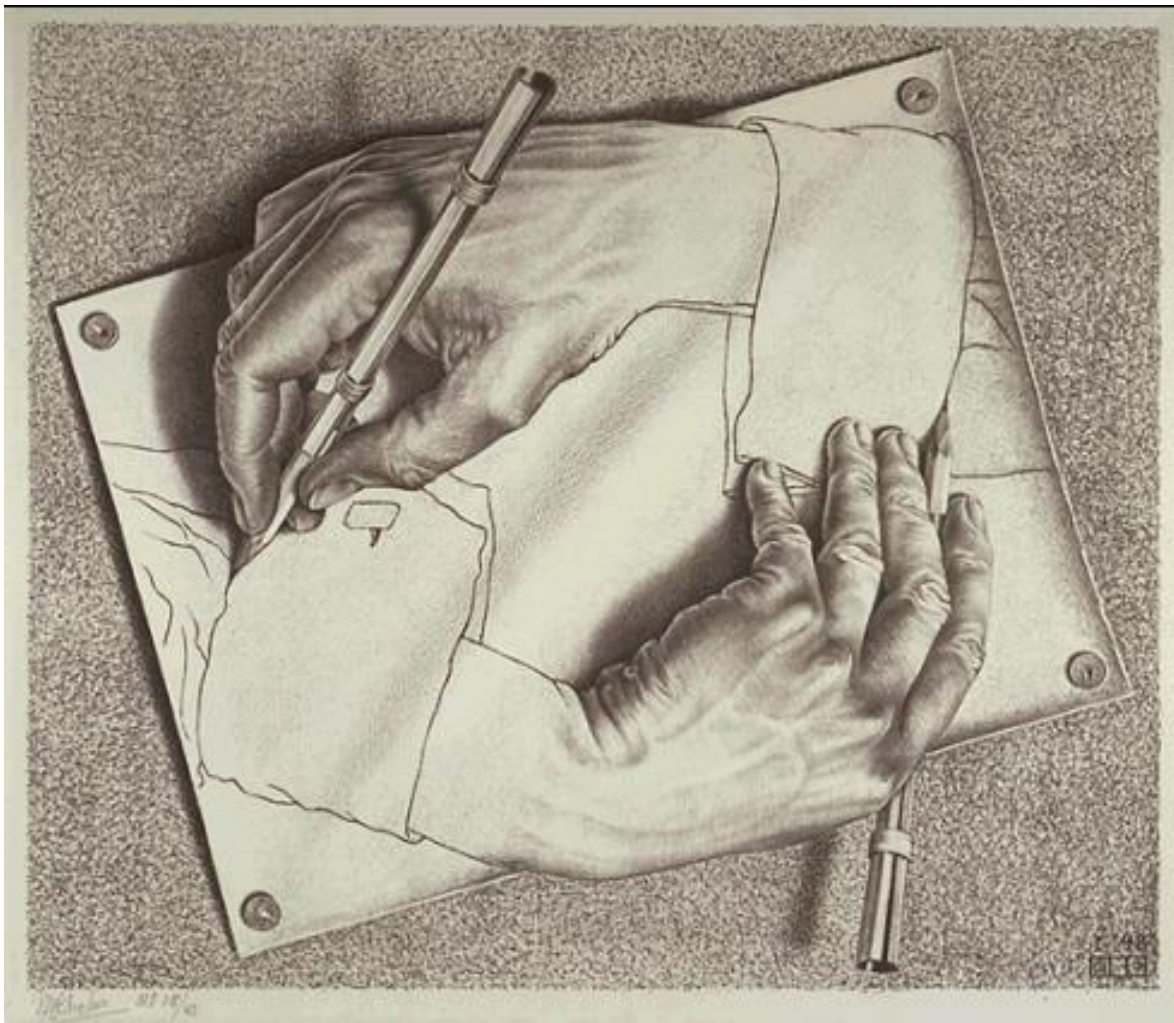


Figura 1: ESCHER. Disponível em : < <http://grupogels.blogspot.com/2008/09/relao-homem-linguagem-mundo.html> >. Acesso em 07/12/2008.

Neste capítulo pretendemos relatar a construção de um caminho, o qual seguimos na produção desta pesquisa, dando especial tratamento aos princípios que afirmamos, aos instrumentos e dispositivos por meio dos quais colocamos tais princípios para operar; aos colegas, filmes, músicas, imagens e encontros, que, funcionando como intercessores, agarramos e devoramos todos, e os trouxemos conosco neste exercício de escrita.

Começamos por esta figura que funcionou como intercessor quando ainda não sabíamos por onde começar. Ela nos foi apresentada num encontro da disciplina de Estudos Avançados em Metodologia de Pesquisa oferecida pela Programa de Pós Graduação em Educação, na qual participavam alunos do curso de Mestrado em Psicologia Institucional e em Educação, do curso de Doutorado em Educação e esta

pesquisadora. Após a apresentação da figura seguiu-se um longo debate sobre pesquisador e campo se construindo numa perspectiva de pesquisa como co-produção [saí daquele momento com o desejo de que assim o fosse com nossa pesquisa]. Mas eram mais dúvidas que respostas. Como operar esse modo de fazer pesquisa? Há um melhor método? Quais instrumentos e dispositivos utilizar?

Estas respostas foram se construindo nos encontros com o campo da pesquisa, com os colegas de disciplinas e grupos de estudos, com os autores dos livros consultados, com professores em seminários, palestras e bancas e vários outros intercessores que surgiram pelo caminho.

O relato que fazemos desse processo de construção da pesquisa, para além de ser o encontro do pesquisador com o campo em busca de acompanhar os processos de trabalho dos agentes comunitários de saúde que atuam no território da Unidade de Saúde Ilha das Caieiras é sobretudo a descrição do processo de trabalho e gestão de uma pesquisa, da produção de uma dissertação. Trata-se portanto, de um encontro de processos de trabalho, em que ambos apresentam desafios e demandam gestões, escolhas de quais caminhos percorrer. Dessa forma, pretendemos ao publicizar o processo de pesquisa, por meio do exercício da escrita falar também do processo de trabalho do pesquisador no encontro com o campo.

Se tomarmos pela origem da palavra Método, do grego *méthodos* refere-se ao alcance de um objetivo, um fim. E *hodos*, igualmente de origem grega, significa caminho. Dessa forma, entendemos método como o caminho para se atingir um fim, um objetivo.

Nas pesquisas de tradição científica “mais rígida”, os aspectos metodológicos procuram retratar um caminho traçado para chegar a um objetivo, proposto “a priori” da forma mais eficiente e eficaz possível. O método, dessa forma, abre portas para uma realidade que já existe, bastando o pesquisador escolher os instrumentos corretos para ter acesso a ela. Nelas os resultados podem se tornar mais importante que o caminho a ser trilhado durante a pesquisa.

Inquietos intelectualmente diante dessa supervalorização do resultado em detrimento do caminho da pesquisa, pesquisadores, alguns deles ligados à Universidade Federal Fluminense (UFF), representados por Eduardo Passos e



Regina Benevides de Barros, propõem-se a pensar inversamente, *Hodosmeta*<sup>10</sup>, ao invés de *métodos*. Essa idéia nos leva a pensar que a meta é construída **pelo e no** caminho.

A proposta de *hodosmeta* significa pensarmos que não há um mundo pronto a ser buscado e representado, não há uma verdade absoluta. Há sim um plano de produção da realidade, onde o ato de realização, do pesquisador e do objeto pesquisado criam-se no encontro, se constroem nas relações, nas conexões que se engendram nesse plano de produção.

É importante ressaltar que apesar de a perspectiva proposta pela *hodosmeta* determinar a criação da meta pelo caminho, isso não significa um descaso com o rigor metodológico. Esse caminhar *hodosmetaódico* possui princípios (não conceitos) e diretrizes que devem ser observados no fazer pesquisa.

Ressaltamos que embora afirmemos os princípios *hodosmetaódicos* no processo de produção da pesquisa, utilizaremos as terminologias método, metodologia e suas derivações para relatar e fundamentar nosso percurso. Isso se dá em razão de os interlocutores os quais nos baseamos para fundamentar a cartografia assim fazê-lo e por questão de legitimidade no meio acadêmico. E, entendemos que esse jogo de palavras não produziu efeitos sobre nossa postura quando da realização desta pesquisa.

Optamos por não desenvolver aqui uma discussão sobre as tipologias classificatórias dos métodos de pesquisa no entendimento de que essa discussão já ocupou lugar considerável nos debates da academia entre autores dos quais citamos apenas alguns que consultamos tais como Santos (1999), Khun (2006) e Vergara (2005). Partimos da afirmação de que toda pesquisa é intervenção (LOURAU, 1993; HERCKERT e BARROS, 2007; BENEVIDES DE BARROS, 2007) e produz novas realidades a medida que ocorre tal intervenção há novas outras relações si-mundo que se constroem (KASTRUP, 1999). “Sujeito e objeto, pesquisador e campo de pesquisa, se criam ao mesmo tempo. As práticas produzem

---

<sup>10</sup> Idéia proposta por Eduardo Passos e Regina Benevides na disciplina de Metodologia da Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFF, ao qual tivemos acesso numa disciplina cursada no Programa de Pós-Graduação em Educação no semestre 2008/01.

os objetos, assim como produzem também políticas de subjetivação” (BENEVIDES DE BARROS, 2007, p.232).

Se algo estava claro para nós até esse momento era que buscávamos práticas que ao operarem no processo de pesquisar afirmassem a vida, ou seja, que produzissem possibilidades de vida.

Já no campo, estávamos diante do desafio: encontrar um método que nos auxiliasse a analisar os processos de trabalho dos ACS e captar nesse movimento aquilo que escapa ao que está prescrito nas normas que norteiam o trabalho destes profissionais, e que está além das falas formais e das reuniões. Foi preciso nos lançarmos junto com eles em sua jornada diária de trabalho utilizando princípios e ferramentas que a cartografia afirma.

### 3.1 CARTOGRAFIA – UMA DISCUSSÃO TEÓRICA

Optamos pela cartografia como postura, a qual oferece princípios que nos norteia para um caminhar metodológico e que possibilita acompanhar fenômenos que não são estanques tampouco pré-definidos, mas têm caráter dinâmico e processual, que se constroem no coletivo e disparam no pesquisador e no objeto pesquisado dispositivos de produção de subjetividade<sup>11</sup>.

Nesta concepção, toda atividade de pesquisa deve ter como princípio “arrancar” o pesquisador de lugares estáveis e desterritorializá-lo para produzir deslocamento no campo dos saberes. Pensar a potência criadora do processo de construção do conhecimento, potência de coengendramento recíproco e indissociável de si e do mundo (KASTRUP, 2007b; MATURANA; VARELA, 2007).

Por meio das obras de Rolnik (2005, 2006), Kastrup (2004, 2007a, 2007b), Fonseca e Kirst (2003), Kastrup e Benevides de Barros (s/d) e outros pesquisadores entendemos que a cartografia surge como uma discussão metodológica que se

---

<sup>11</sup> Entendemos subjetividade nesse trabalho como Deleuze e Guatarri (1995) chamam de processo de produção de subjetividade. Para os autores, subjetividades são produções sociais que se constituem através dos encontros, dos grupos. Elas são historicamente dadas e datadas e se fazem visíveis apenas através de acontecimentos. Nesse processo de produção de subjetividades, o singular e o coletivo não são dois termos cunhados com sentidos antagônicos, com uma relação de causalidade, se compreensão ou expressão do tipo causa-efeito, sujeito-objeto. Eles são uma só e mesma realidade de produtor e produto.

constrói e se atualiza a cada encontro entre sujeito e objeto/ pesquisador e campo de pesquisa.

Ainda há restrições quanto a aceitação da cartografia como perspectiva metodológica, em especial por parte dos pesquisadores que se pautam na busca da verdade que a ciência encontrou na modernidade respaldo e campo fértil para se desenvolver, principalmente em áreas de conhecimento que privilegiam pesquisas com metodologias menos construtivistas, dentre elas podemos citar a Administração<sup>12</sup>. Para reiterar essa afirmação trazemos a referência a um artigo produzido por aluno e professor do PPGAdm que discute a utilização de metodologias chamadas pós modernas, dentre elas a cartografia, em estudos organizacionais (SOUZA; BIANCO; SILVA, 2006).

O termo cartografia busca na geografia certas especificidades para criar relações diferentes entre territórios e dar conta de um espaço. Uma delas faz referência a idéia de mapa, contrapondo à topologia quantitativa, que categoriza o terreno de forma estável e extensa; uma outra de cunho dinâmico, que procura capturar intensidades, acompanhando as transformações ocorridas no terreno percorrido e a implicação do sujeito percebido no mundo cartografado (FONSECA; KIRST, 2003).

A proposta da cartografia como postura metodológica é estudar paisagens diferentes das paisagens terrestres, ou seja, uma cartografia das paisagens psicossociais, as quais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo, em que o desmarchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornam-se obsoletos (ROLNIK, 2006).

A cartografia procura analisar as mutações sociais, ou seja, a processualidade destas transformações. Dessa forma, o cartógrafo não quer desenhar um mapa, não quer tirar uma fotografia estática e fixa de um fenômeno social. O cartógrafo quer estudar a vida em movimento, quer analisar o processo de constituição de novas realidades. Em oposição aos mapas que servem para a representação de um todo

---

<sup>12</sup> Vale aqui uma ressalva de que entre os Programas de Pós-Graduação em Administração no Brasil o único que tem publicado trabalhos desenvolvidos na perspectiva cartográfica é o PPGAdm-UFES, e entendemos que essa é uma construção que se dá pela prática de transdisciplinaridade com outros programas de Pós-Graduação.

estático, a cartografia “é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem” (ROLNIK, 2006, p.23).

O mapa cobre apenas o visível, algo que tem forma definida. Entretanto, a micropolítica marca processos, devires, matérias não formadas. Nada no nível micropolítico é “fixo, nada mais é origem, nada mais é centro, nada mais é periferia” (ROLNIK, 2006, p.62).

**A cartografia, diferentemente do mapa, é a inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, suas mutações:** ela acompanha os movimentos invisíveis e imprevisíveis da terra – aqui, movimentos do desejo –, que vão transfigurando, imperceptivelmente, a paisagem vigente (ROLNIK, 2006, p. 62, grifo da autora).

Nessa perspectiva,

cartografar remonta a uma tempestade... Tempestade de escolher rotas a serem criadas, construir uma geografia de endereços, de registros de navegação, buscar passagens... Dentro do oceano da produção de conhecimento, cartografar é desenhar, tramar movimentações em acoplamentos entre mar e navegador, compondo multiplicidades e diferenciações. Ao mesmo tempo, sustentar uma postura ético-estética de acolher a vida em seus movimentos de expansão segundo implicações políticas do tempo, do perspectivismo, da contingência e invenção (KIRST et al, 2003, p.91)

Para Rolnik (2006), a cartografia é considerada como método de pesquisa-intervenção que visa a analisar o mundo como processo em movimento, em sua constante mutação.

Kastrup (2007a), por sua vez propõe a cartografia como uma prática: a prática cartográfica, e não uma simples aplicação de um método. “A cartografia é um desafio que se coloca de um método que seja capaz de acompanhar processos e não de representar um objeto”. Segundo a autora, o difícil é nos separarmos do modelo de representação que habita em nós. Devemos nos desafiar enquanto pesquisadores a pesquisar segundo uma política inventiva e não irmos a campo partindo do pressuposto de que o mundo está dado, os processos, os modos são inertes e nós faremos a ‘coleta de dados’.

Cartografia é movimento, construções que se dão de forma dinâmica. Tudo que é *a priori* não é determinístico, por isso não há interação, em que cada parte dá a sua contribuição e completam uma espécie de montagem, mas sim engendramento, que ocorre no choque dos corpos e só consegue ser captado pelo corpo, formando algo

sempre novo e que permanecerá estável até o próximo choque, num movimento incessante de desterritorializações e (re)territorializações (ROLNIK, 2006).

O “entendimento” de um fenômeno social em mutação é o objetivo da cartografia. Entretanto, “entender” para a cartografia não tem nada a ver com revelar e muito menos com explicar (ROLNIK, 2006). Para o estudo cartográfico não existe nada transcendental a ser buscado, nem nenhuma essência a ser encontrada em um fenômeno social. Para o cartógrafo a linguagem é algo extremamente importante para se entender a constituição de novas paisagens sociais. A linguagem para a cartografia não é um veículo de mensagens e salvação. Ela é, em si mesma, criação de mundos.

Sendo tarefa do cartógrafo dar “língua para afetos que pedem passagem”, dele se espera que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. “O cartógrafo é antes de tudo um antropófago”. O termo antropófago é usado na obra em questão não apenas no sentido que o cartógrafo deva ler outros autores, mas sim devorá-los, para que dentro do corpo do cartógrafo o “devorado” possa ser “metabolizado”, possibilitando a composição de novas paisagens, por meio de um cartógrafo renovado, já diferente do anterior (ROLNIK, 2006, p. 23).

Pouco importam as referências teóricas do cartógrafo. O que importa é que, para ele, **“teoria é sempre cartografia”** – e, sendo assim, ela se faz juntamente com as paisagens cuja formação ele acompanha. Para isso, o cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. Não tem o menor racismo de frequência, linguagem ou estilo. Tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem-vindo. *“Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas”* (ROLNIK, 2006, p.65, grifos da autora).

Não cabe em um estudo cartográfico julgamento de valores tendo-se como referência princípios morais estabelecidos pela sociedade. Resta saber quais são os procedimentos do cartógrafo. Ora, estes tampouco importam, pois ele sabe que deve “inventá-los” em função daquilo que pede o contexto em que se encontra. Por isso **“ele não segue nenhuma espécie de protocolo normalizado”** (ROLNIK, 2006, p.66, grifo da autora).

Para Kastrup (2007a), a prática da cartografia se dá através de um conjunto de gestos, de ações que se transformam e transformam o próprio método. A idéia de não ter regras, normas, de não saber o que fazer antes de chegar ao seu campo não deve ser entendido como uma deficiência, uma lacuna, deve ser potencializado, pois é o que há de mais positivo, é afirmação da inexistência de regras pré-determinadas prontas a serem aplicadas. **É a defesa da idéia da pesquisa como construção de conhecimento** [grifo nosso].

Mas para a prática cartográfica, alguns cuidados devem ser observados, como alerta Kirst et al (2003, p. 97)

a cartografia deve apresentar-se de alguma forma distante de seu autor, pois a pesquisa deve ter estabilidade sozinha. Assim, a cartografia é uma semelhança produzida e não “a semelhança”, é uma extrema continuidade, um enlaçamento. Por isso, para que a cartografia crie consistência, deve-se evitar um mal entendido: pensa-se que cartografias são produzidas com percepções e sensações, lembranças ou arquivos, viagens e fantasmas. Mas, para que se possa ter certa estabilidade na pesquisa cartográfica, certos cuidados devem ser observados – como a coerência conceitual, a força argumentativa, o sentido de utilidade dentro da comunidade científica e a produção de diferença; enfim, o rigor científico.

Para Mairesse (2003, p. 271)

[...] a viagem que se inicia com o “método cartográfico” é muito mais árdua e cheia de encruzilhadas; nesta não há o melhor caminho, nem o mais correto, não existe o verdadeiro, nem o falso, mas se encontra sim, o mais belo, o mais intenso, o que insiste em se presentificar, o que causa estranheza, temor..., o que se equivoca, se atrapalha..., o que falha. São pelos desvios que se começa a jornada, pelas linhas mal/bem traçadas do desejo que se realiza a cartografia, potencializando vidas em territórios complexos e heterogêneos de forças que se imiscuem umas às outras num constante jogo de poder e afeto característicos de qualquer grupo composto por sujeitos.

Portanto, a cartografia pretende capturar no tempo o instante em que ocorre o encontro dos movimentos do pesquisador com os movimentos do território da própria pesquisa. O que se registra são os encontros ocorridos (afetos) e não os seus objetos, pois o cartógrafo sabe que é impossível congelar um determinado objeto (sujeito da pesquisa) para se analisar sua natureza. Cartografar é seguir o movimento e a processualidade da própria vida, que produz desvios ao invés de regras, gerando a partir daí novos movimentos (FONSECA; KIRST, 2003).

É importante ressaltarmos essa relação do tempo com a cartografia. Numa pesquisa produzida a partir da perspectiva cartográfica, o tempo pulsa, pois o que nos importa é a forma como os sujeitos narram, experimentam e percebem a passagem do

tempo em suas vidas e naquilo que pesquisam (Kirst et al, 2003). Dessa forma, podemos dizer que numa prática cartográfica o tempo não deve ser considerado como tempo cronológico marcado pela causalidade, sucessão e linearidade de fatos passados e presentes, sim o tempo como acontecimento, ou seja, ao invés de descrição de uma sucessão de fatos, buscamos uma cartografia do tempo (MAIRESSE, 2003). É o encontro que se registra os fatos que ali ocorreram. Parafraseando o grande poeta Carlos Drummond de Andrade (2002), numa cartografia buscamos uma relação com o tempo como sendo “tempo sem hora”.

No item seguinte articularemos como o referencial teórico da cartografia nos parece a melhor estratégia para acompanhar o trabalho dos agentes comunitários de saúde.

### 3.2 A CARTOGRAFIA COMO ESTRATÉGIA PARA ACOMPANHAR OS ACS NO MOVIMENTO DE TRABALHAR

Partimos do princípio que o próprio objeto ou fenômeno a ser cartografado não é inerte e passivo; ele mesmo se constitui uma força, uma potência, que também age nesse campo de forças que dão sentido a realidade. No caso dessa pesquisa, o trabalho dos agentes comunitários é algo que se (re)constrói a cada atividade de trabalho, a cada visita domiciliar, assim como transforma as famílias visitadas e os outros profissionais que operam nessa rede de trabalho constituída pelo SUS.

Para Kastrup e Benevides de Barros (s/d) esse método não-pronto e acabado, não pode ser modelizável, mas uma prática a ser construída caso a caso através de pistas, estratégias e procedimentos que demanda dispositivos para operar.

Estávamos diante de outro desafio. Que dispositivos utilizar para “fazer funcionar” nossa prática cartográfica? Entendendo dispositivo, segundo Deleuze (1990) como estratégias que materializamos em práticas no campo para fazer operar nossa pesquisa e produzir efeitos, nos colocamos a pensar quais dispositivos utilizar...

Em nossa prática de pesquisa nos deparamos com o que Oliveira (2000) diz que são três momentos da pesquisa: olhar, ouvir e escrever. O olhar e o ouvir ocorrem no contato com o campo de pesquisa, e, segundo Kastrup (2007b), há pistas que envolvem fases da atenção, de forma que se dispensa mais atenção a alguns movimentos e menos atenção a outros. Já o escrever, é um momento

particularmente delicado pois o fazemos em campo (fazendo pequenos rabiscos daquilo que mais nos chamou a atenção) e depois o fazemos imersos num escritório, num gabinete ou numa sala, num exercício de “estando aqui” reproduzir e analisar o que se passou “estando lá”.

Num primeiro momento pensamos em acompanhar os ACS nas visitas domiciliares, nas conversas com os demais profissionais dentro da USF e tomar nota num diário de campo, que pensamos ser um dispositivo indispensável para a prática cartográfica. Nele foram registradas não só as percepções sobre a atividade de trabalho, mas também todas as informações correlatas ao tema da pesquisa, sendo elas obtidas com colegas, professores e demais profissionais de áreas afins. Trata-se de um coletivo de dados preenchido com as impressões, sensações, informações e fatos captados pelo pesquisador.

O diário de campo corresponde à dimensão temporal do processo cartográfico, ou seja, através dele todos os testemunhos são dados acerca dos movimentos e dos agenciamentos no caminho da pesquisa, no momento em que eles ocorreram. Nele também são inscritos muitos disparos que acontecem no processo de pesquisa por uma música, um filme, uma palestra, uma banca, um bate-papo informal com um amigo, uma foto, uma caminhada, uma pedalada. Cada pessoa se abre para compor e para ser afetada de uma forma, que deve ser registrada no diário de campo.

Importante ressaltar que o diário de campo não tem uma preocupação quanto a rigorosidade científica com a linguagem ou a estética da escrita, ele registra a espontaneidade do agenciamento sem se preocupar com a dimensão formal do texto, mais se assemelha às “ranhuras de um cartógrafo”, registrando a intensidade dos fatos, com elementos do cotidiano que criam novas configurações no campo da pesquisa.

O diário de campo, no momento da redação do relatório final da pesquisa fornece grande parte dos dados já nele relatados de forma “disforme”. Ele é o produto da pesquisa mas também é produtor dela, pois opera como dispositivo que produz saberes e realidades mais do que simplesmente descreve (BOCCO, 2006).

Esse dispositivo, o diário de campo, reúne tantas vozes quantas disparam no pesquisador e no objeto pesquisado produção de novos mundos. A escrita do diário



de campo, é, portanto, uma solidão de muitas vozes. Deleuze e Parnet (1998) apontam para a multiplicidade do texto que excede quem o escreve. Para eles, há uma co-autoria, um desejo de partilha que afirma que a produção do conhecimento é sempre processual e da ordem de um agenciamento coletivo de enunciação.

Também fez parte de nossa pretensão inicial operarmos através de algumas entrevistas não-estruturadas com a utilização do gravador como instrumento de captação das falas dos ACS e de outros profissionais dessa rede de trabalho da qual o ACS faz parte. No entanto, essa estratégia teve que ser abandonada por vários motivos, dentre os quais podemos citar, a proximidade com o período eleitoral que fez com que as pessoas falassem pouco a respeito de alguns assuntos considerados “tabus”. Além disso, no decorrer do caminho da pesquisa percebemos que o contexto em que estão inseridos os ACS da região pesquisada, onde algumas formas de violência como as drogas fazem parte do seu dia-a-dia, ao iniciarmos formalmente uma entrevista e ligarmos o gravador de voz, disparávamos um processo que chamamos de “diálogo mudo dos olhares” pois o entrevistado nos olhava, olhava o gravador e se sentia acuado para falar além de respostas objetivas e monossilábicas. Resolvemos então abandonar o uso do gravador e das entrevistas formais e questionar o que estava previsto em nosso roteiro das entrevistas nas conversas entre uma visita domiciliar e outra, nos becos e escadarias deste longo percurso, e nos momentos dentro da USF onde aguardávamos alguma reunião com o grupo de profissionais de saúde ou com grupo de usuários.

A dificuldade imposta pela realização das entrevistas formais e gravadas nos levou a lançar mão do grupo como dispositivo de produção de dados (BENEVIDES DE BARROS, 2007; HECKERT e BARROS, 2007). Acreditando que essa seria uma estratégia que afirmaria princípios de co-produção e co-análise dos dados, servindo como disparador para questões que não emergiriam na formalidade que envolve uma entrevista. Dessa forma, passamos a fazer reuniões em grupo com a presença dos ACS e da pesquisadora, onde discutíamos algumas questões que emergiram durante nossas visitas, e que nos pareciam caras à pesquisa pois escapavam da prescrição do trabalho destes profissionais.

Durante as reuniões com o grupo dos ACS a pesquisadora se conduzia de forma a lançar algumas situações vividas no acompanhamento dos ACS em visitas

domiciliares, as quais extrapolam a prescrição das atividades de trabalho destes profissionais. Iniciava-se um debate de forma que os ACS discutissem a frequência com que ocorre tal situação e outras semelhantes, que tipo de gestão eles fazem em cada situação e como socializam esta experiência com os demais colegas da equipe e da USF. Já nas reuniões com grupos de usuários, a condução da reunião era responsabilidade de um profissional de saúde (psicólogo, no caso do grupo de saúde mental; enfermeiro, no caso do grupo de diabéticos e hipertensos), e, a pesquisadora se colocava a observar a interação dos ACS com os usuários e com os demais profissionais de saúde durante a reunião, além de aproveitar o momento que, em geral reunia pessoas idosas, residentes na região há muito tempo para conversar a respeito da história do surgimento dos bairros que formam o território de abrangência da USF pesquisada.

Das reuniões com o grupo dos ACS participavam apenas os ACS – algumas vezes todos os ACS outras vezes apenas os que aceitaram ser acompanhados pela pesquisadora nas visitas domiciliares – e a pesquisadora. Em princípio acordamos em fazê-las mensalmente ou conforme demanda da pesquisa, mas essa frequência era condicionada à disponibilidade dos ACS. Realizamos ao todo seis reuniões com duração média de duas horas. Em relação às reuniões com os grupos de usuários, delas participavam os usuários convidados ou inseridos no programa-tema da reunião e os profissionais de saúde envolvidos na organização da mesma. Por exemplo, a reunião com o grupo de saúde mental ocorria mensalmente e dela participavam os usuários e familiares que apresentavam requisitos para serem inseridos nesse grupo, o profissional de psicologia, o profissional de serviço social e os ACS. Outro exemplo ilustrativo, da reunião do grupo de usuários hipertensos participavam o enfermeiro da equipe, os auxiliares de enfermagem, os ACS e os usuários hipertensos das microáreas abrangidas por tal equipe. A duração destas reuniões com grupos de usuários variavam de acordo com a quantidade de presentes - embora fosse obrigatório o comparecimento no caso dos usuários hipertensos e diabéticos, muitos deixavam de comparecer – em geral a duração era de três a quatro horas.

O grupo como dispositivo foi uma estratégia privilegiada, uma vez que a própria concepção da ESF e do trabalho em saúde nos moldes como tem se operado atualmente preconiza a formação de equipes multiprofissionais<sup>13</sup>.

Passamos então a nos inserir nas reuniões com os grupos de usuários já em operação na USF, conforme citado, tais como o grupo de saúde mental, o grupo de diabéticos e hipertensos, o grupo das gestantes. E, também nos inserimos nos grupos de profissionais da USF que se reúnem com frequência tais como o grupo de cada EqSF que se reúne mensalmente para discutir as demandas da população de suas áreas, o grupo com todos os profissionais da USF que se reúne mensalmente para discutir as demandas de toda a população atendida pela USF e as demandas internas à estrutura da USF, e, finalmente o grupo formado pelas ACS com a Psicóloga<sup>14</sup>. É interessante ressaltar que em princípio, nossas reuniões com o grupo dos ACS ocorriam dentro do espaço da USF que embora improvisado nos permitia fazer as reuniões e discutir coletivamente. Exceto os grupos em que o número de participantes era muito grande como o de diabéticos e hipertensos, neste caso as reuniões ocorriam no salão do Movimento Comunitário (MC) ou da MUSP (Mulheres Unidas de São Pedro). Todas as demais reuniões ocorriam internamente na USF, mas, ainda que avisássemos da reunião no espaço do terraço do prédio, as interrupções eram inevitáveis - por parte de usuários a procura de ACS, por enfermeiras, por auxiliares de enfermagem, entre outros profissionais.

A realização destas reuniões com os grupos de co-produção e co-análise nos mostraram que pelo menos três instâncias emergiam na análise das atividades de trabalho dos ACS: uma delas quando levantávamos uma situação ocorrida e os ACS afirmavam que era comum no dia-a-dia do trabalho e então discutíamos se aquela situação escapava ou não à norma que antecipa o que está prescrito na concepção do trabalho dos ACS; outra instância podia ser identificada quando levantávamos alguma situação observada nas visitas e os ACS negavam o ocorrido – como se não admitissem que tal fato ocorreu, por realmente não ter percebido ou por receio que

---

<sup>13</sup> Embora muito se tenha produzido criticando essa concepção e denunciando a continuidade de uma simples justaposição de saberes de diferentes profissionais, de forma hierárquica nessas equipes, ou seja, permanece a fragmentação dos saberes e parcelização do trabalho, marcante no modelo biomédico que se pretende superar (GOMES et al, 2007).

<sup>14</sup> Este último merece tratamento diferenciado pois foi uma demanda dos ACS à Psicóloga que aconteceu depois da nossa inserção em campo e que se deu fora do espaço da USF, também a pedido deles. Esta reunião disparou muitas questões que estarão presentes nas análises dos dados produzidos em campo – capítulo 5.

tal fato pudesse prejudicar a avaliação do seu trabalho. E, finalmente, nos deparávamos muitas vezes com a instância de análise em que os próprios ACS colocavam situações que são comuns em seu dia-a-dia, considerando que escapava à norma mas que nós não havíamos experienciado no movimento de acompanhar o trabalho vivo e em atividade daqueles profissionais durante o período da pesquisa. Consideramos essa última instância uma limitação da pesquisa por não podermos nos disponibilizar a estar integralmente acompanhando os ACS.

Uma determinada reunião colocou em análise a realização dos próximos encontros do grupo dos ACS com os pesquisadores para discussão dos dados produzidos em campo dentro da USF, pois uma enfermeira da USF, ao subir ao local onde fazíamos a reunião, nos ouviu falar sobre o fato de algumas atividades do dia-a-dia do trabalho dos ACS escaparem ao que está prescrito na legislação que regulamenta seu trabalho. A referida profissional desceu até o andar onde funcionam os consultórios e as salas especializadas e fez um comentário de forma resingularizada, o que gerou um desconforto em relação à presença da pesquisadora na USF nos dias seguintes. Percebemos que incomodávamos, acho que isso também faz parte do processo de pesquisar. Na visita seguinte ao ocorrido percebemos o desconforto por parte de alguns profissionais com a nossa presença, e, a partir de então os ACS pediram que nossas reuniões de co-análise não ocorressem mais no espaço da USF, elas passaram a ocorrer no terraço da casa de um dos ACS.

Diante desse contexto, afirmamos que a produção dos dados para análise nesta pesquisa se deu a partir dessa perspectiva de dispositivo grupal, numa tentativa de que esse grupo não levasse à junção de vários indivíduos num mesmo grupo, ou seja, buscamos no grupo de co-produção e co-análise afirmar princípios de construção de saberes a partir de um coletivo e não somente pela soma dos saberes individuais sem produzir algo novo, ou seja, buscamos afirmar um “devir-grupo e não ser-do-grupo” (BENEVIDES DE BARROS, 2007, p.16).

Descreveremos agora como se deu o processo de escolha da USF a ser pesquisada e o processo formal e informal de autorização para início da pesquisa.

### 3.3 O PROCESSO DE ENTRADA NA USF ILHA DAS CAIEIRAS

Após pensarmos as intenções da pesquisa, o referencial teórico e os princípios metodológicos precisávamos buscar uma Unidade de Saúde para iniciarmos o processo de autorização junto à SEMUS para “entrar em campo”. Depois de algumas conversas e pesquisas definimos como possível campo a USF Ilha das Caieiras pois, como explicitado anteriormente, uma pesquisa já havia sido feita em USF de um bairro de classe média de Vitória, e, gostaríamos de conhecer como se dão os processos de trabalho dos ACS inseridos numa outra realidade social, para isso buscávamos uma região caracterizada, segundo critérios do IBGE como de baixa renda. Em nosso universo de possíveis, a USF Ilha das Caieiras nos pareceu uma possibilidade.

O primeiro contato com o possível campo onde pretendíamos desenvolver a pesquisa foi feito ainda em 2007, com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS). Com dificuldade, foi possível falar com o setor responsável pela autorização para pesquisa. Seria necessário protocolar um projeto de pesquisa na prefeitura com carta de encaminhamento ao Secretário Municipal de Saúde. Isso nos angustiava, pois ainda não tínhamos um projeto bem definido *a priori* (e nem queríamos ter). Mas se esse era o caminho prescrito para a autorização para entrada em campo fizemos **um**<sup>15</sup> projeto e protocolamos na prefeitura ainda em janeiro de 2008.

[Como era período de férias, passávamos pela Ilha todas as noites pedalando, num movimento de sentir e me aproximar das relações que se davam naquele espaço...]

Dois meses depois de protocolado o projeto, mesmo com muitas ligações e insistência para com a SEMUS, diante da resposta de que “*está sendo analisado*”, resolvemos contactar diretamente a USF Ilha das Caieiras. Conversando ao telefone com uma gestora, que se mostrou muito solícita, explicamos que sobre o projeto que estava em análise pela SEMUS e ela aceitou nos receber para uma conversa informal.

Nessa primeira conversa falamos sobre a USF, o território, dados de população abrangida pelo território, número de famílias, enfim, muitos dados estatísticos dos

---

<sup>15</sup> O projeto de pesquisa que fizemos foi elaborado para atender aos padrões exigidos, com objetivos estabelecidos a priori, método bem desenhado, instrumentos de coleta de dados como questionários, conforme instruídos pelo setor responsável por pesquisa em saúde da PMV.

relatórios do DATASUS que ela tinha em mãos. Esclarecemos que ainda não estávamos autorizadas, mas reiteramos que tão logo começássemos o contato com as famílias, com a população, com as ACS seria melhor para nós. Ela concordou com o início da pesquisa mesmo sem autorização mas reiterou *“não diga a ninguém que você ainda não está autorizada”* e saímos daquela primeira conversa pessoal com uma promessa de reunião com todos os ACS da referida USF. Dias depois fomos contactadas pela manhã para uma reunião a tarde, seria nosso primeiro encontro com os ACS na USF a ser pesquisada.

Cabe aqui um relato sobre esse movimento de tentativa de autorização formal para a pesquisa. Depois de dois meses de tentativas em ligações e visitas à SEMUS para saber sobre o andamento do processo, recebemos a informação de que só após a autorização do Comitê de Ética da UFES para a pesquisa proposta por aquele projeto a SEMUS autorizaria. Esse novo obstáculo disparou uma série de ações. Concordamos que as pesquisas envolvendo a área da Saúde tenham que ser aprovadas por um Comitê de Ética da Instituição à qual os pesquisadores estejam ligados (aliás, defendemos que toda pesquisa – principalmente envolvendo pessoas - deve passar pela análise de um comitê de ética), mas a questão que se colocava nesse momento é que na UFES só há um Comitê de Ética em pesquisa que fica no campus onde funcionam os cursos de Ciências da Saúde, e, tal comitê é formado por profissionais e professores que fazem pesquisas com intervenção física em seres humanos, que não o nosso caso. E mais, outro questionamento feito por nós foi que uma pesquisa feita nos anos de 2006 e 2007 em outra USF de Vitória foi autorizada sem que fosse necessário esse processo.

Esse movimento implicaria em atraso na autorização formal para a realização da pesquisa. E, de fato, todo esse processo de vai e vem entre Comitê de Ética da UFES e SEMUS fez com que a autorização formal para a pesquisa só fosse dada em agosto de 2008. Mas demos o nosso “jeitinho” de iniciamos as visitas domiciliares com os ACS mediante autorização da gestora da USF Ilha das Caieiras em março de 2008 e imergimos naquele território como se autorizados estivéssemos a realizar a pesquisa.

Antes de partir para outros desvios que se produziram no percurso, vale aqui uma ressalva sobre o “lugar” que nos colocamos como pesquisadores, especialistas e

analistas do trabalho em nossas pesquisas. O analista do trabalho, segundo Guérin et. al (2004), ao proceder a análise sempre se confronta com a singularidade de cada trabalhador, que, ao trabalhar entrega sua vida pessoal – história, experiência profissional e vida extraprofissional – e social – experiências de trabalhos anteriores.

Não pretendemos com isso negar o saber do especialista que se propõe a fazer uma análise do trabalho, mas devemos conduzir a uma problematização do seu funcionamento, das práticas que ele põe para operar nesse lugar de especialista. “Eis o nosso desafio: ocupar o lugar do especialista desmontando-o a cada momento” (BENEVIDES DE BARROS, 2007, p.226). O perigo que corremos é que esse *métier* de analista do trabalho seja mais valorizado que a própria atividade vivida pelos trabalhadores (VIEIRA, 2003).

#### 3.4 AS CONVERSAS COM ANTIGOS MORADORES DISPARAM OUTROS POSSÍVEIS NA CONSTRUÇÃO DO TERRITÓRIO DA PESQUISA

Parte da estratégia de abordagem de campo nos parecia clara (no sentido de sabermos quais estratégias e dispositivos adotar, mas não clara no sentido de saber como operar e que efeitos seriam produzidos) com a prática cartográfica, porém, no campo percebemos como a produção social<sup>16</sup> daquele espaço composto por cinco bairros com características diferentes influenciavam para a saúde daquela população.

O primeiro passo foi fazer um levantamento dos documentos que existiam acerca do surgimento daqueles bairros, na tentativa de “mapear” como aquele espaço se constituiu. Encontramos documentos oficiais como livros, Andreatta (1987; 2008), Dias (2001), Gurgel e Pessali (2004), um livro produzido pelos alunos da escola Francisco Lacerda de Aguiar (1994); uma grande quantidade de notícias publicadas nos jornais impressos e arquivadas no Arquivo Público Municipal e na Biblioteca Pública Municipal, além de dois documentários, produzidos respectivamente em 1983 e em 2003. Debruçamo-nos sobre esse material na perspectiva de

---

<sup>16</sup> Pactuamos com CORREA (2002) ao afirmar que o espaço urbano é uma produção da sociedade, ou seja, articulado e fragmentado, desigual, mutável, reflexo e condicionante social, um conjunto de símbolos e campo de lutas.

compreender um pouco mais como se deu constituição daquele espaço e como isso se interrelaciona com a produção de saúde da população ali residente.

Em princípio esse material nos pareceu dar conta do entendimento que buscávamos, mas incomodava o fato de alguns desses materiais terem sido produzidos com financiamento público e conter falas e escritas de personagens ligados aos partidos que ocupavam o poder executivo na época da sua produção. Por exemplo um livro que foi prefaciado pelo então prefeito, que continha falas do Secretário de Obras da sede regional da prefeitura<sup>17</sup>, e, os dois documentários sobre o local. O documentário produzido em 1983 intitulado “Lugar de Toda Pobreza” disparou em nós a idéia de romantização da pobreza e da miséria de um povo que naquele momento vivia em condições precárias de moradia, alimentação e emprego, e, serviu de vedete para as campanhas eleitorais para a eleição municipal ocorrida no ano seguinte. Já o documentário produzido em 2003 intitulado “Lugar de toda Pobreza, 20 anos depois” nos transmitiu a idéia de que o antes seria “o lugar de toda pobreza”, se tornara em 20 anos “o lugar de todo progresso<sup>18</sup>”, com a inserção do aparelho de Estado, construção de ruas, saneamento, escolas, creches, postos de saúde. Isso nos colocou a questionar, que progresso é esse? Progresso para quem?

E, para além desse incômodo, que poderia ser entendido por alguns como um julgamento de valor ou posicionamento político e ideológico, um aspecto importante é que algo que se passara naquele território escapava às páginas escritas e publicadas nos meios formais de comunicação emergia nas conversas com a população (moradores mais antigos) provocadas nas visitas domiciliares, nas reuniões com grupos de usuários, nos momentos de espera dentro da USF antes de sairmos para as visitas, e, nos momentos em que estávamos inseridas naquele espaço despretensiosamente atentas. Podemos citar aqui a festa de comemoração dos 31 anos dos bairros São Pedro em setembro de 2008, o debate político entre os candidatos a vereadores dos bairros São Pedro em setembro de 2008 e os festivais de frutos do mar ocorridos em abril e em agosto de 2008.

---

<sup>17</sup> Para mais detalhes sobre essa divisão em regionais, ver o capítulo que fala sobre o território da USF Ilha das Caieiras.

<sup>18</sup> Não afirmamos a idéia de progresso, e sim de processo. Porém achamos relevante discutir aqui o que percebemos ao analisar o referido documentário.



Estes momentos foram imprescindíveis para lançar mais um desafio: havia uma história da história daquele espaço que estava marcado nos corpos dos moradores mais antigos, os quais participaram do processo de construção de alguns daqueles bairros que só poderíamos conhecer através do acesso aos relatos destes.

Recorremos então à busca autores e trabalhos para subsidiar, como recurso metodológico nossa pretensão de contar a história a partir dos relatos, e após algumas leituras, optamos por utilizar alguns princípios da História Oral para acompanhar esse desvio no caminho que a inserção em campo produziu.

Trazemos da história oral a perspectiva de que não há “uma maneira certa” de fazer história oral, isso nos conforta não no sentido de não termos um rigor ao utilizar seus princípios, mas no sentido de saber que ainda é uma metodologia em construção (THOMSON, 2000). Buscamos com ela trazer à luz realidades indescritíveis, ou que a escrita não consegue descrever, dando voz àqueles que urgem por falar mas que ainda não encontraram espaço. Afirmamos, de acordo com Joutard (2000) que aí está a potência de utilizar a inspiração dada pela história oral.

E como acessar esses registros que são produzidos pela experiência e é da ordem do intransferível? Apoiamo-nos em Benjamin (1994) para afirmar que uma forma de acessar tais registros é recorrer à memória dos que viveram a experiência e se colocar na condição de ouvinte para se permitir reproduzi-la o mais fielmente possível à forma como foi contada pelo narrador.

Segundo o autor, “contar histórias sempre foi a arte de contá-las de novo, e ela se perde quando as histórias não são mais conservadas. Ela se perde porque quase ninguém mais fia ou tece enquanto ouve a história” (BENJAMIN, 1994, p.205), que reitera “quem escuta uma história está em companhia do narrador; mesmo quem a lê, partilha dessa companhia” (op. cit., p. 213).

O ato de contar [histórias] resgata a memória para infinitos encontros que se realizam nas histórias. Por isto o dizer, o contar é uma arte do fazer, do produzir e do transformar uma realidade que já existe em função do que outrora foi falado (MAIRESSE, 2000, p.267)

Dessa forma, ao relatar traz-se o tempo vivido como duração e o passado se atualiza no presente engendrando o novo, recorrendo-se a memória como uma tática geradora de sentido. Cabe somente à memória alcançar esse passado, e só se pode falar de hoje a partir do ontem que implica na produção do presente e está

comprometido na construção do futuro. Um passado que está sempre a se fazer no presente através da idéia de tempo como duração.

E aqui é importante ressaltar que pactuamos com Deleuze e Parnet (1998) de que o movimento que fizemos de contar a história da constituição dos bairros que pertencem ao território da USF Ilha das Caieiras trazendo as falas dos antigos e ex-moradores dessa localidade foi um exercício de não falar pelos outros e não falar no lugar desses moradores, e sim falar “com” eles. Tentamos trazer as histórias e estórias que nos foram contadas da forma como se deu esse processo de contar no encontro pesquisador-morador-espaco ou pesquisador-ex-morador-espaco.

Para termos acesso aos moradores que participaram do movimento de construção dos bairros fomos beneficiados pela visita domiciliar com os ACS, em que chegávamos até a residência de antigos moradores e, havendo oportunidade, conversávamos sobre o passado daquela região. Utilizamos também a estratégia de participação nas reuniões com grupos de usuários, como já descrito em outras passagens, além dos momentos inseridos na USF em que nos misturávamos àquele “mar de gente” que aguardava atendimento buscando informações. Em especial, nos foi cara a companhia de Graça Andreatta, que apesar de não mais residir na região, militou quando da construção daquele território, e, buscando informações para seu livro intitulado “31 anos depois” sobre os bairros São Pedro, nos apresentou muita gente.

Nessa perspectiva, reiteramos que privilegiamos as conversas com os antigos e alguns ex-moradores dos cinco bairros que compõem o território da pesquisa como dispositivo para trazer à tona a produção social desse espaço e sua relação com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, com a população – e a produção de saúde da mesma.

No capítulo seguinte, apresentaremos a história da constituição do território abrangido pela da USF Ilha das Caieiras, trazendo as falas dos antigos – atuais e ex-moradores da região, ao invés de nos atermos somente aos documentos publicados já citados anteriormente.

De acordo com a concepção de indissociabilidade entre o aporte teórico utilizado e os aspectos metodológicos da pesquisa, parece-nos cada vez mais justificável a

escolha da cartografia e de princípios da história oral para trilhar os caminhos desta pesquisa pois entendemos que este percurso corrobora com os princípios afirmados pela Ergologia.

Schwartz e Durrive (2007) nas conversas sobre Trabalho e Ergologia nos trazem a concepção teórico-metodológica do Dispositivo Dinâmico a 3 Pólos (DD3P), onde o primeiro pólo seria o pólo dos conceitos, prescrições e normas antecedentes (o pólo do saber teórico), o segundo pólo seria o pólo dos saberes, valores e experiências dos trabalhadores (o pólo do saber da experiência), e, no terceiro pólo se daria então o coengendramento dos dois outros pólos, seria o embate entre o saber teórico e o saber da experiência, o que eles chamam de pólo da ética. Fazendo uma analogia com o percurso traçado no desenvolvimento desta pesquisa, podemos dizer que o referencial da Ergologia gera saberes teóricos, a postura de pesquisa segundo a prática cartográfica e história dos bairros contada pelos moradores geram os saberes da experiência, se complementando e se correlacionando no embate do pólo ético, no qual pesquisador e pesquisado / sujeito e objeto se criam e se recriam no processo de pesquisar.

A prática cartográfica no percurso de acompanhar o trabalho dos ACS da UAF Ilha das Caieiras vai, no nosso entendimento, ao encontro da proposta de analisar esses sujeitos como produtores de mundos; trabalhadores que operam essa produção de forma ética, buscando realizar “bons encontros”, abrindo-se para compor com outros corpos no momento das suas atividades de trabalho<sup>19</sup>.

Pretendemos que esse movimento, capturado nesta dissertação, seja **uma** cartografia do trabalho dos ACS dentre tantas outras possíveis de ser construída, basta que outro pesquisador se abra a compor e se lance no campo problemático a pesquisar sobre esse pertinente e interessante campo de pesquisa que é o trabalho em saúde no Brasil.

Seguimos para um item que chamamos de desenho da pesquisa onde tentaremos trazer ao leitor de forma breve as amarrações que fizemos ao longo do caminho percorrido na produção desta pesquisa.

---

<sup>19</sup> Transcrição de um encontro com o Prof. Dr. José Ricardo Teixeira no dia 26/11/2007 quando do encerramento da disciplina Seminário C: Spinoza - Filosofia Prática, cursada no semestre 2007/02 no PPGE-UFES.

### 3.5 DESENHO DA PESQUISA – UMA CARTA ‘NÁUTICA’<sup>20</sup>

O desenho de nossa pesquisa mais se assemelha a uma carta náutica, pois, como fazem os cartógrafos-navegadores, ao construir uma, partem com algumas pretensões que os norteiam, com princípios que afirmam e com instrumentos que os direcionam.

Para isso trilhamos um caminho de leituras, optamos pelo referencial da Ergologia, o qual não vemos de forma descolada de alguns conceitos da Ergonomia da Atividade. Estes referenciais nos ofereceram ferramentas para compreender-analisar-transformar os processos de trabalho dos ACS que desenvolvem sua atividade no território abrangido pela USF Ilha das Caieiras, a qual fornece serviços de atenção básica em saúde à população de cinco bairros localizados no complexo da “Grande São Pedro”, região de periferia da cidade de Vitória.

A principal pretensão dessa pesquisa foi analisar a prescrição que envolve as atividades de trabalho dos agentes e observar o real da atividade desse trabalho, por meio do acompanhamento às visitas domiciliares e atendimento aos usuários do sistema de saúde. Buscamos observar ainda a relação desses ACS com outros profissionais com os quais eles se relacionam nas equipes de trabalho e dentro da USF. E, se possível identificar as conexões que eles estabelecem com outras instituições como o Estado e a Cáritas Brasileira<sup>21</sup>.

Todo esse movimento nos propusemos a fazer com a proposta metodológica da cartografia. Nos propusemos a cartografar os desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde em suas atividades de trabalho, na luta pela afirmação da vida nas condições em que vive uma população que já foi por algum tempo o lugar de toda pobreza, retrato da miséria de Vitória para o mundo, e que hoje pode ser considerado lugar de muitas mudanças.

---

<sup>20</sup> Essa discussão se produziu num encontro dos alunos da disciplina Metodologia de Pesquisa no semestre 2008/01 com a professora convidada Gisele Girardi, da Geografia, no dia 13/06/2008.

<sup>21</sup> A Cáritas Brasileira faz parte da Rede Caritas Internationalis, rede da Igreja Católica de atuação social composta por 162 organizações presentes em 200 países e territórios, com sede em Roma. Organismo da CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil foi criada em 12 de novembro de 1956 e é reconhecida como de utilidade pública federal. Criada com o objetivo de articular as ações sociais católicas, ela foi redimensionando sua atuação, e, na década de 1990 fez a interface com o Estado quando da criação do PACS, pois, os agentes comunitários de saúde eram contratados pela Cáritas e prestavam serviço ao Estado (CÁRITAS, 2008).

Para que essa realização fosse possível, precisávamos “colocar nossa embarcação no mar” para então ir construindo o restante da carta náutica. Essa foi a parte mais demorada, conseguir autorização formal da SEMUS para acompanhar os ACS da USF Ilha das Caieiras nas visitas domiciliares. Nas idas e vindas entre a Prefeitura e o Comitê de Ética da UFES, conforme detalhado anteriormente, foram seis meses. E, nossa estratégia foi renormalizar o que estava prescrito e imergir em campo sem autorização formal da SEMUS mas com o consentimento da gestora da USF e dos profissionais ACS acompanhados nas visitas domiciliares.

Iniciamos o contato com a USF no mês de março de 2008 e visitas no mês seguinte. Data coincidente com o início das participações em grupos, palestras e reuniões na USF com os profissionais e entre profissionais e usuários do sistema de saúde.

No mês de junho tivemos acesso informal, por meio de um ACS a um manual que contempla o que está prescrito e deve nortear a atividade de trabalho de um ACS. Posteriormente, em agosto de 2008 quando a SEMUS nos autorizou formalmente a fazer a pesquisa, recebemos o mesmo manual e indicações de leis e decretos-leis que estão relacionados com a regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde e com a Estratégia de Saúde da Família.

Durante esse período também participamos de palestras, cursos e discussões organizadas pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde para colocar em debate o atual modelo de Atenção Básica em Saúde estrategicamente representado pela ESF.

Nossa navegação no território da USF Ilha das Caieiras fazendo visitas domiciliares juntamente com os ACS foi durante aproximadamente nove meses – uma gestação – durante os quais pudemos conhecer um pouco mais sobre a produção social daquele espaço e perceber suas influências na produção de vida e saúde da população ali residente, o que nos direcionou a preferir contar a história da construção dos bairros abrangidos pelo território da USF pelos relatos e estórias de antigos e ex moradores, não deixando de acessar o que está oficialmente divulgado.

Todos os meses de navegação que estivemos produzindo a pesquisa que esse relatório dá voz, enfrentamos tormentas, que estarão marcadas de alguma forma nos relatos de situações quando da análise dos dados produzidos. Dentre os quais

podemos citar um “toque de recolher” que a USF sofreu em uma de nossas visitas, a proibição de acesso a uma das microáreas por suspeita de que o profissional que atende àquela área havia feito denúncia à polícia de práticas ilícitas que ocorrem naquele local, além de estarmos constantemente acompanhadas de um morador em uma das microáreas nas visitas domiciliares, em que ele buscava ouvir o que falávamos à população.

Apresentaremos no capítulo seguinte os cinco bairros abrangidos pelo território da USF Ilha das Caieiras, destacando a história da constituição do seu espaço, privilegiando, para isso, a fala dos antigos e ex moradores, além das informações publicadas em meio oficial – jornais, livros e documentários em vídeo.

#### 4 O TERRITÓRIO DA USF ILHA DAS CAIEIRAS – HISTÓRIA, ESTÓRIAS E IMPASSES



Figura 2: Disponível em: Google Earth. Acesso em 17 de janeiro de 2009.

Esta figura do território do complexo formado por de cinco bairros – São Pedro I, II, III, IV, Comdusa e Ilha das Caieiras – atendidos pela USF Ilha das Caieiras onde a pesquisa se desenvolveu foi capturada para ilustrar este capítulo sobre a história da produção deste espaço.

Conforme discutido anteriormente, um dos pilares da Estratégia de Saúde da Família é a divisão do espaço em territórios. Pensamos ser importante delimitar o que chamaremos de territorialização em relação ao espaço físico no qual estão localizadas as famílias atendidas por cada ACS, de forma a diferenciá-lo do princípio da territorialização e desterritorialização que também tratamos aqui ao falar dos territórios existenciais, da desconstrução dos mesmos e construção de novos mundos que ocorrem nos agenciamentos que fazemos no plano de produção de

subjetividade (GUATARRI; ROLNIK, 2005).

Consideramos também importante destacar que o próprio Ministério da Saúde (MS) dá à palavra território, no âmbito da saúde mais de um significado. Se por um lado o sistema de saúde trata o território como a base territorial segundo a qual se organiza a distribuição dos serviços de saúde, seguindo a lógica de delimitação geográfica de áreas de abrangência, coerentes com a proposta dos três níveis de atenção em saúde: primário, secundário e terciário, explicados conforme disposto graficamente no quadro que segue ( ES/SESA, 2007):

Quadro 1 – Abrangência dos Níveis de Atenção

<b>Nível de atenção a saúde</b>	<b>Unidade de Saúde</b>	<b>Abrangência</b>
Primário	Unidade Básica de Saúde	Local
Secundário	Hospital geral	Microrregional (entre municípios vizinhos)
Terciário	Hospital especializado	Regional (entre grandes municípios)

Fonte: ES/SESA (2007, p.115).

Por outro lado os sistemas de saúde, na organização de suas práticas de vigilância e prevenção, necessitam do “mapeamento” do território sobre o qual esses serviços serão oferecidos, no que diz respeito ao conhecimento da dinâmica da vida da população que ali habita, assim como suas condições de vida, suas práticas, seus costumes e as diferentes variáveis que afetam a saúde daquele ambiente (ES/SESA, 2007).

Utilizado em quaisquer dos dois significados atribuídos pelo MS, a noção de território é um importante pilar e tem estreita ligação com outros como a exigência de que o ACS seja morador da área que atende, o que produz efeitos sobre os processos de trabalho destes profissionais, como veremos no capítulo que discutirá os movimentos que captamos ao acompanhar o trabalho sob o ponto de vista da atividade.

Do conceito de território chegamos a outros conceitos os quais achamos ser de imprescindível discussão para a análise do trabalho dos ACS, conforme propusemos nessa pesquisa. O território é dividido em áreas e microáreas. Cada microárea corresponde ao limite físico de atuação de um ACS, e, segundo o MS não deve ter



mais do que 750 pessoas residentes. A área, por sua vez, é o conjunto de microáreas que compõem o espaço de ação de uma EqSF, e pode ter diferentes configurações e contornos de acordo com o modelo de atenção em saúde adotado (ES/SESA, 2007). Segundo recomendações do MS, cada área, ou seja, cada EqSF não deve ter mais de 30 ACS ou 30 microáreas sob sua responsabilidade (BRASIL, 2004).

Nosso primeiro movimento para analisar o território formado pela USF Ilha das Caieiras foi buscar informações de caráter sócio, político e demográfico, tais como quantidade de bairros e limites físicos entre os mesmos, população residente, quantidade de famílias, renda média familiar, número de domicílios com acesso a rede de saneamento, número de eleitores, entre outras informações. Buscamos informações com a prefeitura municipal de Vitória, e aqui se configurou um impasse que achamos importante relatar pois ele está presente e produz efeitos no trabalho dos profissionais ali atuantes e da população residente.

#### 4.1 OS IMPASSES NA DELIMITAÇÃO FÍSICA DO TERRITÓRIO

Cada secretaria municipal consultada, a Secretaria de Saúde (SEMUS), a Secretaria de Educação (SEME), a Secretaria de Obras (SEMOB), a Secretaria de Segurança (SEMSU) e a Secretaria de Gestão Estratégica (SEGES) tratava seus dados a partir de bases diferentes e não havia integração entre os dados e levantamentos feitos por essas secretarias para um mesmo espaço.

Não buscamos aqui afirmar que há dados verdadeiros a serem revelados, mas há algo da ordem do real que deve ser considerado. Por exemplo, quais bairros constituem o território da USF a ser pesquisada? Qual é o limite físico entre esses bairros? Qual é a população ali residente? Quantas famílias? Quem tem acesso a rede de saneamento em suas residências? Quantos óbitos ocorrem ali por mês? Quantas gestantes? Quantos nascimentos? Esses dados são importantes para a pesquisa e mais que isso, são da maior importância para a gestão da cidade e da vida das pessoas que ali residem. E, numa perspectiva de gestão pública, o conhecimento desses dados é relevante para que ações conjuntas do poder público nas três instâncias – Municipal, Estadual e Federal – possam ali intervir no sentido de, juntamente com a população transformar a relação e a produção de vida – e de

saúde – que ali se dá.

Para a SEMUS, que acompanha os dados relativos a área da Saúde, a USF Ilha das Caieiras compreende os bairros São Pedro I, São Pedro II, São Pedro IV, Comdusa e Ilha das Caieiras. Esse território compreende uma população de cerca de dez mil habitantes (DATASUS, 2008).

No entanto, a SEMOB adotou a divisão em administrações regionais descentralizadas para auxiliar no planejamento, execução e acompanhamento das obras realizadas pela prefeitura. No total a cidade de Vitória está dividida em oito regiões administrativas, sendo que a região que abrange a “Grande São Pedro” é a Região 7 formada pelos bairros Comdusa, Conquista, Ilha das Caieiras, Nova Palestina, Redenção, Resistência, São José, Santo André, São Pedro e Santos Reis, com uma população de mais de cinquenta mil pessoas (SEMOB/PMV, 2008).

Já a SEGES, através da Gerência de Desenvolvimento de Informações, identificou a divergência no tratamento da área dos bairros e das regiões de Vitória inclusive e principalmente por setores internos à prefeitura, o que dificulta o planejamento de ações conjuntas e comparação de dados entre secretarias para uma mesma região. No ano de 2003 foi decretada a lei municipal nº 6077, conhecida como “Lei de bairros”, a qual objetivou regulamentar a organização da cidade de Vitória em bairros, utilizando como unidade espacial de análise os setores censitários definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (SEGES/PMV, 2008).

Segundo conversa com uma funcionária da Gerência de Desenvolvimento de Informações, o fato de a lei ter sido decretada não resolveu o problema da incompatibilidade de informações internas e externas à PMV, pois, a maioria das Secretarias não segue essa divisão por já possuir uma divisão própria que precede a lei, e, pela resistência em alterar seus sistemas de informações e adequar a um padrão único para a prefeitura. *“As Secretarias de Educação e Saúde são os casos mais sérios. Elas trabalham com divisões próprias e são resistentes à adequação proposta pela lei. Querem que toda a prefeitura se adapte às suas respectivas divisões, e não o contrário”* (relato de uma funcionária da Gerência de Desenvolvimento de Informações da PMV, agosto de 2008).

Fazendo uma comparação entre a divisão territorial proposta pela “Leis de bairros” e

pela SEMUS, cabe um retrospecto quando do surgimento desses bairros. O que antes era chamado de São Pedro I, hoje chama-se apenas São Pedro; os que antes se chamavam São Pedro II e São Pedro IV hoje chamam-se Santos Reis e Conquista; o que antes se chamava São Pedro III hoje chama-se Santo André, São José e Redenção; o que antes se chamava São Pedro V hoje chama-se Nova Palestina; o que antes se chamava São Pedro VI hoje chama-se Resistência. Ilha das Caieiras que é o mais antigo dos bairros dessa região não mudou de denominação, assim como Comdusa, que foi o segundo bairro a surgir na região, cronologicamente.

A discussão feita anteriormente implica um certo entrave na comunicação entre a SEMUS e as demais secretarias uma vez que a SEMUS alimenta com relatórios gerados mensalmente enviados pela USF Ilha das Caieiras o banco de dados nacional de informações dos sistemas de saúde – o DATASUS, e, o fato de a SEMUS trabalhar com divisão territorial distinta da legitimada pela “lei de bairros” evidencia a polêmica se os dados relativos a saúde dos moradores do território da Região 7 estão corretamente registrados no DATASUS. Essa discussão ganha força pelo fato de a região 7 que antes compreendia seis bairros passou a abranger dez bairros e, a própria população não legitimou a nova divisão proposta pela lei. Dessa forma, os moradores continuam denominando São Pedro III o que hoje são três bairros e São Pedro IV o que são dois bairros sendo que um também compreende parte do que já foi São Pedro II.

A despeito desses conflitos de dados que há entre as secretarias, a lei de divisão territorial em bairros e o que considera a população residente, tomaremos o território da USF Ilha das Caieiras para efeito de análise desta pesquisa a divisão territorial da SEMUS e a legitimada pela população residente que são semelhantes.

Mas fica a indagação, como esses dados podem ser tratados no encontro das informações entre as diversas áreas que demandam um planejamento e gestão unificada, como Saúde, Educação, Planejamento Estratégico, Obras, Segurança, entre outras, se elas não são registradas de forma a serem tratadas conjuntamente?

Para fins desse estudo consideraremos que o território da USF Ilha das Caieiras abrange os bairros São Pedro I, São Pedro II, São Pedro IV, Comdusa e Ilha das Caieiras, conforme apresentado no início deste trabalho. A população total dessa

região, segundo o censo é de aproximadamente 10 mil habitantes (IBGE, 2000). O total de famílias cadastradas na USF Ilha das Caieiras, até o mês de agosto de 2008 era de 2.257 famílias.

Antes de seguirmos para a caracterização do cotidiano da USF Ilha das Caieiras no que diz respeito ao espaço físico, equipes de saúde, trabalhadores, horários e serviços oferecidos, vamos relatar o movimento de constituição dos bairros que compõem esse território como nos foi contada, pois consideramos que a história desse povo está prescrita no corpo e nos modos de vida das pessoas que ali habitam. Lembramos que parte do que está aqui relatado não está apontado em documentos oficiais publicados nos meios de comunicação.

As histórias e estórias que trazemos aqui estão marcadas no corpo das pessoas que lutaram pela construção desses bairros e vieram a tona no momento dos relatos, no encontro com a pesquisadora. Conversamos com antigos moradores nas visitas dos agentes em suas residências, algumas visitas espontâneas, outras induzidas pelas agentes (quando a pesquisadora solicitava conhecer algum personagem citado por outro). Além de entrevistas com ex-moradores que se destacaram como liderança do movimento comunitário, instituição que teve papel de destaque nessa história. Também merece destaque a conversa com professores e militantes que viveram aquele momento e fizeram parte desse movimento que marcou o final da década de 1970 e início da década de 1980.

Procurando afirmar os princípios da história oral, não nos preocupamos em fazer uma descrição respeitando a cronologia dos acontecimentos, apenas os descrevemos a medida que nos foram sendo contados pelos personagens. Destacamos que a Ilha das Caieiras, por ser o bairro mais antigo e com características diferentes dos demais, aparece primeiro nos relatos. Em seguida, nos contam sobre o surgimento do bairro Comdusa que foi diferente e até mesmo controverso. E os “São Pedros”, que são os bairros cujo surgimento foi marcado por luta popular e resistência, é uma longa história que sempre enche os olhos de quem ao contar, a revive.

Apesar de o território da USF Ilha das Caieiras abranger apenas os “São Pedros” I, II e IV, os relatos trazem a história do surgimento de um grande complexo de casas que só posteriormente foi dividido em seis bairros criados com esse nome variando-

se apenas o numeral romano, e, posteriormente, em 2003 com a “lei de bairros”, conforme exposto, ganharam outros nomes, embora os moradores ainda os tratem como “São Pedros”.

#### 4.2 ANTES: ILHA DOS PESCADORES. HOJE: PENÍNSULA, O PESCADO É RARIDADE... FICARAM OS MORADORES

Localizado à beira da baía noroeste de Vitória, “a Ilha” como é popularmente conhecido é um dos mais antigos bairros de Vitória. Já no final do século XIX é possível identificar o bairro nas plantas da província, porém, no mapa de Vitória, somente é possível encontrar “a Ilha” a partir da década de 1930. No princípio era uma ilha mas com o passar dos anos e o aterro do mangue, hoje é uma região peninsular.

A história do surgimento da ilha das Caieiras contada nos livros é de que a região era parada de canoieiros que desciam o rio Santa Maria (antes ele era navegável até a Ilha, hoje não mais) trazendo as embarcações carregadas de café das fazendas de Santa Leopoldina. Aquele pedacinho de terra firme era parada para descanso antes de chegar ao porto de Vitória. Com a queda no preço do café e as crises que as lavouras enfrentavam, algumas famílias desceram o rio em busca de novas perspectivas de vida. Optaram por esse local, pois, ali encontravam um clima semelhante ao do interior para viver em paz com sua família; além do pescado em fartura na desembocadura do rio com o mar - seu estuário forma a região do mangue. Tornaram-se pescadores e passaram a viver do comércio do pescado, atividade econômica muito forte na região durante muito tempo (DIAS, 2001; GURGEL; PESSALI, 2004).

Segundo relato de um antigo morador,

a ilha é muito antiga, alguns dizem até que ela tenha mais de quatrocentos anos. Algumas famílias que não conseguiam mais sobreviver da vida no campo, veio de canoa pelo rio Santa Maria e parou aqui. Era terra de ninguém, não tinha nada em volta, só mangue, mangue, mangue. Mas tinha muito peixe, ah isso tinha fartura. Aí começaram a viver da pesca, saía todo dia pra pescar e a mulher cuidava da casa e dos filhos. Uma vez na semana ele ia ao mercado [na Vila Rubim] vender esse pescado, mas as condições de transporte eram muito ruins, mal tinha estrada, ônibus não passava aqui, tinha que ir andando até lá no Centro, onde a cidade começava. Aqui parecia o fim do mundo, ou o começo, não sei. Pra ver gente aqui só quando os canoieiros vinham trazendo café até o porto, as vezes paravam,

as vezes roubavam o que as famílias tinham e o que não tinham.

Havia ali, já no princípio do século XX uma fábrica de cal que empregou uma parte dessa mão-de-obra vinda das lavouras de café. A cal era feita com cascas de ostras lavadas, queimadas e moídas em grandes fornos, e depois de fabricada era ensacada e levada para o Porto de Vitória. Os pescadores retiravam as ostras do mangue, as quais eram abundantes e formavam imensas pilhas de ostras próximas aos fornos. O nome dado a essas pilhas de ostras, na época, foi **caieiras**; essa é a origem do nome da “Ilha”, Ilha das Caieiras (GURGEL; PESSALI, 2004).

Mas a ilha começou a crescer mesmo bem depois, quando todo mundo fugiu do campo por causa da peste do café, acabou com quase tudo não tinha mais serviço pra ninguém no interior. E aqui na ilha colocaram uma fábrica pra fazer cal com as ostras. Ah isso foi a peste da ilha, porque todo mundo veio pra cá e queria catar ostra pra vender pra fábrica, aquilo quase acabou com nossas ostras, fazia aquelas montanhas de ostras no terreno da fábrica pra fazer cal, dizem que é por isso o nome Ilha das Caieiras, né eu não sei se é por isso não, mas o povo conta. Depois que a fábrica quebrou, ficou todo mundo aí e a pesca continuou a ser o principal trabalho pra essas pessoas sustentar suas famílias (relato de um antigo morador).

Durante mais de meio século, os moradores “da Ilha” foram praticamente os únicos moradores da grande extensão que margeia o mangue da baía noroeste de Vitória. As casas, em sua maioria ficam a margem da baía. As famílias foram crescendo pouco a pouco e, mesmo depois que a fábrica de cal não mais existia na região, ela se manteve pelo comércio de pescados que abundava no manguezal. A atividade pesqueira naquela época resumia-se a homens em pequenas canoas com redes tecidas por eles próprios, e pode ser considerada menos predatória que a pesca com equipamentos de tecnologia mais avançada que surgiram a partir dos anos 1960. Hoje as poucas famílias que ocuparam inicialmente a região, receberam companhia, segundo censo (IBGE, 2000) já são aproximadamente 1.400 moradores vivendo em casas de alvenaria (exceto algumas poucas casas de madeira que restam), onde há coleta de lixo diariamente e água tratada em quase todos os domicílios; porém, o serviço de tratamento de esgoto é uma realidade para apenas 70% dos domicílios (SEMOB/PMV, 2000). Dado interessante sobre a “Ilha” é encontrado nos registros do TRE-ES (2006), apesar de só haver 1.400 moradores na ilha, há aproximadamente 2.500 eleitores cadastrados na Ilha das Caieiras. Esse dado é importante se considerado para análise posterior, pois os moradores relacionam as benfeitorias que a região recebe com os interesses eleitorais.

Depois que a população cresceu, também cresceu o olho dos ricos sobre o pescado que sustentava o nosso povo. Aí surgiram os baloeiros, os barcos

grandes que pescam com aquelas redes em forma de balões que passam no fundo do mar e arrastam tudo que tem pela frente. O que não presta, os caranguejos, os pexim pequenos eles jogam fora, mas já tá tudo morto. Isso ajudou pra acabar com o nosso pescado, pouco a pouco. Hoje são poucas famílias que conseguem sobreviver do pescado aqui, tem mais a cata do Siri, lá na Cooperativa das Desfiadeiras de Siri, algumas ostras ainda, mas peixe mesmo é muito pouco. A maioria do povo mesmo tem que sair pra trabalhar fora, como diarista, vigilante, secretária, ou então tem Bolsa Família (relato do filho de um dos mais antigos pescadores da região, falecido no ano de 2008)

Segundo contam os antigos moradores, durante algum tempo, mesmo depois da ocupação da região do entorno, com o surgimento dos bairros Comdusa e “São Pedros”, a população da “Ilha” ficou isolada, como um clã que não se misturava com os demais, não “tomava as dores” e não se envolvia na luta dos povos pela ocupação. *“Não havia sequer ligação entre a Ilha e os outros bairros da região, o povo não deixava abrir rua ligando os bairros. Tem pouco tempo que a prefeitura fez o beco<sup>22</sup>”*. Ainda hoje é recorrente entre a população esse discurso que *“na Ilha as coisas são diferente, aqui não tem bandido, aqui ninguém rouba, não se mata, só lá nos outros bairros”* (relato dado por uma ex-moradora dos São Pedros).

Ainda há famílias de pescadores na “Ilha” cuja principal renda familiar é o comércio de pescados, mas a oferta de peixes diminuiu muito em função do avanço da cidade sobre o mangue na forma de aterros e, devido principalmente, à pesca predatória praticada por pescadores que trabalham para grandes empresários do setor de pescado ou de restaurantes e supermercados – os baloeiros<sup>23</sup>. Atualmente a pesca na região resume-se praticamente à pesca do siri, do caranguejo, do camarão e das ostras, e é vendida em restaurantes locais e em alguns supermercados de Vitória.

A prática de pescar e desfiar siri estimulou na região o surgimento de restaurantes especializados em pratos a base de frutos do mar. Hoje há na região um pólo gastronômico onde ocorre importantes festivais gastronômicos. Foi criada a cooperativa das desfiadeiras de siri, onde funciona também um restaurante. Importantes pratos típicos da culinária capixaba são a moqueca e a torta capixaba, e ambos podem ser degustados em qualquer restaurante da região. A torta capixaba, por sua vez, merece destaque pela particularidade no preparo e pela grande

---

<sup>22</sup> O “beco” é uma rua estreita que liga a Ilha das Caieiras e o bairro São Pedro I, onde ficam os famosos restaurantes muito conhecidos pelos pratos a base de frutos do mar.

<sup>23</sup> Como falado por um morador, o nome baloeiros vem do apelido dado ao equipamento de pesca que tem a forma de um balão, que é arrastado no fundo do mar ou do rio. Porém, como só lhes interessa peixes grandes, o que é inservível para o comércio e está agarrado ao equipamento é jogado fora (relato dado por um aluno de um grupo de pesquisa do curso de biologia da FAESA).

demanda no período da Semana Santa, ganhando até um festival neste período na Ilha das Caieiras.

A população de Vitória que conhece a Ilha das Caieiras tem como referência o beco onde ficam concentrados os restaurantes, próximos a um dos cais que proporciona vista para o manguezal e onde ocorrem passeios comerciais de escuna pela baía de Vitória. Durante finais de semana e feriados a rotina dos moradores da “Ilha” é mudada pela presença de famílias de classes média e alta que freqüentam os restaurantes. As pequenas ruas são disputadas por grandes carros de luxo. Apesar do incômodo (principalmente na população local) que produz essa convivência, ao menos faz com que a população de classe média e alta veja que há outra realidade além da que eles vivem. E, inegavelmente, a vista do cais da “Ilha” é indescritível.

#### 4.3 OS ANTIGOS HABITANTES DA ATUAL RODOVIÁRIA EM NOVO LAR, O BAIRRO COMDUSA

A grafia correta desse bairro parece polêmica. Encontramos as duas formas de escrita em livros, jornais, sites e artigos - Comdusa e Condusa. Os próprios moradores se sentem confusos, nas contas e correspondências também se deparam com as duas formas de escrita. Em princípio parece de nada importar a forma de escrita mas há pistas da relação entre o nome do bairro e a antiga COMDUSA (Companhia de Melhoramento e Desenvolvimento Urbano S.A), empresa responsável por várias obras feitas pelo poder público na década de 1970 por exemplo, a construção da rodovia Serafim Derenzi e do terminal rodoviário de Vitória, e que existe ainda hoje apesar do histórico polêmico de obras superfaturadas. Não fica explícito na bibliografia consultada se o nome do bairro teve alguma ligação com a empresa COMDUSA.

Adotamos, para fins desse trabalho a grafia Comdusa por uma questão de aproximação com os registros da SEMUS embora vá de encontro ao que preconiza as normas gramaticais.

Os documentos oficiais consultados não precisam a data do surgimento do bairro, encontramos apenas, em todos eles a indicação de que o bairro surgiu entre o final



da década de 1960 até meados da década de 1970, com a transferência de 72 famílias que ocupavam o antigo bairro Miramar, próximo à Ilha do Príncipe, para a construção do que hoje é o terminal rodoviário de Vitória (GURGEL; PESSALI, 2004; DIAS, 2001; ANDREATA, 1987). Os antigos moradores relatam que *“não me lembro muito bem a data não, só sei que foi do dia pra noite, tiraram a gente de lá e quando chegamos aqui as casinhas já tavam prontas”*(relato de um antigo morador).

Segundo Dias (2001), essas famílias vieram da parte Sul do manguezal de Vitória que deixou de ser local de despejo de lixo para dar lugar ao atual terminal rodoviário. Para a construção da rodoviária foi necessário aterrar uma grande área de mangue, portanto, as famílias que viviam ali em pequenas casas foram despejadas e indenizadas cada uma com uma casa no bairro Comdusa, uma área de encosta próximo ao manguezal na parte noroeste de Vitória, à beira da Rodovia Serafim Derenzi (que antes se chamava estrada do Contorno) e próximo à Ilha das Caieiras. Como havia uma imensidão de área desocupada nas proximidades, a notícia foi se espalhando aos poucos e os parentes foram chegando e ficando nas pequenas 72 casas, às vezes havia até 10 ou 15 pessoas vivendo na mesma casa. Posteriormente, essas pessoas receberam companhia - que fundaram os “São Pedros”.

O relato dos antigos moradores é que

o bairro ‘nasceu do dia pra noite’. Antes não tinha nada na estrada do Contorno [antiga Serafim Derenzi], só poeira e o barraco do seu Manel que tinha uma vendinha. No morro que servia de encosta pro mangue como não tinha nada, só mato, a prefeitura construiu uns barraquinhos porque tinha que tirar o povo lá do Miramar, onde hoje é a rodoviária de Vitória. Cada família ganhou um barraco, não era muita gente não, umas 60, 70 famílias no máximo que vieram pra cá, pro meio do nada e não tinham nada pra fazer porque aqui nem carro passava. De vez em quando passava um carro da polícia ou um carro do Cachimbão que falava que era dono dessas terras todas aqui.

Segundo o censo (IBGE, 2000) esse bairro possui aproximadamente 750 pessoas, divididas em 190 domicílios (o que para o SUS para efeito de cadastramento de famílias representa 190 famílias), com serviços de abastecimento de água, tratamento de esgoto e coleta de lixo regular em quase todos os domicílios. Um dado interessante retirado do censo eleitoral (TRE-ES, 2006) é que não há eleitores cadastrados nessa área. Essa informação nos parece ser útil para análise de uma fala recorrente na população que relaciona as eleições com a prestação de serviços.

Conta o povo que no final da década de 1970, a vidinha tranqüila que eles tinham naquele canto esquecido por todos começou a ser tumultuada pelas invasões que resultaram na criação dos bairros que fazem divisa com este. *“Mas a população daqui não se envolveu não, se acovardou e se trancou em suas casas, deixando o pau quebrar lá fora”* (relato de uma ex-moradora).

Em nossas visitas percebemos que hoje Comdusa é diferente dos demais bairros que compõem o território da USF Ilha das Caieiras. Apesar de as casas terem escalado encosta acima, elas possuem uma estrutura física diferenciada. Há casas com mais de um andar, as ruas são pavimentadas e limpas, a população não joga lixo na rua e não mantém lixo nas encostas, e isso influencia muito no que diz respeito a produção de saúde da população que ali habita.

Segundo relato da Agente Comunitária de Saúde que atende àquela microárea *“até hoje o povo da Comdusa não se mistura muito com do São Pedro, há ali muitos idosos, gente muito antiga, de condição melhor, alguns até tem plano de saúde”*.

Subir até a Rua da Procissão, como é conhecida a rua mais alta do morro da Comdusa exige algum tempo de caminhada e parada mas proporciona uma vista admirável: o manguezal a frente, o monte do Moxuara (Maciço do município de Cariacica), a esquerda (atrás dos edifícios da FAESA<sup>24</sup>), o Mestre Álvaro (grande maciço que fica no município de Serra) a direita e lá no horizonte a atual Rodovia do Contorno de Vitória que liga os municípios de Serra e Cariacica e hoje abriga um grande parque industrial.

#### 4.4 “ENTRE A VIDA DOS CARANGUEJOS E DOS HOMENS, PREFERIMOS A VIDA DOS HOMENS”... ASSIM SURGIRAM OS BAIROS “SÃO PEDROS”

Quando começamos a procurar sobre a história dos bairros, ainda em 2007, pouca coisa foi encontrada, e transmitia uma visão de que tudo tinha sido tranqüilo no surgimento dos bairros; exceto a história deles com o lixo que contaremos mais a frente e está presente em todas as referências acessadas. Depois de devorado os livros, os documentários já citados nesta dissertação, as reportagens dos acervos do

---

<sup>24</sup> FAESA – Faculdade Espírito Santense, empreendimento privado que possui um campus na região de São Pedro, em frente ao bairro Comdusa. A FAESA ainda nos acompanhará na história dos bairros pois já na década de 1970 “comprou” grande parte de terra na região que foi ocupada quando da construção dos bairros.

Arquivo Público e da Biblioteca Municipal, e, principalmente depois das conversas com antigos e ex-moradores, ex-líderes comunitários do bairro e militantes da década de 1970 houve um longo período de “ressaca” na redação deste trabalho, em que nem mesmo no diário de campo conseguíamos escrever qualquer palavra; talvez porque não soubéssemos o que contar, ou talvez por vergonha das atrocidades cometidas contra aquele povo e também por aquele povo. Vamos tentar expressar nos próximos parágrafos o que ficou em nós e ainda vibra.

Nos documentos oficiais há várias versões da história do surgimento dos “São Pedros”, pelo menos duas dessas versões são facilmente acessíveis, cada uma delas representando interesses antagônicos: uma representando os interesses das elites locais que se fizeram realizar na figura do poder público e outra representando os interesses da população que ocupava aquela área.

Para a construção desse trabalho as duas versões estão presentes, num movimento necessário para entendermos o que se passou nesse embate.

É interessante ressaltar que a cada conversa com antigos moradores do bairro, sentimos que contar a história desse povo leva a sentimentos dos mais variados. Ouvimos falas semelhantes a: *“menina, para que você quer ouvir essa história, isso já acabou, já passou, foi uma história tão triste”*, outros diziam *“não gosto de falar sobre isso, fomos muito massacrados pelo homem, e cuidado que se você pretende fazer alguma coisa aqui para ajudar esse povo, também pode ser perseguida”*; outros ainda diziam *“foi uma história bonita, história da luta de um povo para construir um pedaço de chão, mas nós incomodamos e ameaçamos o poder público, nos acusaram de querer fundar aqui uma república independente, e arranjam jeito de nos desarticular”* (relatos de antigos moradores).

Apesar de alguns relutarem no princípio, com jeito e persistência conseguimos que eles relatassem um pouco, pois, pensar no que se passou e contar a história, segundo Mairesse (2003) os faria resgatar a memória e se encontrar com fatos que se realizaram nas histórias. Dessa forma, contar é uma arte do fazer, do produzir e do transformar a realidade que existe hoje, influenciada pelo que aconteceu anteriormente.

Para contar a história dos bairros “São Pedros” seria necessário escrever muitas

páginas mas ainda assim seria improvável que conseguíssemos retratar aqui todo o movimento que se passou naquela época e naquele lugar. E, há ainda registros que não entraram neste relatório por não termos conseguido inserir ou por optarmos por não inserir para preservar a nossa integridade e de nossos interlocutores no processo de pesquisar. A esses dados, apoiados em Lourau (1993, p. 71) chamamos de escrita “fora do texto”, que poderá ser acessada em nosso diário de campo.

Vamos expressar os relatos de alguns fatos que foram importantes para a construção do que existe hoje e, que influenciam na relação que essa população tem com os serviços de saúde, de educação, de meio ambiente e limpeza pública, de saneamento; com o poder público de forma geral e também com as drogas e com a violência.

Até a década de 1970, conforme já tratado anteriormente, só havia algumas famílias de pescadores na Ilha das Caieiras e algumas casas no bairro Comdusa. Entre a Ilha, Comdusa, os bairros mais próximos (Maruípe de um lado e Santo Antônio de outro) e o mangue havia uma imensidão de terra sem ocupação humana mas não necessariamente sem dono.

#### Segundo relato de uma ex-líder comunitária

aquela região estava projetada para ser um condomínio de luxo inclusive com clube privativo. Havia alguns posseiros (entre eles o tal Cachimbão que era poderoso e influente) que dividiram a terra em alguns lotes e os vendiam a um preço alto para o padrão de vida da população que vivia ali. A ligação entre aquela região e o restante de Vitória era feita por uma estrada que se chamava Estrada do Contorno pois fazia o contorno de Vitória, saindo de Santo Antônio no cais do Hidroavião [antes ali funcionava o aeroporto de Vitória, hoje desativado, serve como ponto turístico e complexo gastronômico] até Maruípe onde é o quartel da Polícia Militar. Essa rodovia hoje se chama rodovia Serafim Derenzi, é toda pavimentada e tem um grande fluxo diário de veículos, mas na época havia apenas mato e poeira ao longo da rodovia, com “meia dúzia de barracos” espalhados por ela.

No início do século XX o então governador do Estado, Muniz Freire encomendou ao sanitarista Saturnino de Brito um projeto que ficou conhecido como Novo Arrabalde<sup>25</sup> e tinha como objetivo estender a malha urbana de Vitória em direção ao Norte, o que aumentaria o tamanho da cidade em seis vezes. Conseqüência direta do projeto foi o aterro de algumas partes de mangue como as que serviram de lugar para a

---

<sup>25</sup> Mais informações sobre o projeto consulte CAMPOS JR (1996).

construção do Campus Universitário da UFES e a construção do bairro de Goiabeiras onde se instalou o lixão da cidade de Vitória. Outros aterros foram surgindo com o tempo, como o que hoje é o atual terminal rodoviário de Vitória e o bairro Bento Ferreira; isso em nome do desenvolvimento da cidade de Vitória. Assim iniciou-se o aterro dos manguezais que não cessa até hoje e impacta negativamente os estuários dos rios, diminuindo muito as condições de vida das espécies marinhas que utilizam o ecossistema do manguezal para reprodução (DIAS, 2001).

No final da década de 1960 e início de 1970, os grandes projetos industriais que surgiam na grande Vitória, como a construção da então Companhia Vale do Rio Doce (CVRD, hoje chamada Vale), a Companhia Siderúrgica de Tubarão (CST, hoje chamada ArcelorMittal Tubarão) atraíram muitos trabalhadores vindos do interior do Espírito Santo e de outros Estados, por causa da crise nas lavouras de café; era o movimento do êxodo rural (ANDREATTA, 1987).

Primeiro vinham os homens que serviam de mão-de-obra na construção dos grandes projetos. Esses homens dormiam em pequenos quartos na região do entorno das indústrias, às vezes até 15 a 20 homens no mesmo quarto. Depois que acabava a fase de construção desses projetos, sem perspectivas de melhores condições de vida nas cidades de origem, esses homens migrantes retornavam para buscar suas famílias e mudavam-se em definitivo para Vitória - a cidade crescia e portanto oferecia boas perspectivas de trabalho e de vida. E sem ter para onde crescer mais no entorno das indústrias, essas pessoas iam em busca de terras ainda não ocupadas para se estabelecer ali (relato de uma ex-moradora, ex-líder comunitária de São Pedro).

Esse movimento influenciou para o surgimento de regiões habitadas por muitas famílias em pequenas casas que dão ao local um aspecto rizomático – um amontoado de casas, sem início e sem fim, que ganharam o nome de favelas. As famílias vieram em busca de um espaço que pudessem chamar de seu, onde poderiam criar os animais que criavam no interior, ou seja, reproduzir condições de vida semelhante às que tinham e foram se inserindo nesse complexo de casas que emergia.

As empresas geravam empregos mas o poder público não criava condições de habitabilidade para essa população atraída pelos empregos (ANDREATTA, 1987). Então onde encontrariam espaço para morar em Vitória, senão nas regiões ainda não habitadas? O mangue na parte noroeste da baía de Vitória e os morros das encostas ofereciam um cenário de possibilidades, que para se realizar bastaria muito trabalho e força para enfrentar as contingências. E assim podemos entender um

pouco da ocupação dos “São Pedros”.

O ano de 1977 marca a grande ocupação que se deu, inicialmente, na parte baixa com a derrubada do mangue para construção de palafitas. Em pouco tempo era um “mar de gente” que batia paus sobre a lama para levantar as palafitas. A madeira era trazida das indústrias onde os homens trabalhavam ou encontradas no meio da estrada; qualquer pedaço de madeira servia para erguer uma casa. até mesmo uma placa de um partido político ou um pedaço de *outdoor* (ANDREATTA, 1987).

Segundo relato de uma ex-moradora, o interessante dessa história é que todos ajudavam,

“embora muitos ali tinham histórias de vida que a gente pudesse desconfiar, tudo era esquecido naquele momento, pois a luta era a luta pela vida de um povo. Entre a vida dos caranguejos e a vida dos homens, tínhamos que tomar uma decisão, e decidimos pela vida homens”.

As palafitas eram em sua maioria erguidas a noite, quando os homens não estavam trabalhando, e, não raro passava um “camburão” (como eles chamavam o carro da polícia) ou o carro dos que se diziam posseiros (mas mangue tem dono?) e gritavam que iriam derrubar tudo. O povo não dava ouvidos e continuava a erguer as palafitas.

No meio dessa luta, dois nomes se destacam: Graça Andreatta e Ruy Coelho. Ela capixaba, ele cearense, mas ambos vindos do Rio de Janeiro onde estudavam, militavam e trabalhavam. Talvez não seja necessário lembrar, mas se necessário for, lembramos que vivíamos o regime militar, e ser militante do PT naquela época, morando no Rio de Janeiro, sugere encrenca com os militares. Ela era professora e ele estudante que fora preso e torturado pelo regime militar. Fugia de um processo com possível condenação. Vieram em busca de um lugar onde pudessem viver em paz, mas, ao que parece, sua bagagem de militantes não os permitiu viver em paz, pois logo se tornaram referência e foram os cabeças pensantes do “planejamento urbanístico” de São Pedro I que começava a surgir (GURGEL; PESSALI, 2004; ANDREATTA, 1987).

O aterro era feito com terra buscada de um barranco próximo. Foi uma época de muita luta e muita persistência, muitas vezes as palafitas eram destruídas por capangas, e no outro dia o povo reconstruía. Em agosto de 1977 já eram mais de 30 “barracos” e a comunidade resolveu convidar o então governador, Élcio Álvares para visitar o lugar onde eles viviam. A visita do governador foi no dia 04 de setembro e

esse ficou marcado como a inauguração do bairro São Pedro I. O bairro levou esse nome por causa do santo protetor dos pescadores São Pedro, e suas ruas marcam a história de sua construção: Rua da Libertação, do Retiro, da Felicidade (DIAS, 2001).

Nesta época o lixo de Vitória era destinado para um aterro no mangue no bairro de Goiabeiras, posteriormente desmembrado no bairro chamado Maria Ortiz, e, apesar de a capitania dos portos ter proibido jogar lixo nos mangues desde 1976, em Vitória essa proibição era ignorada. Muitos moradores do São Pedro, sem ter trabalho iam para o lixão catar resíduos para vender, para construir suas casas ou até mesmo para comer (relato da ex-moradora e ex-líder comunitária).

A longa história entre os moradores dos “São Pedros” e o lixo começava aqui. Em 1978 a Comissão Nacional das Regiões Metropolitanas e Direitos Urbanos discutia a destinação final do lixo domiciliar de Vitória e já no ano seguinte, a prefeitura procurava um novo terreno para deposição dos resíduos sólidos domiciliares. No início de 1980 a prefeitura transferiu o lixão para Carapina, no município de Serra propondo construir ali um aterro sanitário e uma usina de beneficiamento do material. Uma empresa imobiliária reclamou a posse do local, e muita confusão aconteceu, com o impedimento dos cerca de 100 catadores de lixo de entrar para trabalhar. Nesta época o montante de lixo que a capital gerava já era de 100 toneladas por dia. O prefeito de Serra também protestou contra a instalação do lixão em Carapina e a solução encontrada foi a transferência do lixão para a região ao lado norte do então existente bairro São Pedro, onde hoje é o bairro São Pedro III (ou Santo André). Aqui a história desse povo com o lixo se estreitou (GURGEL; PESSALI, 2004; ANDREATTA, 1987).

Alguns como a Graça e o Ruy foram contra a transferência do lixão para a região de São Pedro e tentaram transmitir aos demais que juntamente com o lixo viriam também mazelas como doenças, insetos e bichos. Mas como argumentar com um povo que em sua maioria vivia do lixo que o lixo os fazia mal? O que faz mais mal do que não ter onde morar e o que comer? E a população festejou a chegada do lixo... (ANDREATTA, 1987).

A essa altura, por volta de 1981, quatro anos após o surgimento do bairro São Pedro, na parte baixa do mangue não cabia mais ninguém e as famílias continuavam chegando, a única solução seria “ocupar” o lado sul do bairro em direção a uma propriedade particular onde hoje é o Campus Universitário da FAESA. Foram muitos confrontos com polícia, com capangas e com posseiros. Mas o povo resistiu. São Pedro I já tinha um Movimento Comunitário forte, presidido por mim e com o apoio de Ruy e

outros colegas. E todos auxiliaram na fundação do novo bairro (o segundo bairro nasceu, ele ganhou o nome de São Pedro II e seu irmão mais velho passou a se chamar São Pedro I), mas, diferentemente de São Pedro I onde a “ocupação” fora gradual, em São Pedro II ela se deu em um só dia, ou melhor uma só noite. Homens, idosos, mulheres e crianças trabalharam a noite toda – a madeira já estava escondida nas casas, e a ocupação estava sendo planejada pela população e pelo Movimento Comunitário há alguns dias (relato da ex-moradora e ex-líder comunitária)

O povo do bairro São Pedro II descobriu uma outra funcionalidade para o lixo, além de comida para o povo faminto, os restos despejados pela população de Vitória, serviam também de trabalho para os catadores - que vendiam os resíduos reutilizáveis como papelão, plástico e vidros - serviam de lazer para as crianças e agora também de casa, pois o povo descobriu que o lixo servia para aterrar o mangue, e, apesar de na época de maré cheia as casas ficarem inundadas de lixo, bichos e doenças, como dizer para uma população que mangue aterrado não se recupera, que eles estavam matando os animais, se eles próprios se confundiam com animais. Os urubus, os cachorros e os porcos que vinham rodear o lixo, vinham pelo cheiro, vinham disputar os restos com os homens...(ANDREATTA, 1987).

Aqui cabe uma parada para ressaltar o envolvimento da Igreja Católica com a construção dos bairros São Pedro, ancorada nas figuras de Graça e Ruy. Eles começaram a participar das discussões em uma Comunidade Eclesial de Base (CEB) e aos poucos foram mobilizando outros colegas das CEBs para ajudar na luta do povo dos “São Pedros”. Foram surgindo CEBs em todos os bairros da região e, a despeito de haver pessoas das mais variadas crenças, todos participavam das assembléias feitas pelas CEBs e todos construíaam juntos (ANDREATTA, 1987).

Segundo relato de um ex-morador e ex-líder comunitário, *“nunca me esquecerei da construção da primeira igreja do São Pedro, havia pessoas da Igreja Quadrangular do Reino de Deus, outras da Presbiteriana, mas todos ajudaram a construir a Igreja Católica”*.

Outro importante ator ligado à Igreja Católica foi a Comissão de Justiça e Paz (CJP), onde havia advogados que lutavam pela justiça e pelos direitos humanos. Em quase todas as confusões por causa da ocupação onde havia pessoas presas e violentadas, a CJP dava apoio ao MC e o povo saía vitorioso (ANDREATTA, 1987).

De acordo com os documentos oficiais, o lixo ficou pouco tempo no local onde hoje é o São Pedro III (ou Santo André), logo foi transferido para um local mais distante



onde hoje é o São Pedro V (Nova Palestina). O lixo foi levado para mais longe mas os catadores o acompanharam e não acharam ruim pois precisavam de mais lugar para morar, a população crescia. Houve um fato interessante, a mídia divulgou a disponibilidade de lotes para serem ocupados e onde deveriam ser construídas casas para 30 famílias, apareceram 300 para morar. O jeito foi ocupar mais um pedaço. E essa ocupação não se passou sem muita luta. Foram surgindo o terceiro e o quarto bairro (DIAS, 2001; ANDREATTA, 1987).

Um antigo morador nos conta que

a transferência do lixo para o novo local foi uma jogada política para beneficiar o terreno de um “tal de Cachimbão” que queria construir um ferro velho no local e precisava do lixo para servir de aterro. O dono da área proibiu os catadores de entrar pra catar o lixo, mas eles resistiram e entraram. Os capangas reagiram, a polícia chegou, mas o MC tinha avisado a mídia que chegou e flagrou um quebra-pau, inclusive com uma cena chocante de um policial chutando uma gestante. Essas cenas foram ao ar e mais uma vez a CJP atou em defesa daquele povo. O juiz Homero Mafra decidiu em favor do MC concedendo reintegração de posse aos catadores, e em sua defesa ele cita o poema do Manuel Bandeira, que dizia, ao se aproximar do lixão e ver algo se remexendo, revela todo seu horror: “não era um bicho, meu Deus, era um homem”.

Até este momento da história, se podemos assim dizer, quatro bairros já estavam formados, mas a situação de tensão era permanente, ora com o governo, ora com os que se diziam posseiros. Uma Associação da Cooperativa dos Catadores de Vitória - ACCATAV foi organizada com a ajuda do MC, como também o primeiro sindicato de catadores de lixo do Brasil. A associação levou o nome de Homero Mafra em homenagem à decisão desse juiz em favor dos catadores (GURGEL; PESSALI, 2004).

Mas o povo queria escola, creche, saneamento básico, serviços de saúde e transporte coletivo. Em 1982 havia várias escolinhas que funcionavam em casas com os alunos sentados no chão. Todos eram professores e os ensinamentos partiam da realidade deles. “*Usávamos frases da nossa realidade como panela vazia para ensinar um pouco às crianças e jovens. Depois descobrimos que sem querer usávamos o método Paulo Freire*” (relato de uma ex-moradora e ex-líder comunitária).

Em 1982 a pressão pela escola foi aumentando, um abaixo assinado foi levado ao poder público e um documento com 960 pré-matrículas mostravam a urgência por uma escola na região. Muita jogada política aconteceu que não cabe ressaltar aqui,

mas, fato era que a força da liderança comunitária de São Pedro, já incomodava e precisava ser desarticulada. A escola foi uma jogada de desarticulação política desse movimento que se estendeu aos poucos para todas as esferas daquela sociedade. O nome da escola que seria Grito do Povo para marcar a vitória popular foi trocada por Francisco Lacerda de Aguiar e os empregos prometidos para serventes e professores não aconteceram. Aqui pode ser conhecido como o início do fim de luta e união de um povo pela construção do que ao final seriam seis bairros (ANDREATTA, 1987).

Segundo relato de uma professora que nesta época estava diretamente inserida no aparelho de Estado, *“o povo de São Pedro tinha tanta força, que quando anunciavam uma passeata em frente ao palácio do governo, ele atendia na hora”*.

A desarticulação política continuou quando o governo utilizou o documentário feito em 1983 pelos jornalistas Amylton de Almeida e Carlos Henrique Gobbi, chamado “Lugar de Toda Pobreza” para exibir o lixão, romantizar o retrato da miséria e fazer dele uma arma e uma vedete política.

Antes da realização do documentário, todas as decisões eram tomadas coletivamente em reuniões feitas pela associação de catadores; aos poucos, o individualismo foi tomando conta daquela população. As cenas chocaram a sociedade, e, em exibições feitas na UFES, o filme ganhou o mundo e muitas doações foram recebidas; doações em dinheiro, em forma de alimentos e roupas. Isso minou o sentimento de coletividade; cada um queria tirar mais proveito da miséria que o outro (relato de uma ex-moradora e ex-líder comunitária).

Em 1985 surgia os bairros São Pedro V (hoje Nova Palestina) e São Pedro VI (hoje Resistência). A esta altura já eram mais de 30 mil pessoas naquela região. Já em 1986, com as primeiras eleições diretas depois do fim do período da ditadura militar, os “São Pedros” foram mais intensamente utilizados como conteúdo de campanhas políticas e alguns moradores foram seduzidos por montantes de dinheiro diariamente para fazer campanha, muitas das quais mesmo depois de vitoriosas não realizaram as promessas feitas para os bairros (ANDREATTA, 1987).

Uma importante instituição criada na região foi a Mulheres Unidas de São Pedro (MUSP) com o propósito de organizar o lixo para que não fosse jogado em quintais privados para beneficiar poucos; para organizar o povo contra violência e proteger as crianças. São Pedro ficou conhecido mundialmente por causa dessa instituição, foram levados ao Canadá para servir de modelo, receberam investimentos para

estimular as atividades, mas o povo diz que “na verdade quem se beneficiou disso foram os políticos, que até hoje procuram a MUSP e querem usar o nosso nome só em época de política para ganhar voto, hoje nossa sede funciona só para alugar para festas, aniversários e casamentos, e o dinheiro ninguém vê” (relato de uma antiga representante da MUSP).

*Desde então uma forte onda de violência se instalou no bairro e chegaram muitas drogas: drogas de todas as formas, lícitas e ilícitas. Drogas de igrejas que iludem o povo e só querem retirar o que a miséria não os possibilita ter; drogas que são vendidas para a classe média e que significa ganhar dinheiro fácil; droga de prostituição. E o que fazia com que isso não existisse antes era a união, a força do povo, a autoridade que cada morador tinha e o sentimento de que tudo aquilo que lá existe hoje, nada foi ganhado, foi tudo conseguido com muita luta, muito sofrimento, hoje já se perdeu quase tudo (relato de uma antiga moradora).*

Em 1990 a região ganhou uma Usina de Triagem e Compostagem do Lixo, com capacidade para processar aproximadamente 300 toneladas por dia. Localizada no antigo São Pedro VI, hoje bairro Resistência gerou emprego para a maioria dos que antes trabalhavam como catadores. Alguns relutaram quando da notícia da usina pois acharam que perderiam o que já lhes servira de ganha-pão, de solo para edificar suas casas e de alimento (GURGEL; PESSALI, 2004; ANDREATTA, 1987).

A década de 1990 marcou uma época de muitas mudanças, poderíamos dizer de muito progresso como trata o documentário feito em 2003? Pensamos que sim, do ponto de vista da infra-estrutura, pois a região possui agora um campus Universitário que hoje funciona com vários cursos na área de Meio Ambiente e Ciências da Saúde, o que proporciona à região a inserção em vários projetos acadêmicos e sociais. O bairro passou a ocupar um espaço diferenciado no tratamento das obras pela Prefeitura de Vitória com a implantação de uma regional administrativa, a regional 7 para melhor atender às demandas da sociedade. Também data desta época a instalação de várias escolas de educação infantil, ensino fundamental e médio, da Policlínica que funciona como pronto atendimento 24 horas por dia e quatro Unidades de Saúde da Família. Mas, do ponto de vista social, esse progresso culminou na maior despolitização e desmobilização dos moradores, isso fica explícito na fala do povo.

*Hoje todos os bairros possuem seus movimentos comunitários, mas a população participa bem menos, não quer se envolver em brigas, pois é muito mais fácil você brigar quando não se tem nada, mas se você tem tudo, para que vai se envolver em briga de peixe grande? (relato de um antigo morador).*

Estamos vivenciando um momento que ilustra bem essa situação. A SEMUS está tentando formar um Conselho de Saúde Local em cada território abrangido por uma USF. Cada conselho será formado pela população local, no mínimo seis membros titulares e seis membros suplentes, para que eles participem de reuniões mensais com representantes da SEMUS e da USF, com o objetivo de levar demandas de saúde da população para a SEMUS e esclarecer dúvidas a respeito de serviços oferecidos pela USF, mas *“estão encontrando obstáculos em formar o conselho pois a população não quer participar, prefere não se envolver”* (relato de uma ACS da USF Ilha das Caieiras).

Após esse relato histórico da construção dos bairros que constituem o território da USF Ilha das Caieiras, no capítulo seguinte relatamos nosso movimento no campo, apresentando os muitos encontros com a população atendida por aquela USF nas visitas domiciliares acompanhando os<sup>26</sup> ACS, com os documentos sobre a prescrição do trabalho destes profissionais, com os demais profissionais da rede de trabalho formada por aquela USF; enfim, com tudo que se produziu em campo no processo de pesquisar.

---

<sup>26</sup> A partir desse momento nos referiremos aos profissionais ACS no feminino pois todos os ACS da USF pesquisada são mulheres. Isso produz efeitos que serão discutidos no próximo capítulo.

## **5 O TRABALHO “VIVO”<sup>27</sup> E EM ATIVIDADE” DAS ACS DA USF ILHA DAS CAIEIRAS**

Neste capítulo avaliamos o material produzido no acompanhamento do trabalho dos ACS nas muitas visitas domiciliares e nas conversas entre uma visita e outra, nas conversas do cafezinho ou nos horários antes e depois das reuniões com os grupos, como também nos horários que antecedem o início do expediente de trabalho. Além das conversas tidas com antigos moradores da região e da entrevista formal concedida por uma ex-moradora, presidente-fundadora do Movimento Comunitário de São Pedro.

### **5.1 A USF ILHA DAS CAIEIRAS – POR FORA BELA VIOLA, POR DENTRO...**

Nossas inserções na USF Ilha das Caieiras foram marcadas por experimentações diferentes. O cenário externo é encantador – uma casa em estilo litorâneo, em paredes decoradas com pedras e conchas. A casa possui dois andares e mais um terraço, duas varandas de frente com vista para o cais da Ilha das Caieiras e para o manguezal, entre o maciço do Mestre Álvaro no município de Serra e o Moxuara em Cariacica. Identificada com uma faixa pendurada na varanda do segundo andar “Unidade de Saúde Ilha das Caieiras”.

A entrada da USF é pela varanda do andar térreo, um pequeno portão no qual estão dispostas logo a frente algumas cadeiras onde os usuários do sistema de saúde devem esperar enquanto aguardam para atendimento dos serviços que se dão no andar térreo, quais sejam, marcação de consultas por meio de senhas distribuídas em quantidades limitada por ordem de chegada, coleta de exames laboratoriais, retirada de medicamentos na farmácia popular, pré-atendimento a consultas com aferição de pressão arterial, peso e medida, além de curativos. No período matutino que é quando se concentra a distribuição de senhas para marcação de consultas realizadas na USF e coletas de exames esse espaço é sempre muito cheio e as filas extrapolam os limites internos dos prédio da USF e invadem as calçadas. Para

---

<sup>27</sup> Optamos por inserir a perspectiva do “VIVO” relacionado do trabalho, em especial ao trabalho dos ACS, não de forma a dualizar com o “morto” ou negar o agravamento de um quadro de crise mundial no sistema de trabalho e emprego, e sim para marcar a perspectiva de que o trabalho é um constante embate que se dá no campo do real em busca de produção e re-produção de vida (FIGUEIREDO et al, 2004).

entrar na USF neste horário é preciso disputar um espaço para passar entre essa multidão.

No segundo andar estão os consultórios médico, odontológico, sala de enfermagem, serviço de psicologia e assistência social, além de uma pequena recepção onde são marcadas consultas e serviços especializados que são feitos externamente, em hospitais e clínicas (atenção secundária). Há também uma copa ao final do corredor. Não há recepção de espera para os consultórios, a varanda assume essa funcionalidade. Na extremidade direita da varanda, numa “ilha” feita em divisórias está a sala da gestora da USF, na extremidade esquerda está a escada que leva ao terraço. Aqui cabe um comentário mais detalhado, quando estivemos na USF num sábado para uma campanha nacional de vacinação tivemos a oportunidade de subir até o segundo andar que estava vazio e sem utilização e observar o espaço físico. Os consultórios são quartos divididos ao meio por divisórias e improvisados. Não há escovário no consultório odontológico, a prática da escovação dos pacientes odontológicos acontece de forma improvisada no banheiro mais próximo. Isso nos inquietou, e nas conversas com as ACS e com usuários que aguardavam as consultas pudemos entender a relação da USF com aquele espaço físico que nos pareceu impróprio para o funcionamento de uma USF.

A USF Ilha das Caieiras funciona desde 2006 em caráter provisório numa casa alugada pela prefeitura, pois sua nova sede está sendo construída desde o princípio de 2007, ano para o qual a entrega fôra prometida. O antigo prédio de funcionamento era demasiadamente pequeno, condenado pela defesa civil e dado como impróprio para suas atividades pela vigilância em saúde. A promessa é que quando a nova sede ficar pronta será uma das maiores USF de Vitória com capacidade de atendimentos e consultas especializadas e possível candidata a se tornar um Pronto Atendimento 24h como se tornou a USF do bairro vizinho, São Pedro III (ou Santo André).

Voltando a falar da estrutura física interna da USF pesquisada, no canto esquerdo da varanda do segundo andar está o acesso ao terraço onde há um papel com uma mensagem impressa “*acesso restrito aos funcionários*”, ainda assim fomos convidados a subir. Aqui se confirmou a frase do título desse item, o dito popular “Por fora bela viola, por dentro...”. No terraço apenas estruturado em cimento há

uma mesa com armários expostos ao ar livre, além de várias caixas empilhadas. Este é o espaço reservado para as ACS fazerem reuniões, guardarem suas pastas, documentos e objetos de uso diário para a atividade de trabalho. Lá também ficam armazenados prontuários de famílias inativas, relatórios antigos e materiais inservíveis. Recentemente as ACS tiveram que dividir seu espaço para realização de reuniões e trabalho administrativo com os Agentes da Vigilância Ambiental, os quais buscam prevenir e combater doenças provocadas por condições ambientais, e, com a ameaça de proliferação da dengue nessa região, os agentes ambientais aumentaram em número e ganharam espaço próprio para reuniões e demandas de trabalhos administrativos dentro da USF em pesquisa.

Este é o cenário caracterizado segundo a experimentação da pesquisadora, o qual achamos importante destacar pois ele produz efeito no trabalho das ACS. Pode-se perceber, após este relato, a distinção existente entre a estrutura desta USF e da USF Jardim da Penha conforme pesquisa desenvolvida anteriormente por Almeida (2007).

As distinções que em princípio são apenas de estrutura física – enquanto a USF Jardim da Penha conta com um prédio próprio, com consultórios bem estruturados, auditório para palestras, reuniões e eventos, escovário odontológico amplo, sala de estudos para os ACS, além de um ambiente limpo, organizado e que dá a impressão agradável de se freqüentar<sup>28</sup>; a USF Ilha das Caieiras apresenta condições de estrutura física relatadas anteriormente. Essa distinção entre as estruturas físicas das duas USFs denuncia uma inversão da lógica de necessidade e utilização da população para com o sistema de saúde pública.

Grande parte da população de Jardim da Penha usa o sistema de saúde privado, alguns inclusive que são idosos e acamados possuem enfermeira particular a sua disposição em casa, sendo trabalho das ACS apenas visitar, conversar, ouvir e dar conselhos. Na região atendida pela USF Ilha das Caieiras a realidade é diferente, segundo informações das ACS quase ninguém possui condições de acesso a plano de saúde particular dependendo quase exclusivamente do sistema público de saúde,

---

<sup>28</sup> Durante a produção da pesquisa, a pesquisadora passou por experiências interessantes. Além de acompanhar os movimentos da USF Ilha das Caieiras como pesquisadora, participou como usuária do sistema de saúde na USF Jardim da Penha na condição de gestante, com acompanhamentos pré-natais mensais, exames, palestras,

e esse fato torna o trabalho das ACS de grande importância para a prevenção e manutenção da saúde dos usuários (BIANCO; ALMEIDA; BINDA, 2009).

No item seguinte faremos a descrição da USF Ilha das Caieiras no seu dia-a-dia, para relatar como é o funcionamento, os serviços prestados, a dinâmica dos profissionais que nela trabalham e sua relação com a atividade de trabalho dos ACS, que buscamos analisar.

## 5.2 O DIA-A-DIA DA USF ILHA DAS CAIEIRAS – IMPROVISANDO, O TRABALHO DÁ CERTO

Conforme relatamos anteriormente, a USF Ilha das Caieiras estava, quando da realização desta pesquisa, imersa num lindo ambiente externo mas com a funcionalidade interna dos procedimentos improvisada numa casa alugada, onde alguns espaços se mostravam inadequados para a disposição de objetos e guarda de materiais e documentos, além da insuficiência de espaço para reuniões, grupos de estudos e realizações de palestras e outros encontros com profissionais e com usuários do sistema de saúde.

Nas visitas que fizemos à USF pela manhã percebemos que a maioria das atividades se concentram neste horário. O horário de funcionamento da USF é de sete horas da manhã às dezoito horas com intervalo de uma hora de almoço para todos os profissionais. Os profissionais que trabalham internamente à USF trabalhavam em turnos de forma a atender ao público durante todo o horário de funcionamento. As ACS iniciavam o trabalho diariamente às oito horas e saíam às dezessete horas. Todos os profissionais assinavam o livro de ponto quatro vezes ao dia: ao chegar pela manhã, ao sair para o almoço, ao retornar do almoço e ao sair ao final do expediente, exceto as ACS, que conquistaram o direito de fazê-lo apenas duas vezes ao dia – início e final do expediente em função da quantidade de visitas que precisavam fazer diariamente para atingir a meta colocada pelo MS, que é de visitar pelo menos uma vez ao mês cada família que reside na microárea de sua responsabilidade.

---

vacinas, tratamento odontológico, entre outros serviços. Dessa forma, a distinção das realidades em que as duas USFs estão inseridas foi sentida no corpo pela pesquisadora.



Os serviços oferecidos pela USF Ilha das Caieiras são: consulta médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; vacinas; dispensação de medicamentos; grupos temáticos em atendimentos a diversos programas; e encaminhamentos para os Centros de Referência (SEMUS/PMV, 2008).

Havia nesta época uma proposta em discussão sobre a ampliação do horário de funcionamento da USF Ilha das Caieiras para encerramento do expediente às vinte e duas horas. Atualmente algumas USFs já funcionam em horário diferenciado tais como as vizinhas na direção sul - USF Santo Antônio que funciona de sete às dezenove horas - e na direção norte - USF Santo André que funciona das sete às vinte e duas horas, como um 'semi' pronto-atendimento (PA). Essa discussão teve início em função do aumento da demanda nos PAs em funcionamento atualmente em Vitória, quais sejam a Policlínica de São Pedro, localizada na Rodovia Serafim Derenzi e o Pronto Atendimento Municipal da Praia do Suá, os quais funcionam vinte e quatro horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados e fornecem serviços de atendimento clínico, pediátrico, odontológico, pequenas cirurgias (anestesia local), leitos de observação para clínica médica e pediatria, sala de emergência, laboratório, dispensação de medicamentos e Raio X (Jornal A Tribuna, 21 de janeiro de 2009).

A distribuição das senhas na USF Ilha das Caieiras para marcação de consultas médicas e odontológicas tinha início às seis da manhã e era feita pelo vigilante. A coleta de material para exames laboratoriais se iniciava às oito horas, horário que coincidia com a chegada das ACS, do início das atividades da Farmácia, da secretaria, das consultas; enfim, era um "mar de gente" tentando se acomodar numa pequena recepção ou adentrar um pequeno portão completamente ocupado pelas filas que se formavam.

Conforme abordado no item que descreve a Estratégia de Saúde da Família e sua concepção de gestão, um dos pilares principais apontados nos documentos é a organização trabalho em equipe composta por profissionais de diversas áreas de conhecimento e atuação, trabalhando em rede – o que o MS denomina equipes multiprofissionais (ES/SESA, 2007).

O território de abrangência da USF pesquisada é dividido em três áreas e treze

microáreas, de forma que cada área corresponde ao território de atuação de uma equipe e cada microárea corresponde ao território de atuação de uma ACS. Portanto, tem-se a seguinte configuração: três Equipes de Saúde da Família (EqSF), cada uma delas composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista e um auxiliar de consultório dentário, além dos Agentes Comunitários de Saúde. Duas equipes estavam com quatro ACS e uma possuía três ACS, e, duas microáreas estavam “descobertas” no decorrer da pesquisa, ou seja, sem atendimento por ACS por falta de profissionais contratados para essa função. Como veremos a frente, de fato essas áreas não estão “descobertas” pois outras ACS atendem as principais demandas dessas duas microáreas.

Além dos profissionais das EqSF faziam parte da USF outros profissionais como auxiliares de enfermagem, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, vigilantes, auxiliares de limpeza e recepção que compunham o quadro de trabalhadores da USF oferecendo serviços de saúde para a população que se desloca até lá, mas não diretamente ligados a uma EqSF. Havia apenas um profissional assistente social e um psicólogo para atender à USF – usuários dos serviços de saúde da comunidade e profissionais da USF.

As visitas domiciliares aconteciam todos os dias pela manhã e pela tarde, cada ACS em sua microárea com profissionais da sua EqSF. Eram aproximadamente 200 famílias que cada ACS atendia sob sua responsabilidade, e o Ministério da Saúde preconiza que todas sejam visitadas pelo menos uma vez por mês, de forma que as ACS precisavam fazer escolhas para quais famílias priorizar as visitas em função da necessidade dos usuários. As ACS relatavam que nem sempre era possível visitar todas as famílias, segundo uma delas *“porque não dá tempo, porque a família nunca está em casa em nosso horário de trabalho ou porque não querem nos receber mesmo”*. Em contrapartida havia famílias que eram visitadas mais de uma vez por mês *“porque precisam de cuidados especiais, como idosos acamados, diabéticos, hipertensos, gestantes, ou outros que precisam de mais cuidado naquele momento”*. Algumas visitas eram feitas acompanhadas pelos auxiliares de enfermagem, quando é necessário aferir pressão, fazer curativos, dar injeções. Outras eram acompanhadas pelo enfermeiro e/ou pelo médico da equipe quando necessário atender a um paciente idoso e/ou acamado que não consegue se locomover até a USF ou quando da visita a recém nascido. A agenda de visitas era planejada a cada

início de mês entre o enfermeiro (chefe da equipe), o médico, as ACS e os auxiliares de cada equipe, mas, não raro eram necessários “desvios” ou renormalizações (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007) por necessidades emergenciais de outros usuários ou de outras equipes que precisavam de apoio de mais um profissional.

Seguiremos à descrição da regulamentação que traz as normas antecedentes ao trabalho dos ACS, ou seja, aquilo que se espera que seja executado por quem atua nessa função, conforme prescrito pelos profissionais que conceberam o modelo de gestão da Estratégia da Saúde da Família, na qual os ACS representam a interface do sistema de saúde pública com o usuário do mesmo.

### 5.3 AS NORMAS ANTECEDENTES AO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Entendemos, como afirmam nossos interlocutores ergonomistas, em especial Guérin et. al. (2004), para analisar qualquer modalidade de trabalho, por mais simples que pareça, deve-se analisar a prescrição relacionada a este trabalho, ou seja, quais as tarefas espera-se que os trabalhadores atuantes naquela função desempenhem ao trabalhar. Nossos interlocutores da Ergologia reiteram essa afirmação, em especial Schwartz e Durrive (2007) e denominam de normas antecedentes o que fora concebido e espera-se que seja desenvolvido por cada trabalhador em uma determinada função numa dada situação de trabalho.

É importante ressaltar, como defendem Schwartz e Durrive (2007) que as normas antecedentes são da maior importância para a execução de um trabalho, uma vez que elas, quando bem concebidas dentro de um processo dialógico entre especialistas e trabalhadores, podem antecipar algumas situações que ocorrerão no dia-a-dia do trabalho possibilitando aos trabalhadores que executam as atividades de trabalho certo conhecimento de como lidar com a situação. O que não se pode esperar é que as normas antecedentes a cada atividade de trabalho antecipem **todas** as situações que ocorrem no dia-a-dia e sejam **cerceadoras** da autonomia dos trabalhadores, para, nos usos de si por si, renormalizarem permanentemente essas normas e criarem outras formas de execução desse trabalho que dêem conta de gerir as complexidades que envolvem cada atividade de trabalho, únicas e inantecipáveis.

Como já dissemos em outras passagens, a inserção da figura do ACS na rede de trabalho em saúde foi feita a partir de meados da década de 1990 com a reformulação da Atenção Básica em Saúde e criação do PACS (BRASIL, 2004). Quando do início da sua atuação os ACS eram contratados pela Cáritas Brasileira, instituição ligada à atuação da Igreja Católica, que prestava serviço aos municípios que aderiram ao PACS, por meio da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Durante algum tempo o trabalho dos ACS era comparado ao de um conselheiro (e assim eles ficaram popularmente conhecidos durante anos), eles faziam visitas às comunidades urbanas e rurais em busca de informações e conversas com a população e davam conselhos sobre como prevenir doenças comuns relacionadas a práticas de alimentação, sobre prevenção de endemias e proliferação de doenças causadas por animais e por maus cuidados com o lixo (CARITAS, 2008).

Posteriormente, ao final da década de 1990 e início de 2000, como efeito da estratégia de re-organização da Atenção Básica em Saúde é criado o PSF (Programa de Saúde da Família), que foi concebido de forma a atuar conjuntamente com o PACS já existente. Em meados dos anos 2000 o antigo PSF recebe nova roupagem e passa a se chamar ESF (Estratégia de Saúde da Família) englobando as ações do PACS, do PSF além da expansão e planejamento de outras ações. Atualmente pode-se encontrar os ACS atuando em duas situações distintas em relação à rede do SUS: ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família ou ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. No Brasil hoje há aproximadamente 250 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e áreas periféricas urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados (BRASIL, 2008a).

A despeito da importância dada aos ACS no âmbito dos programas do MS, e de sua atuação datar do início da década de 1990, somente em 2002, através da Lei 10.507 é criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Esta lei dá outras providências a respeito da profissão, tais como definição do escopo de atuação do ACS limitado ao SUS, exercendo as atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste. Além de estabelecer como requisitos para a

atuação do ACS ter o ensino fundamental completo, residir na área de atuação e ter concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde cujo conteúdo programático é de responsabilidade do MS estabelecer (BRASIL, 2002).

A referida lei dispensa destes requisitos os profissionais que já atuavam na função de ACS, ou seja, a maioria das ACS atuantes na USF Ilha das Caieiras foram dispensadas destes requisitos, porém, a Cáritas não havia ministrado o curso de formação inicial exigido pela lei, quando da contratação das ACS na década de 1990, por isso elas entraram nas turmas de formação do curso para os novos ACS ocorridas em 2007.

Com a publicação da Lei 11.350/2006, a Lei 10.507/2002 foi revogada e as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias passam a ser regidos pela nova lei, a qual reitera o que já afirmara a anterior, porém estabelece duas grandes mudanças que marcam um divisor de águas na atividade do ACS, quais sejam, que a contratação dos ACS deverá ser mediante vínculo direto entre os Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional, e, que toda contratação deverá ser a partir de aprovação em processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, conforme a complexidade de suas atribuições, obedecendo os princípios da administração pública e submetidos ao regime jurídico da CLT (BRASIL, 2006a).

Esta lei ainda estabelece como atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006a, p.1)

Ao analisarmos estes itens que resumem a atribuição do ACS na rede de trabalho em saúde no SUS nos vem a tona o comentário feito por uma ACS em nossa primeira reunião com a que seria a equipe de pesquisa. Em tom de desabafo ela nos

disse “*existe uma tal lei que diz que o ACS tem que fazer tudo*”, e, ressaltando-se alguns excessos, devemos considerar essa afirmação ao analisar o trabalho vivo e em atividade destes profissionais, considerando os contextos no qual ele foi concebido e está sendo diariamente executado.

Concomitantemente com a publicação da lei citada anteriormente, a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este documento pode ser considerado o marco da reformulação da Atenção Básica e concepção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a roupagem que ela possui hoje. Ela se baseia na expansão e limites de atuação do PACS e do PSF e nos princípios e diretrizes propostos no ‘Pacto pela Vida’, ‘em Defesa do SUS’ e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica. Além de aprovar a Política Nacional de Atenção Básica ela também define recursos orçamentários e responsabilidades das esferas de governo federal, estadual e municipal para a gestão em saúde (BRASIL, 2006b).

De acordo com esse documento, a Política Nacional de Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, e, tem a Saúde da Família como estratégia básica de sua organização.

Em seu capítulo II, o documento em referência dedica-se a discutir a Estratégia de Saúde da Família no âmbito das reformulações da Atenção Básica e dispõe que a ESF visa à reorganização da Atenção Básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e são princípios básicos da ESF :

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006b, p. 8).

A portaria ainda define as responsabilidades de atuação das esferas do governo federal, estadual e municipal no que diz respeito a recursos de contratação, manutenção e implantação das ações e de educação permanente dos profissionais inseridos nessa rede de trabalho.

No que diz respeito a estrutura e gestão para implantação das Equipes de Saúde da Família, pode-se observar:

- I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;
- II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;
- III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:
  - a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;
  - b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;
  - c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;
- IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e
- V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS (BRASIL, 2006b, p.10).

O documento citado especifica as atribuições aos profissionais que compõem as EqSFs, sendo atribuições comuns a todos os profissionais:

- I – participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II – realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III – realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

- IV – garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V – realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI – realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII – responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII – participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX – promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X – identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI – garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII – participar das atividades de educação permanente; e
- XIII – realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2006b, p.19)

Além dessas atribuições comuns a todos os profissionais que compõem uma EqSF, também estão previstas as atribuições específicas de cada profissional da equipe, em nosso caso interessa ressaltar as atribuições que buscam antecipar e regulamentar as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde, conforme especificadas a seguir:

- 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 (BRASIL, 2006b, p.20).

Como tivemos acesso ao caderno do curso de formação (ES/SESA, 2007), percebemos que o caderno traz as mesmas informações que a Política Nacional de



Atenção Básica publicada na portaria 648, porém colocadas em palavras de mais comum entendimento e do dia-a-dia dos profissionais. Vejamos um exemplo, no que diz respeito às atribuições específicas dos Agentes Comunitários de Saúde, o caderno traz nos seguintes termos:

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Identificar áreas de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica;
- Realizar , por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites (ES/SESA, 2007, p.88).

Com essa breve comparação pudemos observar que o material desenvolvido para a formação dos ACS do Espírito Santo traduz as especificidades dos profissionais que atuam como Agentes Comunitários de Saúde e um espaço de autonomia dos gestores locais para re-significar atribuições dos ACS de acordo com a demanda e realidade local de atuação, o que está previsto na portaria 648 acima citada.

Fazem parte das ações desenvolvidas pela ESF e de acompanhamento das equipes alguns grupos específicos de usuários que recebem tratamento especial por meio de ações consideradas prioritárias pelo MS, tais como Ações de Saúde da Criança, Ações de Saúde da Mulher, Controle da Hipertensão, Controle do Diabetes Mellitus, Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Ações de Saúde Bucal, entre outras. Cada uma dessas ações é composta de várias atividades a serem desempenhadas pela equipe de saúde, tendo como interface com o usuário do sistema de saúde o ACS, e estão dentro das atribuições destes profissionais (ES/SESA, 2007).

A análise do que chamamos de normas antecedentes do trabalho dos ACS dá voz à afirmação feita por uma agente, já citada em outras passagens e reitera a complexidade e especificidade da atividade de trabalho destes profissionais.

Ainda que as atribuições da atividade dos ACS tenham sido minuciosamente desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, responsável pelo planejamento e gestão de tais documentos, veremos nos planos de análise, por meio de relatos de situações vividas e acompanhadas no cotidiano de trabalho desses profissionais, onde o trabalho se realiza e se mostra sempre vivo e em atividade que há muitas variabilidades a serem geridas e muitas situações que são inantecipáveis, que demandam usos de si, de sua experiência presentes nos corpos-si de cada uma das ACS no contexto em análise.

#### 5.4 A CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE DE PESQUISA

Como já relatado no capítulo que descreve o caminho trilhado para o desenvolvimento desta pesquisa, nosso encontro com as ACS se deu a partir de um contato telefônico com a gestora da USF Ilha das Caieiras. Marcamos uma reunião com todas as ACS para explicarmos sobre a pesquisa e saber da disponibilidade e interesse delas em ser acompanhadas. Como já dito, ainda não tínhamos autorização formal para entrar em campo e estávamos renormalizando essa prescrição.

Nessa USF, quando da época da pesquisa, todos os ACS são mulheres – o que não foi uma surpresa para nós pois essa é uma profissão mais procurada pelo público feminino para exercê-la; e São Pedro, uma região onde as mulheres foram tão representativas durante a sua construção, surpreenderia se fosse diferente.

Nossa primeira reunião com as ACS e a gestora nos mostrou um pouco do ritmo do trabalho daquelas profissionais, e, de como seria então o ritmo da pesquisa que pretendia acompanhar o trabalho delas em atividade. Não começamos no horário, sempre faltava alguma ACS chegar e durante a reunião não raro chegava um usuário no terraço (onde se acessa pela escada que indica “acesso restrito aos funcionários” procurando a ‘sua agente de saúde’)

Observávamos aquela dinâmica e ouvimos da ACS E *“você pode achar isso estranho, mas isso é normal por aqui!”*.

Em meio a esse movimento, conseguimos nos reunir com as onze ACS e a gestora da USF. Falamos sobre a pesquisa, sobre os objetivos, que não interferiríamos

diretamente no trabalho delas – apenas as acompanharíamos. Falamos ainda dos possíveis benefícios e ressaltamos que a adesão deveria ser voluntária, que não era desejável a participação na pesquisa da ACS que não se sentisse confortável para fazê-lo.

Uma ACS se prontificou a participar imediatamente, esta nos pareceu ser a mais experiente (pelo menos no que diz respeito a idade). Argumentou que adora participar de pesquisas com as “meninas da FAESA”, que sempre aprende muito. Logo quis marcar um dia para iniciarmos visitas juntas. Ela atende à “área nobre” – um trocadilho que as ACS utilizaram para identificar a área mais baixa, próximo à maré. Em seguida, outra ACS que se mostrou desde o início intempestiva falando e gesticulando muito também se prontificou a participar, mas logo ressaltou “*minha área são as escadarias, pra subir o morrão tem que ter preparo físico e não pode temer*”(não imaginávamos os desafios que estava por trás dessa ressalva, há passagens nos planos de análise que corroboram com essa afirmação). Posteriormente outras duas ACS (que aparentam ser bem mais jovens) também se manifestaram interessadas fazer parte do que chamamos equipe de pesquisa. A gestora indicou uma ACS que reclamara na semana anterior dizendo que no trabalho “elas faziam muito mais do que deviam” mas que tinha uma “tal lei que dizia que a ACS tinha que fazer tudo”. A ACS indicada relutou um pouco, argumentou que já havia uma pesquisa do CEFETES sobre a qualidade da água na sua microárea, que receava ficar sobrecarregada. Argumentamos que ela marcaria os dias de visita conosco de acordo com a disponibilidade (acompanhar esta ACS nos interessava em especial pois a microárea que ela atende tem características de produção do espaço diferente das demais, e é a mais antiga da região) e ela aceitou.

As outras seis ACS se manifestaram, de formas diferentes - duas ficaram de cabeça baixa como quem sequer se interessava em ouvir o que era falado, outras duas ficaram batendo papo sem ouvir o que nós falávamos, uma outra teve que descer para atender a um chamado - o nome dela foi sugerido por uma das que aceitou, mas a gestora logo se manifestou dizendo que se precisava ser espontânea a participação, ela certamente não participaria. A outra que não quis participar da pesquisa e fez uma fala que marcou e possibilitou-nos começar a entender um pouco a estratégia de resistência das outras colegas. Ela ressaltou:

lh, mais uma pesquisa! Estamos cansados, todo mundo quer vir aqui pesquisar nossa pobreza. Uma vez vieram aqui fazer uma pesquisa sobre cáries, abriram a boca das nossas crianças, contaram as cáries e nunca mais voltaram nem pra dar o resultado, quanto mais pra tratar a boca dos nossos 'bichinhos'. Vai ser mais uma pesquisa que não vai mudar em nada nossa realidade.

Essa fala nos marcou muito pois no fundo sabíamos que tudo que não queremos é que esse relatório de pesquisa fique restrito a uma prateleira de biblioteca. Do contrário, queremos que ele opere, que mude, que provoque dobras, rupturas, intervenções na realidade pesquisada. Mas também sabemos que há várias forças políticas que se coengendram na concepção de gestão do trabalho de profissionais como os ACS inseridos na rede de trabalho em saúde de um programa de governo de abrangência nacional. Diante desse desabafo da ACS, o que fazer? O que falar? Vimos como a história desse povo está marcada nos seus corpos, e como eles ainda são vistos como “o retrato da miséria”, a ponto de por vezes até eles mesmos acreditarem e reproduzirem esse discurso do imutável.

Posteriormente, outras três ACS pediram para participar da pesquisa e serem acompanhadas por nós. Somente três do total de onze ACS não foram acompanhadas nas visitas domiciliares em suas microáreas de atuação, mas ainda assim participavam das reuniões do grupo de co-análise dos dados produzidos na pesquisa.

Em princípio resolvemos identificar as ACS da forma como elas nos marcaram em nossos coengendramentos, através de adjetivos que expressam os nossos encontros, mas, com receio de cometer julgamento de valor, optamos por substituir os nomes das ACS por nomes de pessoas com as quais convivemos. Elas foram assim identificadas até a apresentação do relatório para qualificação dessa pesquisa junto à UFES, feito em junho de 2008.

No percurso da pesquisa, à medida que fomos intensificando as reuniões de co-produção e co-análise dos dados com o grupo das ACS achamos mais prudente não as identificar por nome algum, nem mesmo os nomes fictícios e também não relacionar neste relatório as situações vividas na pesquisa com a microárea em que ela aconteceu. Decidimos identificar suas falas por letras que relacionem o discurso a cada ACS. Essa estratégia visa demonstrar que embora as ACS formem um grupo com características semelhantes, o discurso não pode ser generalizado, pois cada

uma tem uma história de vida e se abre para compor com o campo de trabalho de forma singular. Dessa forma, identificaremos as falas das ACS A, B, C, D e E, principais envolvidas na pesquisa. Eventualmente, falas das ACS F, G e H poderão surgir frutos dos debates nas reuniões. Falas das ACS I, J, K quase não aparecerão, uma vez que elas pouco se interessaram em participar da pesquisa.

A decisão de manter o anonimato, inclusive da microárea a que pertence a ACS foi tomada conjuntamente entre a pesquisadora e as ACS por motivos que deixaremos mais claro na análise das situações vivenciadas no trabalho em atividade dessas profissionais, pois, elas vivem, conforme nossa tese, no fio da navalha, uma vez que sabem demais sobre tudo que acontece em sua microárea e precisam morar dentro da área de abrangência da USF, conforme determinação do MS na concepção das especificações da ESF, e isso implica que todos saibam onde cada profissional mora, quem são seus familiares, seus amigos, quais são seus hábitos, seus costumes, seus horários, sua rotina, ou seja, a vida privada se confunde com a vida pública, e, segundo relato da ACS B *“somos agentes 24 horas por dia. Na igreja, na feira, em casa alguém vem chamar a gente a noite, final de semana...”*

Pelo motivo relatado, faremos referência a cada profissional de forma anônima, pois, entendemos, como Schwartz (2004c) que há valores e saberes de cada trabalhador que faz com que suas atividades de sejam diferentes das realizadas por outro e sejam diferentes também do que está prescrito nas normas antecedentes, mas, não nos interessa marcar essas singularidades de forma a expor nossos “sujeitos” envolvidos na pesquisa. Para além disso, nos interessa trazer a tona o que se passa no trabalho vivo e em atividade das ACS na região da Grande São Pedro, abrangida pelo território da USF Ilha das Caieiras. Marcar como se dão os processos de trabalho desses profissionais, como elas são evocadas a renormalizar o que está prescrito e como elas fazem gestão desse trabalho.

Não obstante, também defendemos como Schwartz (2004c) que a tríade valores-saberes-atividade não opera separadamente. Por isso, consideramos interessante fazer uma abordagem breve sobre a história de vida das ACS que acompanhamos nas visitas durante a pesquisa com o objetivo de colocar em debate como a experiência e a vivência de cada uma dessas mulheres trabalhadoras produz efeitos em suas atividades de trabalho, através dos saberes que estão marcados em seus

“corpos si” (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007b).

Optamos por abordar uma dificuldade encontrada desde o primeiro contato e que marcou todo o percurso da pesquisa – alguns assuntos que não são falados naquela região antes de passarmos a uma descrição sucinta da história de vida de cada uma das ACS que se propôs a participar da pesquisa.

## 5.5 A DIFICULDADE DE FALAR ... ALGUNS “TABUS”

Destacamos aqui alguns assuntos que apesar de estarem presentes na vida da população residente no território da pesquisa e nas atividades de trabalho das ACS, evita-se de falar ou fala-se nas entrelinhas. Isso implicou para que revíssemos nossa estratégia de utilizar entrevistas gravadas como instrumentos de produção de dados na pesquisa, como já relatado no capítulo sobre a construção do caminho no processo de pesquisar.

Em relação a algumas práticas ilícitas que ocorrem naquela região e a relação com a atividade das ACS, entre uma conversa e outra ouvimos o seguinte relato da ACS B *“você sabe né, é complicado, a gente sabe demais e precisa falar de menos. Temos família e todos sabem onde moramos; me sinto insegura pois às vezes sei coisas que não quero saber e acabo expondo minha família”*.

Outro assunto delicado de ser tratado é com relação à cirurgia de laqueadura de trompas. Numa inserção em visitas domiciliares, visitamos uma residência onde uma mulher de 24 anos estava em sua 6ª gestação apresentando quadro gestacional de alto risco, assim como as outras o foram. Após sair da residência, a enfermeira que nos acompanhava comentou sobre a possibilidade da laqueadura, caso a família quisesse. A ACS A reagiu negativamente e nos relatou que a laqueadura na região era vista como “tabu” pois no passado quando o planejamento familiar era ainda mais desconhecido pela população e as famílias eram muito numerosas *“veio um médico pra cá que encaminhou um monte de mulher pro Hospital das Clínicas pra ligar, mas muitas perderam os filhos mortos por causa de droga ou da violência, ou de alguma doença como a meningite quando teve um surto aqui e ficaram sem nenhum filho e sem poder ter. Ele saiu daqui corrido, o povo queria linchar ele”*. Percebemos por essa fala que há uma história que ficou muito conhecida na

comunidade e fez com que esse assunto se tornasse de delicado tratamento por parte da população.

Quando nos deparávamos com alguma casa que destoava no padrão da arquitetura externa das demais ou que continha internamente objetos e aparelhos mais comuns de serem encontrados em regiões onde a renda e o padrão de vida é diferente das condições de vida das pessoas que ali vivem, imediatamente nos entendíamos através do “diálogo mudo dos olhares”, e, após a visita à residência, ou num momento posterior, já distante dos olhares dos moradores da residência visitada, ouvíamos desabafos como o da ACS E *“a gente finge que não sabe, finge que não vê e eles fingem que acreditam que a gente não sabe, mas assim a gente vive e continua trabalhando, não é por isso que não podemos ir àquela casa só porque lá as pessoas fazem coisas que sabemos que são erradas”*.

Outro importante momento que representou um forte ponto de inflexão da pesquisa foi o período eleitoral. No ano de 2008 ocorreram eleições municipais para prefeito e vereadores, e, conforme já destacamos em outras passagens dessa pesquisa, a região considerada como “Grande São Pedro” sempre foi alvo de promessas em campanhas políticas, dada a necessidade de ações de melhorias nos bairros. Nesta campanha que se encerrara há pouco não foi diferente, muitos candidatos inseriram em seus programas de candidatura a região como “retrato da pobreza e violência”, prometendo transformar o local “na melhor região pra se viver em Vitória”.

A despeito das dificuldades de conversar sobre alguns assuntos, entre uma visita e outra, conseguimos obter informações importantes, e, muitas vezes quando elas percebiam que haviam me dito algo “comprometedor”, algumas como a ACS E logo reiterava *“mas ninguém pode saber disso”*. Às vezes, quando uma delas percebia que estávamos querendo saber algo sobre o qual ela não queria falar, deixava claro que não falava sobre o assunto e tentávamos com outra ACS num momento oportuno. Quando uma delas dizia algo que nos marcava, mas não achávamos conveniente insistir no assunto, anotávamos no diário de campo e, passados alguns dias voltávamos naquele ponto, com a mesma ACS ou com outra, sem, contudo, identificar quando e com quem isso se passou, mas pretendendo saber delas como deveria ser tratado o assunto, segundo a regulamentação das suas atividades de trabalho, ou o que aquilo significava para elas, numa espécie de verificação cruzada

da produção dos dados.

Numa dessas conversas, a ACS A falou sobre um curso de formação que receberam no ano de 2007 e questionamos se havia um manual do curso. Ela respondeu que tinham recebido um manual e que poderia me emprestar mas “*ninguém poderia saber*”. Estávamos em busca de conhecer os processos de trabalho das ACS, e, era importante saber que normas antecedentes são prescritas para a atividade de trabalho desses profissionais. Era uma oportunidade de buscar essas normas, e, na perspectiva de renormalização, já que ainda não estávamos oficialmente autorizadas a “estar em campo” também não podíamos solicitar formalmente essas normas à SEMUS. Então, como estratégia, estivemos na USF Ilha num sábado para acompanhar as atividades do Dia Nacional da Luta Antimanicomial com palestras e grupos de discussão com pacientes do grupo de cuidado especiais com a saúde mental e suas famílias, aproveitamos e passamos na casa da ACS A, tomamos emprestado o referido manual, o copiamos e devolvemos na segunda-feira subsequente em sua casa, sem alardes.

O curso de formação acima citado foi realizado durante o ano de 2007 com todos os ACS de Vitória, organizado pela SEMUS com palestras proferidas por profissionais das áreas de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, entre outros, que buscaram discutir o material produzido pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo contendo as regulamentações da atividade do ACS, com duração de 4 meses, carga-horária de 8 horas semanais, concentradas em um dia inteiro. O curso foi organizado em turmas de 50 ACS de forma que elas eram dispensadas do trabalho um dia da semana para o curso no auditório da FAESA. Apesar de algumas ACS atuarem na função há mais de 10 anos apenas em 2007 receberam o curso de formação, pois, até o ano de 2006 o profissional ACS era contratado pela Caritas Brasileira, e, somente a partir da portaria 648/2006 estes profissionais passaram a ser contratados pela Prefeitura Municipal na modalidade de contrato temporário com duração de um ano podendo ser prorrogado ou não.

Ainda que no percorrer do processo da pesquisa tenhamos adotado a estratégia de não identificar as ACS e tentar não caracterizar a microárea onde se passaram as situações descritas e co-analisadas, sabemos que os valores e as micro-histórias de cada trabalhador estão presentes na realização de cada atividade de trabalho destes



profissionais (SCHWARTZ, 2004c). Nessa perspectiva fazemos, a seguir, uma abordagem sobre a história de vida de cada uma das ACS que participaram conosco desse processo de pesquisa.

## 5.6 UMA ABORDAGEM SOBRE A HISTÓRIA DE VIDA DAS ACS

Nossa composição se deu de forma diferenciada com cada uma das ACS acompanhadas, de forma que algumas se sentiam mais a vontade para falar abertamente sobre os mais diversos assuntos em nossas conversas, enquanto outras se mostravam demasiadamente cautelosas ao falar sobre certos assuntos também já relatados, os quais chamamos de “tabus”. Isso implicou que a respeito de algumas ACS conseguimos saber pouco sobre sua história de vida, enquanto outras nos relataram sua trajetória, nos levaram a suas casas e apresentaram às famílias.

Para iniciarmos esse relato sucinto das histórias de vida falaremos de uma mulher de bastante experiência, aos 46 anos, nascida no interior de Minas Gerais, moradora de São Pedro há mais ou menos 30 anos, ou seja, desde a construção dos bairros. Participou com a família das dificuldades para se estabelecer na pequena casa onde hoje ela vive, “na área nobre dos bairros”, como chamam a região baixa próxima ao mangue. Trabalhou durante muitos anos em casas de família como babá ou fazendo limpeza, depois trabalhou numa creche em São Pedro e, posteriormente, num condomínio na Praia do Canto cuidando da área coletiva dos prédios. Lá conheceu o marido, com o qual é casada até hoje. Eles possuem um filho, com 16 anos. A família é evangélica e frequenta constantemente a igreja Maranata. O marido ainda trabalha com vigilância no mesmo condomínio na Praia do Canto há mais de 20 anos. Sobre a profissão de ACS, ela nos disse que há dez anos quando surgiu no bairro o comentário que ia ter concurso para agente comunitário de saúde, confessou não saber o que era, mas uma amiga da igreja disse que seria interessante, e como o nível de escolaridade exigido para o concurso era o 1º grau completo, requisito ao qual ela atendia, resolveu fazer, mesmo sem nunca imaginar que passaria. No princípio, disse que ficou um pouco insegura mas, hoje diz gostar muito do que faz e se dedicar muito pois, gosta de cuidar das pessoas, “é uma mãezona” como ela mesma se autodenominou. É cuidadora de todos, dos usuários da sua microárea, dos colegas de trabalho e dos amigos. Está fazendo curso de

libras para se comunicar com os deficientes auditivos da sua área, da igreja e das regiões vizinhas, pois segundo ela, tem crescido na região o número de pessoas com perda total ou parcial da capacidade auditiva. A ela denominamos ACS A.

Já sobre a ACS B, a qual identificamos como intempestiva em nosso primeiro encontro - e não foi por acaso. Ela demonstra sempre o que está sentindo: ora está muito feliz, rindo e falando alto; ora se está nervosa, brigando por alguma causa que defende; é agitada e falante. Está no segundo casamento - o marido é chefe dos garis de Vitória. Foi mãe solteira quando adolescente, possui três filhos – um de 4 anos, um em idade adolescente e uma moça - a mais velha já casada. Apesar da trajetória de experiência de vida relatada anteriormente, ela parece nova e muito ativa. Mora numa casa “muito boa” segundo ela que fez questão de nos mostrar numa visita domiciliar quando passamos próximo. Morava “nas escadarias”, mas teve que mudar por causa de “alguns problemas”, para se proteger e à sua família. O filho mais novo tem quatro anos. Também é evangélica. Disse que já brigou muito ali na USF por causa de usuário e que briga mesmo porque diz ter um coração enorme e se tivesse dinheiro cuidava de todo mundo, dava casa, comida, trabalho. Presenciamos algumas cenas com ela que ratificam de certo modo essa informação. É a representante das ACS da USF Ilha das Caieiras para com a SEMUS.

No que diz respeito à ACS C não temos muito a contar, ela é muito discreta, está sempre calada nas reuniões, faz poucas intervenções, e conversa apenas o necessário com os usuários da microárea que atende e com os profissionais da USF. Também iniciou a carreira de ACS nova, aos 21 anos, há oito anos, e a despeito da pouca idade, segundo ela sempre foi respeitada por todos. É solteira, mora com os pais, mas tem um “namorado” que é militar (federal), como ela disse para explicar que a relação entre eles é como se fossem casados, e que pretendem se casar ainda este ano. Fez o supletivo recentemente para terminar o 2º grau e atualmente faz curso técnico em Saneamento Ambiental na FAESA.

Em relação à ACS D trata-se de uma jovem nascida no bairro Comdusa cuja família está na segunda geração de moradores. Iniciou na profissão de ACS aos dezoito anos de idade, há oito anos e com muita luta comprou uma casa e conseguiu se casar em novembro de 2008. Fez questão de nos levar na casa que acabou de comprar e contar toda a história da dificuldade para conseguir e, não escondeu a

emoção. O noivo trabalha como motoboy de uma empresa de Vitória. Quando iniciou a carreira de ACS, não sabia o que era e nem sabia como seria. No início havia muito preconceito da população por causa da sua pouca idade, mas ela foi mostrando a todos sua competência e responsabilidade. Os usuários da microárea que ela atende têm por ela um grande carinho e isso é recíproco, como percebemos nas visitas as quais a acompanhamos. Nas palavras dela, é muito “brigona” para defender os direitos e o bom atendimento à saúde dos usuários de sua microárea.

Relativamente à ACS E, tudo que sabemos foi ouvindo discretamente nas conversas informais antes do início do expediente de trabalho ou antes das reuniões com os grupos. Com as colegas ela é espontânea, conversa, ri, fala, mas conosco e com os demais – inclusive usuários – ela é bem séria e não gosta de responder aos nossos questionamentos; sempre que percebe que está sendo questionada sobre sua atividade, sobre o bairro ou sobre alguma situação presenciada por nós que pode ser polemizada, ela desconversa. Foi mãe solteira, hoje é casada, mas não com o pai das filhas, e segundo ela tem problemas no relacionamento com o atual marido; assim também o foi com o primeiro. Tem duas filhas, uma delas é adolescente, e está lhe tirando o sono pois segundo ela é muito bonita, todos os garotos assediam e agora “inventou de namorar” um rapaz, mas a mãe desaprova o namoro.

No decorrer do processo outras três ACS também foram esporadicamente acompanhadas por nós em alguma visita coletiva ou quando solicitavam nossa companhia, mas estas cinco aqui descritas se manifestaram interessadas em participar da pesquisa desde o princípio e foram intensivamente acompanhadas durante o período de nove meses que estivemos nesse movimento de visitas à USF e às famílias por elas atendidas.

Seguimos à descrição e análise dos dados co-produzidos durante as visitas, conversas e reuniões, por meio do relato de situações que emergiram no acompanhamento e observação do trabalho vivo e em atividade das ACS da USF Ilha das Caieiras.

Ao relatar, procuramos marcar os efeitos produzidos pela experimentação dos encontros com essas situações, afirmando os princípios por nós defendidos, subsidiados pelas ferramentas conceituais e a perspectiva metodológica das quais lançamos mão.

## 5.7 OS PLATÔS OU PLANOS DE ANÁLISE

Propomo-nos neste momento a iniciar a análise do material co-produzido durante o processo de pesquisa, mas nossas escolhas metodológicas nos levam a optar por nomenclaturas singulares, ou pelo menos não tradicionalmente encontradas no campo da Administração, por isso preferimos a idéia de planos de análise ou platôs. Reiteramos que a análise que segue é **uma** proposta, entre outras possíveis.

As situações aqui relatadas marcam as escolhas, renormalizações e dramáticas dos usos de si convocados pelos ACS, por seus corpos-si na gestão do seu trabalho durante o período que os acompanhamos em suas atividades (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE 2007b).

Os relatos foram feitos com palavras e expressões das próprias ACS e dos usuários do sistema de saúde – sem nos preocuparmos com correções gramaticais; procuramos ser fiéis às falas - retirados, após análise criteriosa, das muitas páginas produzidas no diário de campo desta pesquisa e algumas transcrições de entrevistas e gravações de falas nas reuniões com os grupos das quais participamos. Lamentavelmente tivemos que selecionar o que abordar nestas análises, com base nas situações que coadunam com o referencial teórico-metodológico da Ergologia e da Cartografia, escolhidos para essa pesquisa, pois muitas discussões emergiram durante o processo e urgem serem discutidas em outras pesquisas que sugeriremos ao final. Como ponderam os orientadores “não cabe discutir tudo aqui”.

Nessa perspectiva, escolhemos alguns fragmentos que marcam situações vivenciadas no acompanhamento das atividades de trabalho dos ACS e tentamos analisá-las sabendo que deixamos para trás, nas páginas do diário de campo uma riqueza de dados produzidos que também trabalhamos na publicação de um artigo e de um capítulo de livro, e, continuaremos na luta para tornar público as demandas e convocações de usos de si no confronto de atividades, normas e valores para a gestão do trabalho dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde que atuam no território de abrangência da USF Ilha das Caieiras, por meio de outras publicações e produções acadêmicas.

### 5.7.1 As mudanças recentes trazem insegurança e perspectivas

Optamos por iniciar a discussão sobre a atividade de trabalho das ACS que se dão no plano do real a partir dos movimentos que acompanhamos de mudanças ressentidas na organização do trabalho que marcaram algumas falas de insegurança, medo e ressalvas.

A partir de 2006 com a já citada “nova” Política Nacional de Atenção Básica, as ACS passaram a estar ligadas diretamente ao SUS e, todas as ACS da USF Ilha das Caieiras permaneceram na função e foram dispensadas do concurso público (conforme previu a publicação da portaria 648/2006). Se por um lado isso representou uma ligação direta ao gestor local do SUS e estreitamento dos laços hierárquicos, por outro lado, o contrato temporário de um ano trouxe uma insegurança no que diz respeito às perspectivas de continuidade. Essa passagem ficou ainda mais marcada no período de eleições municipais quando houve dúvidas sobre a continuidade dos projetos políticos do partido então em exercício. A fala da ACS C deu voz a essa discussão, *“agora que o contrato é temporário não sabemos o que vai ser de nós a partir de janeiro”*, e a ACS E complementou, *“você sabe né, no serviço público é assim, se mudar o prefeito ele vai querer tirar quem não apoiou ele e colocar gente dele”*.

Em contrapartida, as mudanças recentes trazidas pela reformulação no âmbito da Atenção Básica trouxeram boas perspectivas, em especial no que diz respeito ao Curso de Formação Inicial para os Agentes Comunitários de Saúde. As ACS da USF Ilha das Caieiras apesar de algumas atuarem na função há quase uma década, nunca haviam participado de um curso de formação. No ano de 2007, aconteceu o curso, formulado pela SESA, o material didático, uma cartilha de aproximadamente duzentas páginas, serviu de base para as discussões mediadas por profissionais contratados pela SEMUS. O curso foi ministrado em turmas de cinquenta a oitenta ACS, num auditório conforme explicado anteriormente. O período de duração foi de quatro meses, totalizando cento e sessenta horas. O material do curso estava dividido em três áreas curriculares a saber: Contextualização do Agente Comunitário de Saúde no SUS, O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e Ética Profissional (ES/SESA, 2007).

Em relação ao referido curso de formação, para a ACS A *“foi muito bom nós aprendemos muito, coisas do nosso dia-a-dia que não sabíamos como fazer, lá ensinaram a gente”*, que também marca o caráter tardio e a necessidade de formação permanente, segundo ela, *“esse curso deveria ter sido dado antes e acontecer mais vezes pra gente estar sempre lembrando e aprendendo mais porque as coisas na Saúde mudam muito, sempre tem um relatório, uma coisa diferente pra fazer”*, mas que não deixam de assinalar a sobrecarga de informações para a pouca carga horária, que a mesma ACS reitera, *“era tudo muito rápido, muita informação de uma vez só em um dia na semana, a gente tava cansado do trabalho nos outros dias e não conseguia aproveitar tudo que era falado”*.

Uma outra mudança que veio junto com as relatadas anteriormente foi o rigor com a utilização do uniforme. Antes – quando era contrato com a Cáritas – segundo a ACS D *“era mais tranqüilo, só precisávamos usar a camisa de uniforme, podíamos usar calça jeans ou bermuda, ou mesmo saia no joelho. E o mais importante, podíamos usar tênis ou sandália por causa do calor e dos morros”*. Recentemente, reitera ela *“mandaram pra gente uniforme novo, muito quente, calça de um tecido grosso e uma botina que parece de pedreiro. É horrível pra mim que tenho que subir ladeira o dia todo. E é obrigado a usar, senão a enfermeira chama atenção da gente”*. Quando questionadas sobre a estratégia desenvolvida por elas em relação ao uniforme, a ACS B revela que *“às vezes a gente vem pra Unidade com o uniforme, depois passa em casa, coloca o tênis e vai trabalhar. Muitas vezes alguém vê e conta pra enfermeira, mas não tem condições de subir os morros daqui se não for dessa forma”*.

A passagem anteriormente descrita retrata o que Schwartz (2000) chama de renormalização, ou seja, demonstra uma resistência às normas antecedentes e a produção de novas normas, em busca de produção de vida por parte dos trabalhadores.

Escolhemos ainda ressaltar os efeitos da mudança na relação contratual – antes com a Caritas, agora com a SEMUS – com o exemplo do filtro solar, citado pelas ACS. Segundo a ACS B *“antes era mais fácil, parece que a relação era mais próxima. Por exemplo, se a gente precisava de filtro solar, a gente pedia eles logo mandavam e a gente podia escolher a melhor marca que eles mandavam”*, ao falar

do presente ela ressalta *“agora eles pedem pra gente fazer lista dos materiais necessários e a gestora manda pra lá [SEMUS], mas demora muito e sempre mandam coisa de qualidade inferior porque é mais barato”*. E a mesma ACS desabafa *“a gente tem que cuidar da saúde da população mas pra isso estamos prejudicando a nossa, debaixo desse sol forte, já tem ACS com a pele toda manchada”*.

### **5.7.2 Alguns desafios e variabilidades que tornam o trabalho das ACS ainda mais complexo**

As atividades de trabalho das ACS são marcadas por um número considerável de normas antecedentes, de prescrições, atribuições e regulamentações concebidas para antecipar o maior número de situações presentes no dia-a-dia da realização do trabalho. Mas, conforme afirmam nossos interlocutores, Schwartz, Duc e Durrive (2007a), Durrive (2001), Duraffourg, Duc e Durrive (2007), cada atividade de trabalho é marcada por singularidades que se apresentam como desafios aos trabalhadores. Vejamos algumas passagens as quais elucidam alguns dos desafios encontrados pelas ACS da USF Ilha das Caieiras.

Já esclarecemos que cada ACS deve visitar pelo menos uma vez por mês cada uma das famílias cadastradas no território que compreende a microárea sob sua responsabilidade. No entanto há os grupos considerados prioritários pelo MS que devem ser tratados de forma diferenciada pelas ACS. No território da USF Ilha das Caieiras encontramos um número considerável de pessoas pertencentes ao grupo de Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, Crianças, Idosos acamados e usuários do grupo de Saúde Mental que se colocavam como desafios para o trabalho em atividade das ACS que ali atuam.

O grupo de usuários que apresentava hipertensão arterial deve fazer tratamento com medicamentos especializados e alimentação equilibrada evitando o uso de sal na comida. Os medicamentos são distribuídos gratuitamente pela USF e a cada três meses ocorre uma reunião do Grupo de Hipertensos com as ACS, enfermeiro, médico e assistente de enfermagem de cada EqSF. Nessas reuniões são atendidos individualmente cada usuário, aferida a pressão arterial e discutido como está o tratamento, se necessário for, procede-se à troca da medicação e/ou da posologia

da mesma. Além disso, a qualquer momento as ACS devem acompanhar esses pacientes e informar ao enfermeiro responsável pela equipe e ao médico alterações e sintomas que o usuário hipertenso esteja apresentando de anormalidade no quadro clínico quando as visitas domiciliares são realizadas. O que tornava complexo o trabalho das ACS no acompanhamento desses usuários é que muitos deles não seguiam a dieta de alimentação sem o uso excessivo de sal e o fato de muitos não utilizarem corretamente a medicação. Pudemos observar que essas variabilidades se dão em função, principalmente de serem pessoas idosas que vivem com suas famílias e muitos dependem desses para a produção do alimento e para a administração do horário e da medicação a ser tomada. E, quando a família não se compromete em ajudar no tratamento do hipertenso, ele não apresenta melhoras no quadro, muitos podendo até apresentar agravos consideráveis quando deixam de usar a medicação ou a administram de forma diferente da prescrição médica.

Outro grande desafio observado é no acompanhamento dos usuários diabéticos dependentes de utilização de insulina endovenosa diariamente. O tratamento da diabetes melittus principalmente quando está num estágio de evolução em que já é necessária a utilização de insulina endovenosa deve ser feito com rigor para que o quadro clínico se estabilize e regrida aos poucos. A USF fornece as injeções que possuem alto custo no mercado, mas elas demandam um tratamento especial com cuidados no manuseio e acondicionamento em temperatura constante e apropriada, do contrário a medicação perde o efeito. Além disso, o paciente diabético deve ter cuidados para evitar cortes com risco de sangramento incessante, dada a dificuldade de coagulação do sangue. Acompanhamos, durante a pesquisa, dois casos, um deles é o de uma senhora idosa que vive só, já perdeu parte da visão – efeito do diabetes – e se auto aplica a insulina diariamente. A situação é delicada e de complexo tratamento pois ela não enxerga bem e por isso não consegue dosar a quantidade que está sendo aplicada, uma vez que cada frasco de insulina corresponde a dois dias de medicação. Para gerir esta situação, a ACS A conversou com a enfermeira e pediu se a usuária poderia se dirigir até a USF todos os dias para receber a medicação por um auxiliar de enfermagem, o que foi autorizado, mas a usuária é resistente e não gosta que digam que ela não enxerga, não aceitando a ajuda. Outra solução encontrada pela mesma ACS, que ela faz sempre que pode é



passar “despretenciosamente” na casa da usuária todas as manhãs buscando observar e ajudar no horário da aplicação da medicação, mas como a ACS não pode aplicar a medicação – por determinação do MS - ela apenas observa a dosagem a ser administrada e os cuidados no manuseio do medicamento. A ACS A desabafa *“fico de pés e mãos atadas, tento ajudar como eu posso, mas as pessoas mais antigas são muito resistentes. Às vezes venho até podar as plantas dela, ajudar na limpeza do quintal para evitar que ela se corte, mas ela é bem teimosa e gosta de ser independente”*.

Entendemos que a preocupação que a ACS A demonstrou pela usuária anteriormente citada revela um certo modo de cuidar que tem a ver com a história de vida daquela ACS. Ela é uma mulher experiente (no que diz respeito a idade), que participou do movimento de luta para construção dos bairros São Pedro, assim como a usuária, que é uma antiga moradora. Segundo ela, sua casa foi uma das primeiras na parte baixa quando aterraram o mangue, e ela viu a ACS crescer e brincar por ali. Além disso, a ACS diz que tem um cuidado todo especial com os idosos, pois em breve também será idosa e gostaria de alguém que cuidasse assim dela.

Ainda em relação do grupo de usuários diabético-dependentes, um outro caso marcou nossa passagem por aquele local para a produção da pesquisa. É o caso de uma criança de sete anos que também é dependente da utilização diária de insulina, além de cuidados especiais com a alimentação e com as práticas de lazer para evitar possíveis hemorragias. O diagnóstico nesse caso foi difícil pois a família dependia exclusivamente dos serviços de saúde do SUS e para as consultas com especialistas formam-se filas de espera de até um ano. A criança teve crises e apresentou momentos de pico de pioras no quadro e nenhum profissional clínico geral da Policlínica de São Pedro suspeitou que fosse um caso de diabetes. A mãe, incentivada pela ACS E, parentes e vizinhos, na luta pela vida do filho se dirigiu ao Ministério Público e fez uma carta apelando por ajuda. Todo o tratamento e medicação foram imediatamente providenciados, hoje o garoto após três anos de tratamento e cuidados da família vive uma vida tranqüila, freqüenta escola regularmente, participa de um programa para crianças em horário alternativo ao da escola, brinca com os colegas, apenas observando os cuidados necessários no tratamento do diabetes. A mãe reitera *“se eu não tivesse coragem e fé para ir lá implorar, eles nunca saberiam do problema do meu filho”* e a ACS E complementa

*“quantos casos deve existir no Brasil e as pessoas por falta de instrução ou por ignorância não buscam seus direitos”.*

Há desafios aos quais as ACS são lançadas freqüentemente e que coloca as ACS num debate constante entre normas e valores em suas atividades de trabalho (SCHWARTZ, 2004c) - é o caso das gestações, em especial as gestações em idade adolescente, que são em grande número na região. O contexto local no qual as ACS estão inseridas, complexifica ainda mais esse embate. Todas elas são moradoras do território, conforme exigência da ESF; mulheres como já discutimos, não por exigência mas por afinidade com a profissão; mães ou irmãs de adolescentes em idade escolar. Essa configuração as faz renormalizar constantemente suas atividades, buscando evitar que as adolescentes se tornem mães. *“Sempre que vemos meninas indo para a escola com roupas curtas, ou fora da escola no horário de aula, nós avisamos às mães, porque aqui todo mundo conhece todo mundo, e essas meninas hoje estão aí soltas, amanhã estão grávidas”*, diz a ACS B, seguida da fala da ACS E *“às vezes as meninas e as mães escondem da gente que tem uma adolescente grávida dentro de casa por vergonha ou por ignorância”*.

O índice de gravidez na adolescência na região é um dado preocupante, só no ano de 2007, segundo dados da SEMUS, o número de adolescentes que se tornaram mães da região de São Pedro foi da ordem de 166 (A Gazeta, 26/06/2008). Priorizar o cuidado a estas gestantes é uma meta do MS e faz parte do trabalho das ACS, mas elas têm dificuldade em fazer as adolescentes entender a importância do pré-natal, e as mães delas também não incentivam, *“a gente faz de tudo, fala que elas são prioridade, que a hora que chegar consegue marcar consulta logo, às vezes nós mesmas marcamos as consultas mas elas não vão”*, diz a ACS A e é complementada pela ACS E *“muitas vezes elas chegam até o parto sem ter feito uma consulta sequer, e se algo de errado acontece nós somos cobradas por isso. Nós fazemos a nossa parte mas não podemos obrigar o paciente que por ignorância não procura pelo sistema de saúde”*. Acompanhamos um caso marcante de uma jovem de 24 anos que estava em sua sexta gestação, como já fizemos menção neste trabalho. A última gestação era de alto risco, como as anteriores, o último filho nascido foi prematuro e os três últimos são considerados crianças de baixo peso. Segundo as ACS esse caso não é exceção na região, em geral são adolescentes e jovens que se envolvem com rapazes que praticam atos ilícitos, vivem no mundo das

drogas e da criminalidade. As adolescentes adquirem “*status*” ao se envolverem com esses rapazes e garantem para ela e para os filhos um “bom futuro” no que diz respeito a segurança, alimentação, vestuário, etc. Em contrapartida esses rapazes garantem a perspectiva de sucessão com os filhos, em especial se forem meninos.

A situação relatada anteriormente denuncia, segundo as ACS a falta de integração entre as ações das Secretarias de Educação, Saúde, Assistência Social, Segurança, etc, pois, para as ACS há um entrelaçamento no fato de uma adolescente gestante que *“o governo não quer enxergar”*. Desabafa a ACS E, *“uma menina que vai pra escola a noite e fica grávida dentro da escola de um rapaz que faz coisa errada, pode ter todos os cuidados com a saúde dela e do bebê durante a gestação na USF, tem o parto garantido pelo SUS, os cuidados com o bebê até a idade de cinco anos em consultas e acompanhamento mensais. Ela ainda ganha chá de bebê na escola e na comunidade, dos vizinhos. Garante que o filho vai ter tudo do bom e do melhor, vai ter creche e escola de graça da prefeitura, você vai dizer pra ela que não é bom ela ficar grávida? E quando essa criança, criada vendo coisa errada crescer, o que ele vai ser? Pra polícia, filho de bandido, bandido vai ser e não tem outra saída pros nossos garotos”*.

Esse relato em tom de desabafo, demonstra como essa preocupação com a gestação na adolescência está marcada no corpo da ACS E, que foi mãe solteira e possui duas filhas, uma delas em idade adolescente. Essa fala denuncia ainda a forma que as ações são pensadas e planejadas na sociedade, sem a perspectiva de integração e participação da população no processo de concepção. Afirmamos que não se está aqui defendendo que estas gestantes e crianças não devem ser tratadas, cuidadas e ter seus direitos garantidos, a discussão que se coloca é que a passividade representada atualmente pela desarticulação das ações de gestão do espaço urbano alimenta também esse que se mostra um problema social a ser gerido.

A gestação na adolescência e gestações descuidadas produzem um outro problema social na região que são os altos índices de mortalidade infantil. A atuação das ACS tem ajudado a reduzir esse índice mas ele ainda era gritante e, em geral, eram efeitos de maus cuidados das mães para com a gestação e para os filhos recém-nascidos. Além disso, as condições de higiene da população local também

contribuíam para a proliferação de algumas doenças que para as crianças podiam ser fatais. A ACS A relata que *“quando nós começamos há quase dez anos era muito pior, as casas e os quintais eram muitos sujos, os animais viviam dentro de casa e as crianças brincavam peladas nos quintais e nas ruas junto com os bichos e com o lixo. Temos orgulho de dizer que já ensinamos muito a esse povo no que diz respeito a higiene e saúde mas ainda tem gente que não quer melhorar.”*

Além do problema da gestação na adolescência, as ACS convivem com um outro problema que consideram um grande desafio a ser gerido: os usuários que fazem parte do grupo de saúde mental. Em sua maioria são jovens dependentes ou ex-dependentes químicos que apresentavam sintomas de “disfunções” como efeito da dependência. Eles eram identificados e convidados pela ACS juntamente com a família a frequentar o grupo de saúde mental, assistir palestras e fazer consultas com o Psicólogo da USF. Quando estes não comparecem e a ACS entende que o quadro está em estágio avançado, a Psicóloga visita a residência e conversa com o usuário, e quando acha necessário encaminha para tratamento especializado no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS<sup>29</sup>.

Acompanhamos, durante o período que estivemos em visitas com as ACS o caso de um adolescente de dezessete anos que não tem os pais vivos e mora com uma avó, uma tia e uma prima adolescente. O rapaz era dependente químico e começou a apresentar comportamentos extremos de agressividade e reclusão (ficando dias sem comer, sem beber nada, deitado no quarto). A ACS B avisou à sua equipe que encaminhou o rapaz a um tratamento com medicamentos e acompanhamento médico especializado no CAPS. Porém, a família do rapaz não demonstrou interesse em cuidar, não dando a medicação, não fornecendo alimentação e não levando ao CAPS para o acompanhamento. A solução mais fácil encontrada pela família para o problema do rapaz foi trancá-lo no quarto com um portão de ferro e amarrá-lo à cama quando do início das crises de agressividade. Os vizinhos denunciaram à ACS, que tentou conversar com a família, mas passou a não mais ser recebida na residência. Ela alertou à enfermeira chefe da equipe e fomos todos fazer visita a

---

<sup>29</sup> O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um projeto do Ministério da Saúde cujo objetivo é oferecer atendimento à população dentro de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. No CAPS o usuário fica durante o dia e retorna ao seu domicílio ao final da tarde. É

essa família: nós, a ACS, a enfermeira, o auxiliar e a psicóloga. Ainda assim a família não se mobilizou em ajudar o adolescente, a ACS B então fez uma denúncia formal por maus tratos ao Ministério Público e desabafou *“eles querem mais é que ele morra logo, ou então querem que o levem para o manicômio para não terem trabalho de cuidar dele, se eu pudesse levaria para minha casa e cuidaria. Como podem querer que o menino largue o vício se a família não ajuda?”*

Percebemos nesta passagem como a preocupação com o adolescente de dezessete anos que sofre os efeitos da dependência química marca um certo “cuidar” da ACS B que a difere das demais. Associamos a isso sua história de vida e luta como mãe de dois filhos, que os criou separada do pai, e, inclusive o garoto em idade adolescente. Entendemos que seu valores (SCHWARTZ, 2004c) operaram naquele momento para que ela fizesse a denúncia da família por maus tratos e para que ela admitisse ter vontade de levá-lo para sua casa e cuidar dele, caso pudesse.

Um outro desafio que pudemos perceber é no cuidado com pacientes que vivem em situações de acamados. Em sua maioria idosos, são pacientes que ou vivem só ou com a família em que todos os membros trabalham durante o dia todo, e, o principal apoio dessas pessoas são as ACS, as quais eles consideram como “seus médicos”. Muitas vezes elas percebem alguma ferida e alertam o enfermeiro da necessidade da visita ou já vão acompanhadas dos auxiliares de enfermagem para pequenos curativos e aferição de pressão arterial, outras vezes elas pegam remédios na Farmácia Popular da USF e levam para esses pacientes, o que não é sua atribuição, mas elas o fazem dada a incapacidade de o usuário se deslocar até a Unidade e falta de interesse e/ou disponibilidade da família em fazê-lo – as ACS conversam com o enfermeiro responsável e com o farmacêutico e levam o medicamento até o usuário.

Quando se fala em pacientes acamados, vem a tona uma outra discussão que é vista como desafio pelas ACS pesquisadas, que é a “perda” de algum usuário por falecimento. Segundo elas, na fala da ACS C *“é muito ruim quando perdemos alguém da nossa área. Quando é idoso e já está em estágio terminal é ruim, imagine se for alguém por causa de violência ou de drogas, ou mesmo uma criança por*

---

uma iniciativa na luta antimanicomial do governo na busca pela reinserção dos usuários de saúde mental para tratamento com suas famílias e não em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2008b).

*alguma doença” e complementa a ACS D “muitas vezes além de usuários de nossas áreas, essas pessoas são nossos vizinhos porque moramos lá, vimos a pessoa crescer, vivemos juntos no dia-a-dia”. E é especialmente ruim quando se trata de criança, gestante ou jovem por doença infecto-contagiosa pois o MS envia formulários a serem preenchidos pelas ACS para caracterizar o óbito, “aí temos que reviver tudo de novo com a família” (ACS C). E quando acontece por disparo de arma de fogo ou elemento perfuro-cortante por causa de dívidas, brigas ou discussões “temos muito medo, somente passamos para dar um apoio à família, mas logo vamos embora” (ACS A). Durante o período que estivemos fazendo a pesquisa acompanhamos um caso de óbito nesta natureza e fomos ao local do velório com duas ACS.*

Também foi assunto de debate nas reuniões de co-análise com as ACS a questão da cobrança por cadastramento e atualização de dados de todas as pessoas que moram na sua microárea. Para as ACS isso é um grande desafio pois apesar de o MS fazer essa exigência, muitas famílias da região trabalham o dia todo e não fica nenhum membro em casa, portanto a casa está sempre fechada durante o horário de trabalho delas. Em outras casas, as famílias as vê na porta chamando mas não as recebem, e, há muitos casos em que alguém da família recebe a ACS, que, ao perceber pessoas diferentes na residência pede para confirmar quem reside ali – elas andam sempre com um “caderninho” onde estão anotados o número de cada família e o nome dos cadastrados por família -, no entanto, não raro percebem que há alguém residindo ali em caráter definitivo ou provisório mas que não pode ser identificado. *“É comum a gente perceber que tem alguém ali na casa que não quer ser visto. Já aconteceu de a gente ter que ir com o auxiliar de enfermagem fazer curativo em pessoas feridas por bala e não poder fazer o registro do nome da pessoa, ter que lançar no relatório como atendimento avulso, sem identificação, mas nem por isso vamos deixar de socorrer aquela pessoa”, diz a ACS A. Nós presenciamos uma visita a um domicílio em que havia algumas pessoas na sala e no quarto da casa de uma senhora que vive sozinha. Quando a ACS B questionou se havia mais alguém morando ali para proceder com o cadastramento, a senhora desconversou, as pessoas emudeceram e ela confirmou “não, só o meu menino e a mulher vieram da Bahia, vão ficar uns tempos aqui, mas não precisa anotar aí não”, logo nos entendemos com o “diálogo mudo dos olhares” e nos retiramos. A situação*

relatada é reiterada pela afirmação da ACS B de que *“é muito difícil manter o cadastro das famílias atualizado, as pessoas mudam muito. Saem daqui, passam um tempo fora depois voltam, trocam de família, então nunca sabemos quantas famílias têm em nossa microárea”*. Quando questionadas em relação a como proceder em residências que nunca as recebe por estarem fechadas ou por não ter o interesse de receber a ACS, argumenta a ACS C *“fazemos uma ficha padrão da USF com um texto indicando que estivemos no local na data da visita e que se precisar de atendimento médico ou qualquer serviço de saúde compareça à USF no endereço ‘tal’ e identifique que é da microárea ‘tal’ e sua Agente é ‘fulana’*. Assim estamos cumprindo com nossa obrigação”.

Antes de procedermos ao próximo plano de análise, pretendemos relatar mais uma passagem que sinaliza o quão desafiador é o trabalho dos ACS e como se dá a relação ACS-usuário no dia-a-dia. Alguns usuários consideram a ACS ‘sua médica’ e depositam nela confiança e segurança na solução dos seus problemas que supera a confiança que tem no conhecimento do médico ou enfermeiro da equipe que atende à sua área. Numa passagem acompanhamos esse movimento, era um usuário portador de síndrome de down que ao se dirigir à USF acompanhado pela irmã para uma consulta com o médico, só aceitou entrar no consultório na companhia da ‘sua agente’ e ficou durante toda a consulta ao lado da mesma, segurando sua mão. Outra passagem que reitera a anterior é a de uma usuária que precisou de uma cirurgia no joelho e só aceitou ir de ambulância ao centro cirúrgico do Hospital das Clínicas se acompanhada pela ‘sua agente’. Essas ações não estão no escopo de atribuições das ACS, mas algumas delas assim procedem, e, às vezes o enfermeiro responsável por sua equipe tem conhecimento do fato, o gestor local da USF também, mas, segundo a ACS D *“ou fazem vista grossa ou colocam panos quentes porque sabem que fazemos isso para o bem das pessoas”*.

O fato relatado anteriormente demonstra a cumplicidade da gestora da USF em entender que nem tudo pode ser prescrito e que o prescrito não dá conta das situações que ocorrem no dia-a-dia, podendo ser singularizado. Hoje trata-se de fuga às prescrições, mas futuramente isso pode fazer parte das normas antecedentes ao trabalho dos ACS.

Se por um lado, os usuários consideram a ACS da sua área ‘o médico da família’,

situação semelhante ocorre com as ACS que consideram os usuários da microárea de sua responsabilidade como 'seus pacientes'. Não raro nas conversas e reuniões que participamos com as ACS ouvimos em suas falas “o meu paciente ‘tal’ melhorou”(ACS A) ou “o meu paciente ‘tal’ está me dando trabalho”(ACS B) ou ainda “não sei mais o que fazer com o meu paciente ‘tal’”(ACS E), e, quando as questionamos a respeito da utilização dessa expressão elas afirmaram que falavam sem perceber, já estavam tão acostumadas que nem percebiam que falavam. Isso demonstra como já estão marcado em seus corpos essa relação com os usuários que elas o fazem de forma inconsciente – é o corpo-si operando (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007b).

### **5.7.3 A relação com o território**

Decidimos colocar a relação do território com as atividades de trabalho das ACS por ser algo que está muito presente nas falas dessas profissionais, e, por termos acompanhado várias situações e movimentos no dia-a-dia nesse trabalho em atividade que corroboram com essas afirmações.

Como observado em outras passagens, é requisito do MS que cada ACS resida na sua área de atuação, e isso produz efeitos em pelo menos duas direções que vamos destacar por meio de falas das ACS e observações nossas.

Se para as ACS da USF Ilha das Caieiras por um lado “é muito bom trabalhar perto de casa, perto da família e dos amigos, ver os filhos crescerem, poder almoçar em casa e ajudar os vizinhos e amigos”, como lembra a ACS A, por outro “todos sabem quem somos, onde moramos; então somos ACS 24h por dia. Se alguém passa mal, algo acontece, batem na sua porta. Na igreja alguém vem te falar de problema de saúde, na feira, no mercado. Não desligamos nunca do nosso trabalho” pondera ACS B.

Se pontuarmos pelo lado de que tamanhas são as atribuições e responsabilidades de um ACS sobre sua microárea, somos levados a concordar que somente quem vive naquele local e tem um conhecimento aprofundado estaria apto a desenvolver ali as atividades que são prescritas para um ACS. Segundo a ACS D, “temos que conhecer cada cantinho do ‘nosso’ território, se alguém muda, se abre um novo



*comércio. Tudo que acontece ali em termos de saúde é responsabilidade nossa e seremos cobradas por isso*". Durante o curso de formação inicial para ACS conforme citado em passagens anteriores, as ACS foram estimuladas a criar um vínculo com a sua microárea que a caracterizasse de forma singular e pudemos acompanhar uma cartografia<sup>30</sup> feita pela ACS A em uma folha de papel cartolina, na qual ela marca cada rua da sua microárea, cada edificação com uma simbologia própria que indica se ali é uma residência, uma igreja, um comércio, uma escola, etc. Ela o fez a lápis dado o caráter mutável daquele espaço. Segundo a ACS A *"as coisas aqui mudam muito e tenho que mudar no meu mapinha também para estar sempre atualizada sobre a minha área"*.

Mas essa moeda tem um outro lado, e lembra a ACS B, *"sabemos demais sobre nossa área, sobre o que acontece ali, e sabemos demais sobre a vida das pessoas que vivem ali, isso nos dá medo e insegurança pois todos nos conhecem, conhecem nossas famílias, nos sentimos ameaçadas por saber demais"*. Acompanhamos algumas situações que dão vida a essa fala, quando 'subimos as escadarias' para ir até a microárea da parte mais alta dos bairros e nos percebemos acompanhadas por um homem, o qual nos seguiu discretamente em todas as residências que visitamos, sempre se mantendo a uma distância mínima que nos permitisse 'fazer o nosso trabalho' mas deixava claro que 'ele estava por ali'. Em meio às casas ainda muito pequenas, algumas de madeira, erguidas sobre as pedras – esse bairro é notadamente deficiente em termos de infra-estrutura de moradia – vez ou outra surgia uma casa com arquitetura bem mais trabalhada, com dois andares, possuindo alguns equipamentos e mobília bastante distintos da vizinhança, percebíamos pelos nossos 'olhares' que algo se passava ali. Após o retorno à USF, já não mais na companhia do que elas chamam de *"o dono do morro"*, conversávamos sobre algumas situações e a ACS B afirmou *"nós sabemos o que acontece ali, e eles sabem que nós sabemos, mas nós fingimos que não vimos nada e eles fingem que acreditam, e assim continuamos o nosso trabalho"*. Essa relação que parece pacífica nem sempre se manteve assim, quando iniciamos as visitas com as ACS nessa mesma microárea onde ocorreram essas passagens aqui relatadas havia ocorrido 'um fato' que fez com que a ACS B ficasse por três meses sem visitar as residências

---

<sup>30</sup> Optamos por chamar cartografia ao invés de mapa dada a processualidade e potência de mudança do objeto. Segundo uma discussão que tivemos num grupo de estudos com a professora Gisele Girardi da Geografia, "todo mapa já nasce morto".

– sem subir o morro – por proibição de alguns moradores que falam pelos demais. O fato que produziu essa proibição foi uma ação policial que resultou em prisão de alguns moradores a partir das evidências de material ilícito encontrado em uma casa da região.

Os moradores atribuíram à ACS da microárea a autoria da denúncia à polícia – por ela conhecer bem cada cantinho daquele território – e ela foi proibida por esses moradores de realizar seu trabalho naquela área. O agravante é que ela residia na área, e, precisou se mudar às pressas para uma outra microárea na região baixa, mais próximo à USF. E se o fato de ela não mais residir em sua área de atuação, para o MS a exclua de um dos requisitos exigidos para o exercício da profissão, no caso relatado parecia a única escolha naquele momento, e, a gestão local do SUS fez ‘vista grossa’ assim como todos os outros profissionais da USF e o endereço dela, para efeito de cadastro no MS continua sendo o anterior, da sua microárea de atuação.

Essa passagem representa duas escolhas. Se para Durrive (2001) trabalhar é realizar escolhas, é gerir situações e variabilidades, identificamos aqui a escolha da ACS B em se mudar da sua microárea para proteger-se e à sua família. E, em contrapartida, a escolha da gestora da USF e dos profissionais da mesma em não denunciar o fato de a ACS B não atender mais ao requisito de residir em sua própria área de trabalho.

Cabe aqui uma discussão que abordaremos dada a complexidade que representa para o trabalho dessas profissionais, porém não nos aprofundaremos pois daria um outro trabalho específico a respeito. Falamos sobre a questão da ética que envolve o trabalho das ACS. Uma situação que demanda um debate de valores é em relação aos usuários portadores do vírus HIV da região pesquisada. Por determinação do MS não é divulgado às ACS os usuários que são ‘HIV positivos’ de suas microáreas, mas é divulgado à gestão da USF, e segundo as ACS F e G *“de alguma forma acabamos sabendo. Às vezes os próprios usuários contam sem a gente perguntar pois querem apoio, querem conversar, desabafar”*. Se por um lado é uma questão de ética profissional não divulgar tal condição de um usuário, por outro lado, para elas isso representa uma passividade diante de um quadro que pode se agravar em sua própria comunidade. Para a ACS E, *“a gente não pode falar nada, claro, mas, por*

*exemplo se for rapaz que é portador do vírus, e continua de envolvendo com meninas daqui, sem contar que ele é 'soropositivo', a possibilidade de transmissão é muito grande, porque por mais que a gente fale e a USF distribui camisinha, eles não usam sempre. E, este rapaz pode estar se envolvendo com uma filha nossa, uma sobrinha ou uma vizinha. É isso que eles chama de ser ético, deixar as coisas acontecerem na sua cara e não fazer nada?"*

Percebemos uma forte relação das ACS com a história local, história da produção social daquele espaço. Elas ainda estão fortemente ligadas a algumas instituições que foram importantes na construção dos bairros, dentre elas, o Movimento Comunitário dos bairros São Pedros que teve importante atuação na ocupação, divisão de lotes, abertura de ruas sobre o mangue, conforme já relatado no capítulo 4. As ACS encaminham os moradores quando estes têm dificuldade em conseguir algo que precisam a procurar o MC e pedir ajuda, pois apesar de hoje o Movimento estar bem menos politizado e o povo mais desmobilizado *"ainda há gente que luta muito para garantir os direitos desse povo, pena que é uma luta quase isolada, de poucos"*(ACS H).

Também percebemos em outras passagens forte relação com a Igreja Católica – a despeito de a maioria das ACS freqüentarem igrejas evangélicas -, que foi uma Instituição igualmente importante na construção dos bairros por meio da atuação das onze CEBs organizadas ali – agora são doze. Como há inúmeros problemas com crianças em situação de baixo peso na região, a Pastoral da Criança tem uma atuação importante nas comunidades e não raro aos sábados e domingos realizam eventos para distribuição de produtos naturais que se adicionados à alimentação têm alto valor nutritivo, tais como farelo de sementes, de cascas, entre outros. Em muitas visitas domiciliares, na semana que antecede o evento, as ACS avisam aos moradores sobre a realização do mesmo e estimulam a presença, e, algumas vezes as ACS auxiliam na organização do evento e ajudam a distribuir os alimentos. Com isso são recompensadas 'materialmente' com a quantidade de horas trabalhadas no evento transformadas em horas de folga pela gestão da USF<sup>31</sup>.

Não podemos deixar de citar ainda a relação da atuação das ACS com a MUSP.

---

<sup>31</sup> É comum se fazer um banco de horas com participações em eventos como o citado relacionado à Pastoral da Criança, ou em eventos organizados pelo MS como dias de vacinação aos sábados. Posteriormente essas horas são revertidas em dias de folga negociados com a gestão da USF.

Como já conhecido em outras passagens, a MUSP foi uma importante instituição na luta por trabalho, reconhecimento e autonomia das mulheres de São Pedro numa época em que a ditadura militar produzia uma sociedade machista e ‘de boca fechada’. A MUSP produziu muitas dessas mulheres que hoje são ACS atuantes na região da Grande São Pedro e que não se colocam passivas a simplesmente executar normas e prescrições diante do desafio a que são lançadas. Apesar de hoje, pelos depoimentos obtidos, a MUSP estar pouco mobilizada e politizada, ainda são oferecidos cursos profissionalizantes em parceria com a prefeitura e com o CRAS<sup>32</sup> para os quais as ACS encaminhavam a população desempregado ou com dificuldade de se inserir no mercado de trabalho.

A passagem que retrata a relação da USF com a distribuição de complementos alimentares por parte da Pastoral da Criança demonstra uma renormalização, ou seja, produção de novas normas (SCHWARTZ, 2000) em comum acordo, pois, as ACS prestam serviço à pastoral e à comunidade trabalhando aos sábados e domingos que são seus dias de descanso, e, em contrapartida a gestão da USF as recompensa com horas de folga compatíveis com as horas trabalhadas no evento citado.

Ainda relacionado a marcas da história da produção do espaço na atuação das ACS podemos perceber a relação dos processos eleitorais e as atividades de trabalho das ACS. Como citado no capítulo 4, essa região foi alvo de muitos candidatos que se utilizavam do jargão “lugar de toda pobreza” para fazer promessas em campanhas políticas que normalmente não se cumpriam. E ainda hoje percebemos como essa região sofre com o assédio de candidatos em épocas de eleição. Segundo a ACS B *“eles vem aqui em época de eleição, nos fazem um monte de promessas e nos pedem para fazermos campanhas pra eles porque sabem que a gente conhece todo mundo aqui, mas nós não podemos misturar política com trabalho”*. Esse fragmento de fala, nos traz várias reflexões, dentre elas a que o povo ainda reduz ‘política’ a processo eleitoral, e isso é preocupante, mas é uma outra discussão que não cabe aqui, infelizmente. Dentre as discussões que podemos

---

<sup>32</sup> CRAS é o Centro de Referência e Assistência Social, unidade pública que, localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, busca prestar serviços e desenvolver programas socioassistenciais de proteção social básica às famílias e indivíduos, e à articulação destes serviços no seu território de abrangência, e uma atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social (BRASIL, 2008c). No caso de São

fazer aqui, retrato uma passagem que acompanhamos com a ACS E que demonstra essa relação.

Num dia de visitas, encontramos uma usuária do sistema de saúde na rua que abordou a ACS E dizendo que precisava muito fazer uma ultrassonografia, que sentia dores abdominais. A ACS a encaminhou, *“vai lá na Unidade amanhã que é dia de demanda pra exames, pede ao médico pra te dar uma guia que lá mesmo na USF eles marcam pra você fazer fora, na Policlínica ou em outro lugar”*, e a ACS completou *“mas lá você tem que esperar às vezes até seis meses”*. A usuária então disse *“mas tá doendo muito, então vou fazer particular mesmo, você sabe o preço?”*, e a ACS E, repentinamente ressaltou *“calma, procura o vereador ‘tal’ que ele consegue pra você na semana que vem”*. Essa fala nos desceu atravessada e ficou dias em nosso corpo produzindo alguma coisa que não saía nem nas páginas do diário de campo. Dias depois, numa reunião do grupo de co-análise com as ACS, lançamos a discussão de como era a relação das atividades delas com os vereadores, elas disseram que são assediadas para fazerem campanha mas que sabem distinguir as coisas, que são profissionais. Nosso “diálogo mudo dos olhares” não percebeu qualquer desconforto na ACS E, com a qual acompanhamos a passagem anteriormente descrita. Percebemos então que ela o fizera ‘sem perceber’, era algo da ordem do inconsciente, que, opera por meio do ‘corpo-si’ (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007b), e que ela só teve a intenção de ajudar aquela usuária que se queixava de dores e necessitava urgentemente de um exame para o qual teria que enfrentar um fila de espera considerável para fazê-lo pelo SUS.

Situação semelhante na relação território com produção de vida e saúde da população toma voz nos relatos dos moradores. Para um morador *“agora ficou muito melhor, temos a USF grande, podemos fazer exames aqui, tem farmácia, algumas especialidades; tem a Policlínica aqui pertinho que é o melhor PA de Vitória, vem gente de bairro nobre aqui ser atendido”*. Em contrapartida tem gente que problematiza todo esse ‘progresso’, no desabafo de um morador que se diz hoje um militante quase solitário *“antes era mais fácil lutar e reunir as forças do povo para o bem de todos. Quando não se tem água, luz, casa, transporte, escolas, ruas, posto de saúde, hospital, banco, correio é muito mais fácil fazer o povo gritar. Agora que*

---

Pedro, o CRAS dá alguns cursos na área de artesanato, pintura, gastronomia, costura e beleza buscando qualificar a população local.

*temos tudo isso é muito mais difícil, é mais confortável ficar preso em casa com medo da violência e das drogas do que incomodar os 'grandes'. Parece que ter um vereador, ruas asfaltadas, um hospital, escolas e uma faculdade particular cala a boca do povo. Quando chegamos aqui o pessoal da Ilha e do Comdusa nos chamavam de invasores, nos olhavam torto porque fazíamos arruaça. Pra mim a verdadeira invasão é agora e esta é muito mais difícil de expulsar; é a invasão das drogas, da violência e das igrejas que surgem aos montes todos os dias e só querem desagregar a população, fazer da fé um comércio. Isso sim, essa invasão não tem polícia nem cacete que consegue expulsar como fizeram com a gente muitas vezes”.*

É marcante ainda a relação da produção do espaço com o desenvolvimento de algumas doenças. Na região mais baixa e mais próxima do mangue, onde foi aterrado principalmente com entulhos e lixo, segundo relato de uma médica da USF “é mais comum algumas doenças relacionadas ao lixo, principalmente quando a maré sobe e os bueiros transbordam. A dengue é muito comum, além de casos de leptospirose e outras”. Já na região mais alta, ‘nas escadarias’, onde estão as casas mais simples, muitas ainda de madeira, segundo a médica “ocorrem muitos casos de doenças relacionadas a sujeira e maus cuidados com higiene” e nas outras regiões mais antigas, onde a população idosa é muito grande, “há muitos problemas de hipertensão, diabetes e outras relacionadas a falta de prevenção e cuidados com a alimentação.”

#### **5.7.4 A relação com o coletivo de trabalho**

Concordamos com nossos interlocutores, dentre eles, Schwartz (2007b), Duraffourg, Duc e Durrive (2007) que todo trabalho é coletivo, ainda que alguns pareçam individuais ou se individualizem a partir de ações, indicadores de avaliação e metas, há sempre um coletivo presente em cada atividade individual, e isso fica ainda mais explícito quando se trabalha numa perspectiva de rede (CASTELLS, 2007) como a saúde está estruturada hoje no Brasil e quando se trabalha em equipes multiprofissionais como é o caso das ACS. Analisemos algumas passagens que demonstram a força e a presença desse coletivo nos movimentos da pesquisa.

Como descrito anteriormente, a USF está estruturada em torno de profissionais que

trabalham internamente à USF a serviço da comunidade e há profissionais que compõem equipes de saúde, as EqSF que trabalham em demandas externas. As ACS, em especial fazem quase todo o trabalho externamente no acompanhamento à população por meio de visitas em residências, mas, têm uma relação direta com os demais profissionais de sua equipe e com os profissionais da USF de forma geral. Isso caracteriza o coletivo de trabalho no qual as ACS estão inseridas.

Fica explícito em suas falas, a distinção entre forma a como as ACS se percebem dentro dessa rede de trabalho, o discurso dos gestores da área de saúde e a forma como os profissionais da USF as percebem. Para elas, *“a Unidade só funciona por nossa causa, nós sabemos tudo sobre nossos pacientes, se não falarmos com enfermeiro, médico, psicólogo o que está acontecendo ‘lá fora’ eles só ficam sabendo sobre os pacientes que vem aqui procurar ajuda, e muitos ainda só vem porque nós insistimos, quase temos que pegar na mão e trazer”* (ACS D).

O discurso dos gestores da área da saúde, em especial quando se trata de Saúde da Família é que os ACS são os profissionais mais importantes dessa rede, pois eles fazem frente com a população, são a interface do SUS com a comunidade usuária atendida; é necessário investir e capacitar cada vez mais os Agentes Comunitários<sup>33</sup>.

Em contrapartida, percebemos em algumas reuniões com grupos de usuário e principalmente com o grupo de profissionais da USF que os próprios profissionais, mesmo das equipes de saúde não atribuem essa importância ao trabalho dos ACS. Segundo relato da ACS B *“só nos ouvem quando a gente grita, damos de loucas e agarramos o braço de algum médico ou interrompemos alguma reunião ou consulta. A equipe funciona muito bem, quando a gente grita”*. Nas reuniões que presenciamos com todos os profissionais da USF e com as equipes de saúde, observamos que os médicos e enfermeiros se preocupam mais em discutir problemas específicos das suas atividades, do que em discutir problemas e possíveis soluções para a melhoria da saúde da população atendida pela USF.

Uma discussão interessante mas que não cabe aqui se delongar é a inversão que a

---

<sup>33</sup> Participamos do 4º Fórum Gestão das Cidades – “Agenda para uma Nova Administração”, organizado pelo Governo do Estado do Espírito Santo e realizado entre os dias 19 e 20 de novembro de 2008. Neste evento o atual Secretário Estadual de Saúde proferiu uma fala ancorada na Saúde da Família como estratégia mais importante em saúde, e destacou a importância da atuação dos ACS.

ESF propõe, em sua concepção de gestão do 'lugar dos saberes' nas EqSF e nas USFs. O gestor de cada EqSF é um enfermeiro, assim como o gestor de cada USF em geral é um enfermeiro e não um médico, e isso provoca um certo desconforto por parte dos médicos que estão inseridos numa sociedade onde o 'saber médico' é mais valorizado que o de um enfermeiro e o *status* que um médico possui também é superior. Esse constrangimento fica explícito nas reuniões da USF onde alguns médicos ou não comparecem, ou comparecem e se mantêm alheios e distante às discussões.

Ao se falar em trabalho em equipe em saúde, podemos destacar as visitas domiciliares feitas por ACS na companhia de outros profissionais. Em geral, os auxiliares de enfermagem saem muito com as ACS e eles têm boa relação com as ACS e com a população. Eles auxiliam nos curativos, aferição de pressão, entre outras coisas. Em relação aos enfermeiros e médicos, segundo a ACS C *"eles não gostam muito de sair com a gente, são muito de ficar em consultório, sair pra ir até a população mesmo é difícil. Isso acaba invertendo um pouco a lógica de saúde preventiva do PSF porque ao invés da equipe ir até o paciente, ele que acaba tendo que ir até a Unidade, que fica abarrotada de gente, igual os hospitais"*. Há apenas uma enfermeira e uma médica que *"gostam muito de sair com a gente e a população gosta muito delas. A enfermeira às vezes atende até paciente que não é da área dela quando a gente pede, ela quer carregar a Unidade nas costas, já falei com ela que ela vai adoecer"* relata a ACS A.

A passagem anterior retrata uma renormalização por parte da enfermeira e os coengendramentos com as ACS, pois, se os enfermeiros das demais equipes não gostam de fazer visitas domiciliares, ela acaba visitando usuários que são de microáreas do território de abrangência

A relação das ACS com os farmacêuticos também é entrecortada de situações pois aos ACS não cabe retirar medicamentos para os usuários, mas, como já dissemos em passagens anteriores, há usuários acamados ou em situações que os impossibilitem de ir até a Unidade, para os quais as ACS por vezes pegam receitas com os médicos, retiram medicamentos e levam em suas casas. As ACS também recolhem medicamentos vencidos ou que não serão mais utilizados pelos usuários, ou mesmo medicamentos doados e retornam para a farmácia para serem



devidamente dispensados ou reaproveitados. *“Nós lidamos com a farmácia o tempo todo. A relação é ‘ame-o ou odeie-o’, e é melhor amar o farmacêutico porque a gente precisa muito dele”* lembra a ACS C.

A passagem anteriormente descrita demonstra uma renormalização por parte de ambos profissionais – ACS e farmacêutico. A prescrição do MS prevê que em casos em que os usuários têm limitações para se dirigir até a farmácia popular, no caso de acamados, deficientes físicos e/ou mentais, o medicamento deverá ser entregue a uma familiar mediante receita médica ou a um conhecido mediante procuração; não ao ACS como no caso relatado. Por outro lado, a prescrição do trabalho do farmacêutico o autoriza a dispensar medicamento somente ao usuário portando receita médica, a um familiar do mesmo quando comprovada sua limitação em ir pessoalmente ou a um conhecido mediante receita médica e procuração feita pelo usuário.

Destacamos ainda a relação das ACS com os Agentes de Saúde Ambiental. Na região pesquisada, apesar de algumas doenças proliferativas estarem em situação de controle, é necessária atenção constante, em especial no que diz respeito à dengue que tem momentos de surtos, afetando muitas pessoas e está diretamente ligada às práticas de higiene, limpeza e cuidado da população para não permitir locais de água parada que propiciam a formação de larvas do mosquito transmissor da doença. Recentemente, os Agentes de Saúde Ambiental especializados no combate a essas endemias e conscientização quanto a práticas de prevenção de doenças, ganharam espaço dentro da USF pesquisada de forma a sistematizar e intensificar suas ações na região. Ainda assim acompanhamos muitas situações nas quais as ACS, ao fazer visitas em residências onde observavam caixa d’água sem a tampa, vasos, litros, pneus e lixos acumulando água, alertavam aos moradores sobre o risco da dengue e preenchiam um formulário caracterizando o local e indicando o risco, que posteriormente era entregue aos Agentes de Saúde Ambiental para providências. Relata a ACS A *“sempre que a gente vê situações de risco para a dengue alertamos a população e avisamos aos agentes ambientais. Não é nossa função de ACS mas é responsabilidade de toda a população prevenir contra a doença que pode atingir a gente depois”*.

### 5.7.5 Outras renormalizações, dramáticas do uso de si e a gestão do trabalho

As renormalizações, escolhas e dramáticas dos usos de si nas atividades de trabalho das ACS da USF Ilha das Caieiras estiveram presentes em relatos anteriores, dada a dificuldade de se fazer uma análise do trabalho destes profissionais sob ponto de vista da atividade sem fazer o coengendramento entre as normas antecedentes e o que escapa a estas no trabalho “vivo e em atividade” das ACS; como esse trabalho é gerido. Porém, entendemos que algumas passagens não relatadas anteriormente são da maior importância para a análise do trabalho dos ACS que a pesquisa se propôs, e elas estão relatadas a seguir.

Destacamos a renormalização realizada por parte das ACS em suas atividades de trabalho quanto a assinatura do usuário quando da visita domiciliar. A SEMUS exige, para controle das visitas feitas mensalmente um relatório com a assinatura de todos os usuários visitados por dia do mês em cada microárea. No princípio as ACS seguiam essa norma, porém, com o tempo perceberam que muitos usuários se negavam a assinar o relatório, outros não as recebiam para não ter que assinar e outros as constrangiam com insultos, falas e olhares intimidadores. Após o episódio da proibição de acesso da ACS B a sua microárea de trabalho por suspeita de autoria na denúncia à polícia de práticas ilícitas, as ACS em conjunto resistiram e, arbitrariamente decidiram não mais solicitar assinatura do usuário ao atendimento e comunicaram à gestora da USF. A SEMUS não aceitou tal renormalização argumentando que todos os ACS das outras USF também o faziam, mas a gestão da USF bancou a decisão das ACS da USF Ilha das Caieiras e segundo a ACS B *“agora trabalhamos mais tranqüilas, pelo menos as pessoas nos recebem mais e temos a sensação de mais segurança”*.

Evidenciamos ainda algumas escolhas feitas por essas profissionais na gestão do seu trabalho que, conforme interlocutores como Schwartz, Duc e Durrive (2007b), Schwartz (2004c, 2007a), Schwartz e Durrive (2007) se dão de forma dramática e demandam usos de si, convocam saberes e valores a atuarem em cada situação. Retomamos sob esse ponto de vista a mudança de residência de uma ACS de sua microárea para outra para proteger sua integridade e de sua família num momento em que se sentiu ameaçada por efeito do seu trabalho. A equipe não denunciou o descumprimento da exigência, tampouco a gestora local do SUS, e ela continua

‘oficialmente’ como moradora da microárea que atua.

Outra situação semelhante envolvendo usuário pôde ser percebida quando algum morador se mudava para uma das duas microáreas que estavam ‘descobertas’ de atendimento por ACS e elas não registravam a mudança para que o morador não deixasse de ser atendido. Acompanhamos uma situação em que a ACS A saiu de sua microárea e foi visitar uma residência distante. Tratava-se de uma mulher com duas crianças em idade até cinco anos que antes morava em sua microárea e se mudou, *“mas, como ela tem criança, precisa de atendimento e a nova área está descoberta, eu venho aqui atendê-la, mas não pode, ninguém pode saber, só nós ACS sabemos”* e reiterou comigo e com a usuária, *“ninguém pode saber que eu saio da minha área e venho aqui te atender, se alguém perguntar a vocês o que eu estava fazendo aqui fala que vim dar um recado, assunto pessoal”*.

Também presenciamos outras passagens tais como o fato de pegar senha para usuário para marcação de consultas em dias de demanda para especialidades, marcação de consultas para usuários, pedidos de receita para usuários que fazem uso freqüente de medicamentos, o acompanhamento a consultas externas à Unidade e a cirurgias. *“Sabemos que não podemos, mas fazemos isso pelo bem dos nossos pacientes e ninguém denuncia, todo mundo compreende”*, admite a ACS D.

Acompanhamos uma outra situação interessante a qual demanda usos de si na gestão do trabalho das ACS. Trata-se do manuseio de medicamentos no caso de usuários idosos que não conseguem ler os nomes dos remédios e as receitas dos médicos, ou dos pacientes que não sabem ler – que são em número significativo. As ACS da USF Ilha das Caieiras desenvolveram conjuntamente uma estratégia singular para lidar com essa situação na tentativa de garantir que os usuários utilizem os medicamentos corretos nos horários prescritos pelos médicos. A idéia partiu da ACS A juntamente com uma farmacêutica, e, em reunião elas socializaram os saberes e chegaram à estratégia que existia quando da realização da pesquisa. Elas montaram pequenas caixinhas com tampas onde os medicamentos para cada usuário que demanda tais cuidados especiais são depositados. Na tampa da caixa é colado um papel com as divisões do dia que indicam as refeições ou não – jejum, café da manhã, almoço, café da tarde, jantar. Cada fração do dia é indicada por uma figura que melhor a simboliza, por exemplo, o café da manhã é simbolizado por uma

xícara de café e pão, o almoço por um prato de comida colorido com verduras e um pedaço de carne, etc. Tais frações do dia são coloridas, cada uma com uma cor diferente, e a mesma cor é colada na cartela do medicamento com um pequeno pedaço de fita adesiva, indicando que aquele medicamento deve ser tomado naquele horário. Ilustrando a situação, se um paciente deve tomar um medicamento no almoço e no jantar e a figura do almoço foi colorida em vermelho e a do jantar em verde, as cartelas do respectivo medicamento levam um pequeno pedaço de fita adesiva vermelha e outro pequeno pedaço de fita adesiva verde.

Essa estratégia cuidadosamente desenvolvida e personalizada para cada usuário que demanda cuidados especiais e dificuldades na administração de medicamentos marcava para as ACS uma conquista satisfatória e denunciava uma dificuldade dos usuários na utilização dos medicamentos enviados pelo SUS, pois segundo a ACS A, *“antes os pacientes tomavam muitos remédios errados, quando a gente ia ver alguns tinham acabado antes da hora enquanto outros estavam em sobra, por isso muitos não apresentavam melhoras e outros pioravam o estado de saúde”*, e complementa uma farmacêutica, *“isso também acontece porque muda muito o nome e a cor dos remédios que o SUS manda, num mês o remédio para pressão tem um nome e as pílulas são azuis, no outro mês o governo compra de outro laboratório e o remédio que tem o mesmo efeito tem outro nome e as pílulas são amarelas; confunde muito os pacientes”*. Mas todos são unânimes em afirmar que após a estratégia da utilização das caixinhas com desenhos coloridos acompanhadas de fitas adesivas nas cartelas de medicamentos, os problemas de posologia indevida diminuíram.

O relato anterior ressalta usos de si por si feito pelas ACS, além de tornar evidente o espaço para autonomia de decisão desses profissionais e a renormalização coletiva no modo de ação a que são lançadas diante das variabilidades emergentes nas suas atividades de trabalho (SCHWARTZ, 1998, 2004c, 2007b; ROSA, 2001; TERSSAC e MAGGI, 2004).

Os relatos e passagens cuidadosamente escolhidos e descritos neste capítulo buscaram trazer a tona como se dão os processos de trabalho das ACS da USF Ilha das Caieiras durante os nove meses que estivemos acompanhando pelo menos seis ACS em visitas domiciliares, em reuniões com grupos de usuários do sistema de

saúde e com os outros profissionais da USF. Eles marcam os desafios, prescrições, arbitragens e escolhas que são demandadas na gestão do trabalho “vivo e em atividade” no dia-a-dia das ACS.

Seguimos às considerações finais onde procuramos alinhar as ferramentas teórico-conceituais que tomamos como base com a riqueza de dados que co-produzimos e, de certo modo, co-analisamos por meio dos relatos realizados.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS... VIVENDO E TRABALHANDO “NO FIO DA NAVALHA<sup>34</sup>”

Minha Alma - O Rappa

a minha alma está armada  
e apontada para a cara  
do sossego (sego)  
pois paz sem voz  
não é paz é medo (medo)

às vezes eu falo com a vida  
às vezes é ela quem diz  
qual a paz que eu não quero  
conservar  
para tentar ser feliz

as grades do condomínio  
são para trazer proteção  
mas também trazem a dúvida  
se não é você que está nessa prisão  
me abrace e me dê um beijo  
faça um filho comigo  
mas não me deixe sentar  
na poltrona no dia de domingo  
procurando novas drogas  
de aluguel nesse vídeo  
coagido pela paz  
que eu não quero  
seguir admitindo.

A pesquisa que tomou ‘voz e corpo’ por meio desse relatório pretendeu desenvolver uma análise sob o ponto de vista da atividade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde inseridos na concepção da Estratégia de Saúde da Família, que atuam na USF Ilha das Caieiras, a qual fornece serviços de prevenção e acompanhamento em saúde à população residente nos bairros Ilha das Caieiras, Comdusa, São Pedro I, II e IV do complexo residencial periférico denominado “Grande São Pedro” na região da baía noroeste de Vitória-ES.

Acompanhamos o movimento dos ACS nas visitas domiciliares e no interior da USF durante um período de nove meses, procurando manter a postura cartográfica ao pesquisar, entendemos que o trabalho desses profissionais é perpassado por desafios e variabilidades, e que a grande quantidade de normas antecedentes que o prescreve e regulamenta não dão conta de antecipar e minimizar a complexidade

---

<sup>34</sup> Apropriamo-nos da expressão “No Fio da Navalha” a partir da leitura do texto de Telles (2007) - texto da disciplina Psicologia Institucional no semestre 2008/02 no PPGPsi, onde estive matriculada como aluna especial.

que se apresenta no dia-a-dia do trabalho “vivo e em atividade” desses profissionais, conforme afirma Schwartz (2007a, 2007b, 2000, 2004c), Schwartz, Duc e Durrive (2007a), Durrive (2001) e Duraffourg, Duc e Durrive (2007)

Afirmamos que as ACS são profissionais, todas mulheres, mães, esposas e trabalhadoras que deixam seus filhos na escola, fazem o serviço de casa antes de ir para o trabalho. A maioria delas há quase uma década atuando como ACS admite que apesar das muitas dificuldades encontradas no trabalho, que gostam de trabalhar naquela função por terem a possibilidade de almoçar em casa, e ver os filhos crescerem.

Elas vivem no mesmo território em que trabalham por determinação da concepção de gestão da ESF feita pelo MS, e, se esse requisito se apresenta como um facilitador para o trabalho em função do conhecimento do território e dos problemas ali existentes, também se apresenta como dificultador quando ‘se sabe demais’ a respeito de alguns assuntos cotidianos, e, portanto, vive-se constantemente “no fio da navalha”, entre o lícito e o ilícito (TELLES, 2007).

Um território que há três décadas era visto como o “lugar de toda pobreza”, onde o lixo alimentou e serviu de solo e trabalho para a população, também trouxe doenças e estigmas que a população supera aos poucos. Hoje os bairros da região já possuem infra-estrutura de uma pequena cidade de interior, e, especialmente no que diz respeito a saúde muitos índices de doenças endêmicas foram superados, porém, ainda é considerado grave o número de gestações na adolescência, mortalidade infantil e doenças e mortes efeito do envolvimento com drogas ilícitas.

Essas profissionais vivem e trabalham ‘no fio da navalha’ lutando pela produção de vida e saúde num território marcado pela falta de integração do poder público no que diz respeito a programas que envolvam as áreas de Educação, Saúde, Assistência Social, Segurança entre outras, numa região que foi construída com muita luta popular coletiva, e se no passado foi fruto de invasões humanas em propriedade particulares, hoje mostra-se um território invadido por muita desarticulação, desmobilização, individualismo, violência e drogas. No entanto não faltam programas

com objetivos isolados e legítimos por si só para tentar transformar a realidade.<sup>35</sup>

Afirmamos também que as ACS participantes da pesquisa vivem e trabalham ‘no fio da navalha’ buscando preservar a saúde e prevenir doenças da população da microárea de sua responsabilidade, muitas vezes sem o devido apoio da gestão local do SUS para preservar a sua saúde, expondo-se ao sol durante todo o dia.

Podemos dizer ainda que são profissionais que vivem e trabalham ‘no fio da navalha’ com o objetivo de levar à população residente a produção de saúde em uma perspectiva preventiva diferentemente do antigo conceito de saúde-doença centrado na figura do médico, ao mesmo tempo lidando com usuários que dependem quase exclusivamente dos serviços de saúde do SUS, mas que muitas vezes não reconhecem a importância do trabalho do ACS na perspectiva de saúde preventiva. Muitos usuários ainda preferem viver na concepção do modelo hospitalocêntrico, ou seja, só procuram saber a respeito de saúde quando estão doentes e precisam de vaga para exames especializados ou para internação nos hospitais da rede pública.

Também vivem e trabalham ‘no fio da navalha’ profissionais que sabem informações sobre práticas ilícitas ou sobre contaminação por doenças infecto-contagiosas de usuários de sua microárea, no entanto pouco podem fazer para lutar contra possíveis efeitos negativos dessas práticas para o restante da população em função da ética profissional a qual devem respeitar. Isso passa a ser para elas uma dramática, porque são mães, residem ali e portanto se afetam pela vida local.

Por fim, entendemos que as ACS vivem e trabalham ‘no fio da navalha’ pois representam na rede de trabalho em saúde – na perspectiva da ESF – a linha de frente do SUS para com os usuários, cabendo a elas triar os problemas do território abrangido pela microárea de sua responsabilidade e informar à sua equipe de saúde. Embora as mesmas alegam não ter a importância do seu trabalho reconhecida pelos profissionais colegas da equipe.

Entendemos ser um trabalho complexo e desafiador, marcado por muitas

---

<sup>35</sup> Um exemplo de programas com objetivos isolados é o Território da Paz, inaugurado pelo presidente Lula em São Pedro no dia 06 de março de 2009. Trata-se de mais um projeto social financiado por grandes empresas em parceria com o governo na tentativa de inserir adolescentes em atividades sociais em horário alternativo ao da escola.



variabilidades que demandam convocações e usos de si, dos saberes da experiência e levam a um constante embate de valores e escolhas microgestionárias para a sua execução.

A complexidade do trabalhar e viver no local aqui exposta é de certa forma prescrita pelo MS sob o ponto de vista da gestão pública que o trabalhador local cuida melhor do seu território, no entanto a pesquisa coloca em análise o quanto desafiador pode se tornar isso para os ACS. A reunião do grupo que elas demandaram com o psicólogo pode mostrar algo do quanto o trabalho permeia suas vidas.

A abordagem Ergológica preconiza que só faz sentido analisar/conhecer o trabalho se possível transformá-lo. Afirmamos que nossa presença durante os nove meses internamente à USF e junto às ACS nas visitas domiciliares, por meio das muitas conversas provocou rupturas na forma como elas compunham com as normas antecedentes ao seu trabalho e como geriam as situações de trabalho no plano do real. Assim como afirmamos que a produção desta pesquisa transformou a nossa forma de fazer pesquisa e pensar os desdobramentos da mesma.

Foi imprescindível para a realização dessa pesquisa colocar para funcionar os princípios do Dispositivo Dinâmico a 3 Pólos (SCHWARTZ, 2003), uma vez que nós colocamos em análise os conceitos no primeiro pólo, enquanto as ACS fizeram emergir os saberes da experiência que habitam o segundo pólo. E, entender/conhecer para transformar o trabalho das ACS só foi possível por meio do embate de valores que se dá no terceiro pólo.

A prática cartográfica como postura de pesquisa nos proporcionou captar os movimentos que se passaram nas visitas domiciliares, buscando não tecer julgamentos de valor; apenas sentindo cada situação e contextualizando-a com os princípios teórico-metodológicos afirmados.

Nessa perspectiva, para a finalização deste trabalho procedemos a duas escolhas que marcaram nosso encontro com as situações vivenciadas em campo. O primeiro deles, que tomou corpo e foi incorporado ao título é a tese de que os profissionais pesquisados vivem e trabalham 'no fio da navalha' ou seja, permanentemente tendo que criar novas formas de vida. E a segunda escolha foi a música de composição do Marcelo Yuca por ela portar em sua letra a mensagem de uma paz forjada por uma

sociedade cega, surda e muda. Assim percebemos o modo como as ACS pesquisadas compõem com o território onde vivem e trabalham – existe paz e harmonia desde que elas se mantenham alheias às situações que presenciam – entre o lícito e o ilícito.

Passaremos às recomendações de continuidade da pesquisa, na perspectiva de encerramento desta e abertura de outras possíveis.

## 6.1 RECOMENDAÇÕES DE CONTINUIDADE DA PESQUISA

O relato da pesquisa que já encontra-se em fase de encerramento abre espaço para outras pesquisas na perspectiva de análise do trabalho no campo da gestão pública.

Permanecendo-se com os mesmos atores, os ACS, sugerimos uma pesquisa em busca de investigar por que o gênero predominante nessa função é o feminino e o que isso produz de efeitos para as ACS e para a população usuária dos serviços de saúde.

Sugerimos ainda, uma pesquisa que investigue se há e como se caracteriza, no grupo das ACS, certas prescrições coletivas, que são internas e informais, ou seja, obrigações que um coletivo de trabalhadores partilha num determinado momento, certas maneiras de realizar a atividade, o que Clot (2006) denominou de gênero profissional.

Recomendamos que sejam feitas pesquisas e análises nos processos de trabalho de outros coletivos na instância pública municipal, em busca de identificar se as prescrições para a realização do trabalho estão bem definidas, se são se conhecimento dos trabalhadores, e como estes fazem a gestão das variabilidades que surgem no dia-a-dia da realização do trabalho.

Por fim, recomendamos à SEMUS que proceda a uma análise criteriosa da realidade na qual se insere cada uma das USF de Vitória buscando adequar, dentro do espaço de autonomia que o Ministério da Saúde prevê, de acordo com a portaria 648/2006, as prescrições que envolvem os processos de trabalho dos profissionais da rede de trabalho em saúde e a demanda local por serviços de saúde.

## 7 REFERÊNCIAS

II Encontro de Psicologia e Questões Contemporâneas realizado na UFES de 01 a 03 de agosto de 2008. Organização: PPGPsi-UFES.

ALMEIDA, Henrique Antônio Casagrande Dias de. **A estratégia de saúde da família**: uma contribuição da análise ergológica à administração. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Espírito Santo, 2007.

Alunos da escola Francisco Lacerda de Aguiar. **História e Estórias da Ilha das Caieiras**. Vitória, s/d, 1994.

ALVAREZ, Denise; TELLES, Ana Luiza. Interfaces Ergonomia-Ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, Marcelo et al. (orgs.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: Dp&A, 2004, p.63-90.

ANDRADE, Carlos Drummond de; **Poesia completa**: volume único : conforme as disposições do autor. Rio de Janeiro: Nova Aguilar: Bradesco Seguros, 2002.

ANDREATTA, Maria das Graças Lemos. **Na lama prometida a redenção**. São Paulo: O Recado, 1987.

\_\_\_\_\_. **31 anos depois**. Vitória-ES: Editora Criativa, 2008.

\_\_\_\_\_. **Entrevista concedida sobre a história da construção dos bairros São Pedro**. 23 mai. 2008 em sua residência em Guarapari-ES.

ATHAYDE, Milton. Psicologia e Trabalho: Que Relações? In: **Psicologia Social Abordagens Sócio - Históricas e Desafios Contemporâneos**. Jacó-Vilela A M. e Mancebo, D. (orgs). Rio de Janeiro: Eduerj/UERJ, 1999.

BENEVIDES DE BARROS, Regina Duarte. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2007.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. v.1. 7. ed. - São Paulo: Brasiliense, 1994.

BIANCO; Mônica de Fátima; ALMEIDA, Henrique Antônio Casagrande Dias de;

BINDA, Josiana. **Análise do Trabalho numa Perspectiva Singular de Gestão**: um estudo em diferentes Unidades de Saúde da Família, 2009 (capítulo de livro, no prelo).

BOCCO, Fernanda. **Cartografias da infração juvenil**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde (2001a). **Guia prático da saúde da família**. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (2001b). **Programa saúde da família**. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 abr. 2008.

BRASIL. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 jul. 2002. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao>>. Acesso em: 15 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (2004). **Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica>>. Acesso em 19 dez. 2008.

BRASIL (2006a). Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Conversão da MPv nº 297, de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 out. 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350)>. Acesso em: 15 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006b). **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao>>. Acesso em: 18 dez.

2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (2008a). **Indicadores do Programa de Saúde da Família**. Brasília. Disponível em : <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/indicadores>>. Acesso em 10 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (2008b). **Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>>. Acesso em 26 dez 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (2008c). **Centro de Referência de Assistência Social**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica>>. Acesso em 05 nov. 2008.

CALADO, Giselle Silva. **A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, 2002.

CAMPOS JR, Carlos Teixeira de. **O novo Arrabalde**. Vitória: Prefeitura Municipal, 1996.

CÁRITAS. **Cáritas Brasileira**. Disponível em <<http://www.teste.caritasbrasileira.org>>. Acesso em 31 mai. 2008.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. A era da informação : economia, sociedade e cultura. 10. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CORDEIRO, H.. O desafio do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: uma contribuição para além dos pólos de capacitação. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, 21: 36 – 43, 2000.

CORREA, Roberto Lobato. **O espaço urbano**. São Paulo: Ática, 2002.

DANIELLOU, François; LAVILLE, Antoine; TEIGER, Catherine. Ficção e realidade do trabalho operário. In **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, FUNDACENTRO, n. 56, vol. 17, pp.7-13, 1989.

DANIELLOU, François (Coord.). **A Ergonomia em busca dos seus princípios**. Debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

DATASUS. Relatórios impressos emitidos do Banco de Dados do SUS. Mar-abr, 2008.

\_\_\_\_\_. (1990) ¿Que és un dispositivo? In: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, pp. 155-161. **O que é um dispositivo?** Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: <[www.escolanomade.org](http://www.escolanomade.org)>. Acesso em 15 ago. 2008.

\_\_\_\_\_; FOUCAULT, Michel. Os intelectuais e o poder. Conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

\_\_\_\_\_.; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DIAS, Tavares. **São Pedro** (Coleção Elmo Elton). Vitória: Secretaria Municipal de Cultura, 2001.

DURAFFOURG, Jacques. Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho. In: DIEESE (org.). **Emprego e desenvolvimento tecnológico**: Brasil e contexto internacional. São Paulo: DIEESE. 1998. p. 123-144.

\_\_\_\_\_; DUC, Marcelle; DURRIVE, Louis. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Orgs). **Trabalho & Ergologia**. Conversas sobre a atividade humana. Tradução: BRITTO, Jussara; ATHÁIDE, Milton et al. Rio de Janeiro: EdUFF, 2007.

DURRIVE, Louis. **Caixa de ferramentas** – O fio condutor do animador. In: Anais do I Encontro Franco-Brasileiro de Análise Pluridisciplinar do Trabalho. NEICT/UFF, CESTE/ENSP/FIOCRUZ, PPGPS/UERJ, GPST/UFPB, UNI-RIO, Departement d'Ergologie/ Université de Provence (Orgs). Niterói-RJ, 20 a 22 mar. 2001.

ESCHER, Maurits Cornelis. **Drawing hands** Disponível em : <<http://grupogels.blogspot.com/2008/09/relao-homem-linguagem-mundo.html>>. Acesso em 07/12/2008.

ES/SESA. **Formação inicial dos agentes comunitários de saúde do Espírito Santo**. Caderno de atividades. Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 3. ed.. Curitiba: Positivo, 2004.

FERNANDES, Nelito; SEGATTO, Cristiane; FRUTUOSO, Suzane. O retrato do abandono. **Revista Época**. São Paulo, edição nº 515, 02 abr. 2008.

FIGUEIREDO, Marcelo et al. (orgs.) **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: Dp&A, 2004.

FIOCRUZ. **Biblioteca Virtual Sergio Arouca**. Disponível em <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br>>. Acesso em 17 abr. 2008.

FONSECA, Tânia Maria Galli; KIRST, Patrícia Gomes (orgs.). **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

GOMES, Rafael et al. Integralidade como princípio ético o formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Rubens Antônio. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

GUATARRI, Felix; ROLNIK, Sueli. **Micropolíticas**: cartografias do desejo. São Paulo: Vozes, 2005.

GUÉRIN et. al. **Compreender o trabalho para transformá-lo**. A prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher: Fundação Vanzolini, 2004.

GURGEL, Antônio de Pádua; PESSALI, Hesio. **Projeto São Pedro**. Desenvolvimento urbano integrado, ocupação produtiva, preservação e recuperação ambiental. Vitória: Contexto Jornalismo & Assessoria Ltda / Instituto Huah / Núcleo de Projetos Culturais e Ecológicos, 2004.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Desafios metodológicos para a pesquisa no campo da psicologia: o que pode uma pesquisa? In: MARCONDES, Adriana; FERNANDES, Angela; ROCHA, Marisa Lopes da Rocha (orgs.). **Novos possíveis no encontro da Psicologia com a Educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

IBGE. **Senso Demográfico Brasileiro 2000**. Disponível em

<<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em 28 mai. 2008.

JOUTARD, Philip. Desafios à história oral do século XXI. In: ALBERTI, Verena.; FERNANDES, Tania Maria.; FERREIRA, Marieta de Moraes. **História oral: desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Casa de Oswaldo Cruz: CPDOC-FGV, 2000.

KASTRUP, Virgínia. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, André. **Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação**. Porto Alegre: Sulina, 2004.

\_\_\_\_\_. Transcrição da palestra ministrada em 02 jun. 2007 no Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional na Universidade Federal do Espírito Santo com o tema: A cartografia como método, 2007a.

\_\_\_\_\_. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, vol.19, nº 1. Porto Alegre, jan-abr 2007b.

\_\_\_\_\_. **A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo de cognição**. Campinas, SP: Papyrus, 1999.

\_\_\_\_\_; BENEVIDES DE BARROS, Regina. **Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia**. Texto recebido via e-mail de uma das autoras por meio do grupo de estudos NEPEPSP – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Subjetividade e Política.

KIRST, Patrícia Gomes et al. Conhecimento e Cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, Tânia Maria Galli; KIRST, Patrícia Gomes. (Orgs). **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. 9. ed São Paulo: Perspectiva, 2006.

LEPLAT, Jacques. Aspectos da complexidade em ergonomia. In: DANIELLOU, François (Coord.). **A Ergonomia em busca dos seus princípios**. Debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

LOURAU, René. **René Lourau na UERJ – 1993 - Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.



MAIRESSE, Denise. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, Tânia Maria Galli; KIRST, Patrícia Gomes (orgs.). **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

MASCARENHAS, Mônica T. Machado.; ALMEIDA, Celia. O Programa Médico de Família de Niterói (PMNF): uma agenda para reflexão. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, 26(60): 82 – 102, 2002.

MATURANA, Humberto. R.; VARELA, Francisco. J. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. 6.ed. São Paulo: Palas Athena, 2007.

MONTMOLLIN, Maurice de. Ergonomias. In: CASTILLO, Juan José; VILLENA, Jesús. **Ergonomia. Conceitos e Métodos**. Lisboa, Portugal: Dinalivro, 2005.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** 6(2) 445-450, 2001.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Do fracasso à reforma da reforma do Estado. In: \_\_\_\_\_ . **Um Estado para a Sociedade Civil**. 2ed. São Paulo: Cortez, 2005. p.37-76.

ODDONE, Ivar. **Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1986.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O trabalho do antropólogo**. 2. ed. - Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Ed. UNESP, 2000.

PAULA, Ana Paula Paes de. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

ROLNIK, Sueli. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; Sulina, 2006.

ROSA, Maria Inês. **Trabalho** – nova modalidade de uso de si na educação: debates/confrontos de valores. In: Anais do I Encontro Franco-Brasileiro de Análise Pluridisciplinar do Trabalho. NEICT/UFF, CESTE/ENSP/FIOCRUZ, PPGPS/UERJ, GPST/UFPB, UNI-RIO, Departement d'Ergologie/ Université de Provence (Orgs). Niterói-RJ, 20 a 22 mar. 2001.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 11. ed. - Porto: Afrontamento, 1999.

SCHWARTZ, Yves. Circulações, Dramáticas, Eficácias da Atividade Industrial. In: BIDET, J. TEXIER, J. (orgs.). **La Crise du Travail**. Paris: PUF, 1995, p. 133-153.

\_\_\_\_\_. **Seminário Trabalho e Saber**. Belo Horizonte, 12-16 maio 2003.

\_\_\_\_\_. Disciplina Epistêmica, Disciplina Ergológica – paidéia e politeia. In: **Proposições**, (Unicamp), vol. 13, n. 01, jan./abr. 2002, p. 126-149.

\_\_\_\_\_. Trabalho e Gestão: Níveis, Critérios e Instâncias. In: FIGUEIREDO et al. (orgs.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: Dp&A, 2004a, p.23-33.

\_\_\_\_\_. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Vol. 2 n. 1, p. 33-55, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: DANIELLOU, François. (Coord.). **A Ergonomia em busca de seus princípios**: debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blücher, 2004c.

\_\_\_\_\_. Os Ingredientes da Competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**. Campinas, ano XIX, nº 65, p. 101-139. 1998.

\_\_\_\_\_. Trabalho e uso de si. In: **Proposições**, (Unicamp), vol 01, n. 05, dez. 2000, p. 27-52.

\_\_\_\_\_. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Orgs). **Trabalho & Ergologia**. Conversas sobre a atividade humana. Tradução: BRITTO, Jussara; ATHÁIDE, Milton et al. Rio de Janeiro: EdUFF, 2007a.

\_\_\_\_\_. A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Orgs). **Trabalho & Ergologia**. Conversas sobre a atividade humana. Tradução: BRITTO, Jussara; ATHÁIDE, Milton et al. Rio de Janeiro: EdUFF, 2007b.

\_\_\_\_\_; DURRIVE, Louis. **Proposition de Vocabulaire Ergologique**. 2001. Disponível em <[www.ergologie.com](http://www.ergologie.com)>. Acesso em: 17 abr. 2008.

\_\_\_\_\_. (Orgs). **Trabalho & Ergologia**. Conversas sobre a atividade humana. Tradução: BRITTO, Jussara; ATHAÍDE, Milton et al. Rio de Janeiro: EdUFF, 2007.

\_\_\_\_\_; DUC, Marcelle; DURRIVE, Louis. Trabalho e Ergologia. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Orgs). **Trabalho & Ergologia**. Conversas sobre a atividade humana. Tradução: BRITTO, Jussara; ATHAÍDE, Milton et al. Rio de Janeiro: EdUFF, 2007a.

\_\_\_\_\_; DUC, Marcelle; DURRIVE, Louis. Trabalho e uso de si. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Orgs). **Trabalho & Ergologia**. Conversas sobre a atividade humana. Tradução: BRITTO, Jussara; ATHAÍDE, Milton et al. Rio de Janeiro: EdUFF, 2007b.

\_\_\_\_\_; DUC, Marcelle; DURRIVE, Louis. A linguagem em trabalho. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Orgs). **Trabalho & Ergologia**. Conversas sobre a atividade humana. Tradução: BRITTO, Jussara; ATHAÍDE, Milton et al. Rio de Janeiro: EdUFF, 2007c.

SEGES/PMV. **Relatórios internos da Secretaria de Gestão Estratégia da Prefeitura Municipal de Vitória**. Acesso em meio impresso em 27 mai. 2008.

SEMUS/PMV. **Relatórios da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Vitória**. Acesso em <<http://vitoria.es.gov.br>>. Acesso em 30 mai. 2008.

SEMOB/PMV. **Mapeamento das regiões administrativas da Prefeitura Municipal de Vitória**. Disponível em <<http://vitoria.es.gov.br>>. Acesso em 29 mai. 2008.

SOUZA, Eloísio Moulin de ; BIANCO, Mônica de Fátima. ; SILVA, Agnaldo . Pesquisa Pós-Moderna: a fragmentação e o devir no campo organizacional. In: ENANPAD 2006, Salvador. **Anais do ENANPAD 2006**, p. 26-41.

TELLES, Vera da Silva. Transitando na linha de sombra, tecendo as tramas da cidade. In: OLIVEIRA, Francisco de ; RIZEK, Cibele Saliba (Orgs.). **A era da indeterminação**. São Paulo: Boitempo editorial, 2007.

TERSSAC, Gilbert de; MAGGI, Bruno. O trabalho e a abordagem ergonômica. In: DANIELLOU, François (Coord.). **A Ergonomia em busca dos seus princípios**. Debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blüncher, 2004.

TER-ES. **Censo Eleitoral de 2006**. Relatório consultado no Arquivo Público Municipal em 01 jun. 2008.

THOMSON, Alistair Aos cinquenta anos: uma perspectiva internacional da história oral. In: ALBERTI, Verena.; FERNANDES, Tania Maria.; FERREIRA, Marieta de Moraes. **História oral: desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Casa de Oswaldo Cruz: CPDOC-FGV, 2000.

Trabalho em Equipe Sob o Eixo da Integralidade: Valores, Saberes e Práticas. Simpósio realizado na UFES de 09 a 10 de agosto de 2007. Organização: PPGPsi-UFES, LAPPIS, IMS/UERJ.

UFES. **Guia para Normalização de Referências**: NBR 6023: 2002. Biblioteca Central, 3 ed., Vitória: A Biblioteca, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Normalização e apresentação de trabalhos científicos e acadêmicos**: guia para alunos, professores e pesquisadores da UFES. Biblioteca Central, 7 ed., Vitória: A Biblioteca, 2005b.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila.; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de saúde da família. **PHYSIS. Saúde Coletiva**, 8 (2): 11 – 48, 1998.

VIEIRA, Marcos Antônio. Autoconfrontação e análise da atividade. In: FIGUEIREDO, Marcelo et al. (orgs.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: Dp&A, 2004, p.23-33.

WISNER, Alain. **A inteligência no trabalho**: textos selecionados de Ergonomia. São Paulo: Fundacentro, 1994.

## **VÍDEOS:**

LUGAR DE TODA POBREZA. Direção: Amylton de Almeida. Produção: Rede Gazeta de Comunicações. Vitória, 1983. 1 DVD.

LUGAR DE TODA POBREZA, 20 ANOS DEPOIS. Direção: Henrique Gobbi. Produção: TV Gazeta. Vitória, 2003. 1 DVD.

**MÚSICA:**

YUKA, Marcelo. Minha alma (a paz que eu não quero). In: O RAPPA. **Lado B Lado A**. São Paulo: Warner Music Brasil, 1999. 1 disco sonoro, faixa 6.