

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
INSTITUCIONAL**

**RENATA OLIVEIRA SAMPAIO**

**A ATIVIDADE DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE DRAMÁTICAS E  
(RE)CRIAÇÕES**

**VITÓRIA  
2016**

**RENATA OLIVEIRA SAMPAIO**

**A ATIVIDADE DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE DRAMÁTICAS E  
(RE)CRIAÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional, na linha de pesquisa Subjetividade e Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silveira Gomes.

**VITÓRIA  
2016**

**RENATA OLIVEIRA SAMPAIO**

**A ATIVIDADE DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE DRAMÁTICAS E  
(RE)CRIAÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Institucional, na área Subjetividade e Clínica.

Vitória, 21 de janeiro de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Rafael da Silveira Gomes**  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientador

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maria Elizabeth Barros de Barros**  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

**Prof. Dr. Thiago Drumond Moraes**  
Universidade Federal do Espírito Santo

**BIBLIOTECA CENTRAL DA UFES**

*Aos meus pais, por todo o amor.*

*A Fabricio, amor da minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus, toda honra, glória e louvor! O autor da minha fé, que permitiu e me deu condições de viver esse momento de intensa alegria.*

*À Fabricio, meu marido, que esteve ao meu lado e me apoiou a todo instante, desde o início da seleção para o mestrado, como em todo o percurso. Com amor e risadas, tornastes os meus dias de mestranda mais leves e alegres. Te amo sem medida!*

*Aos meus pais, Rita e Renato Sampaio, por todo amor e referências que se tornaram, contribuindo diretamente na minha constituição. Sou muito grata por tudo o que fizeram e fazem por mim e pela nossa família. Assim também, agradeço com amor, ao meu irmão Estevão, pela companhia nas madrugadas de escrita. Meu amor por vocês, é imenso!!!*

*A minha avó, Dona Zilma, que ansiosamente perguntava quando iria terminar de escrever o “livro”; que torceu por mim e que se preocupou comigo; obrigada pelo carinho, pelo amor e pelo cuidado; assim também, aos demais familiares; tios e tias, que mesmo distantes, sempre perguntavam sobre o mestrado.*

*À Rafael, que com paciência e compreensão infinita, me orientou. Agradeço por ter confiado em mim e por ter escolhido me orientar. Com você aprendi muito! Obrigada pelas orientações que me impulsionava; que me fazia sair da UFES saltitante; cheia de pensamentos, ideias e questões que me davam inspirações para escrever.*

*À querida professora Beth Barros, por ter colaborado com questões importantes para a construção deste trabalho, produzindo deslocamentos e tensionamentos, que por vezes me tiraram o chão, mas que foi necessário, para que novas apostas e sentidos fossem produzidos. Você é uma locomotiva de inspiração, de força e de alegria contagiante!*

*À professora Maristela, por ter aceitado participar da banca de qualificação. Muito obrigada pelas contribuições e sugestões que se fazem presentes neste trabalho.*

*Ao professor Thiago, que fez parte do meu percurso na graduação e no mestrado ministrou uma disciplina juntamente com o Prof. Rafael sobre Clínica da Atividade, trazendo contribuições fundamentais nas aulas que me fizeram pensar a metodologia deste trabalho e desenvolver as análises. Obrigada também, por ter aceitado participar da banca de defesa.*

*Ao grupo das poderosas: Alice, Ana, Nice, Olga e Luísa. Pelos bons encontros que tivemos, pela amizade que nos fortaleceu em meio as nossas limitações neste percurso. O nome não é por acaso; nosso grupo é potente! Em especial, agradeço a Nice. Tivemos muitos encontros em nossa trajetória escolar, mas o mestrado que nos aproximou, que fez consolidar a nossa amizade.*

*Meu carinho e agradecimento as companheiras “de viagem”: Bernadeth, Bia, Jaddh, Luzimar e Vivi. As viagens aos congressos nos aproximaram, entre algumas, laços foram criados em meio as distâncias físicas.*

*Agradeço também, a Silvia e Soninha da Secretaria do PPGPSI pelo carinho, disponibilidade e prontidão.*

*À amiga Marcela, por dividirmos alegrias e preocupações durante a nossa trajetória no mestrado, ainda que em programas distintos; a Poli, pela amizade que não se abala em meio à distância; a Sarah pela pessoa maravilhosa que é; a querida Jeane, pelo carinho, força e orações; e a Ju Gomes, pela amizade inseparável desde a graduação.*

*À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) pelo investimento financeiro ao fornecer a bolsa de pesquisa.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI) por ter me acolhido e a todos os professores deste programa.*

*Ao Magno, pelo suporte e disponibilidade em auxiliar nas etapas desta pesquisa que foram filmadas.*

*Às Agentes Comunitárias de Saúde, pela disponibilidade e aceitação em fazer parte desta pesquisa, pela vontade de querer contribuir neste trabalho; pelos bons encontros e cafés compartilhados; pelo carinho com que me acolheram.*

## **RESUMO**

Este trabalho é fruto de pesquisas realizadas entre os anos de 2013 a 2015 e teve como proposta analisar a atividade das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma Unidade de Saúde localizada em Nova Rosa da Penha, no município de Cariacica. Para isso, num primeiro momento foram realizados encontros - rodas de conversa - com as ACS para discutir temas pertinentes ao trabalho delas: saúde, prescrições e atividade. No segundo momento foi utilizada uma adaptação da técnica Instrução ao Sósia e realizado, posteriormente, adaptações dos métodos de Autoconfrontação Simples e Cruzada, de Yves Clot. Tais proposições contribuíram na análise da atividade, pois funcionaram como dispositivos permitindo que as próprias ACS produzissem análises acerca de sua própria atividade. Estas análises são discutidas neste trabalho dissertativo a partir de contribuições das chamadas “Clínicas do Trabalho”, utilizando conceitos da Clínica da Atividade e da Ergologia. Desta forma, foi possível observar a distância entre as normas antecedentes e o real da atividade e conhecer as renormalizações que as ACS operam diante dos dilemas vividos no trabalho. Também observamos, que a atividade das ACS é cercada por paradoxos que vão da inflação ao vazio de normas, da valorização à desvalorização. Assim, pretendemos que esta pesquisa contribua em novos modos de pensar/olhar o trabalho das ACS.

**Palavras-chave:** Agentes Comunitárias de Saúde. Atividade. Comunidade. Estratégia Saúde da Família. Real da Atividade. Unidade de Saúde.

## ABSTRACT

This work is the result of studies carried out between the years 2013 and 2015 and intended to analyze the activity of the Community Health Agents (CHA) of two teams of the Family Health Strategy (FHS) in a Health Center located in Nova Rosa da Penha, in the city of Cariacica. To that end, firstly meetings – conversation circles – were held with the CHA to discuss issues relevant to their work: health, prescriptions and activity. In a second moment, an adaptation of the technic of “Instruction to the Look-Alike” was applied and, later, adapted versions of the method of “Simple and Crossed Self-Confrontation”, from Yves Clot. Such propositions contributed in the activity analysis, for they functioned as devices allowing the CHA to produce analyzes about their own activity. These analyzes are discussed in this dissertational work from contributions of the so-called "Work Clinics", using concepts from the Clinic of Activity and the Ergology. Thereby, it was possible to observe the distance between the foregoing standards and the real activity and to know the renormalizations that the CHA operate on the dilemmas experienced at work. We also note that the CHA activity is surrounded by paradoxes ranging from inflation to the lack of standards, from appreciation to devaluation. Thus, we intend that this research will contribute to new ways of thinking / looking at the work of CHA.

**Keywords:** Community Health Agents. Activity. Community. Family Health Strategy. Real activity. Health Center.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Autoconfrontação Cruzada.

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

AS – Autoconfrontação Simples.

BUP – Boletim Único de Produtividade.

C.A. – Clínica da Atividade.

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

ESF –Estratégia Saúde da Família.

GAPS – Gerência de Atenção Primária à Saúde.

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização.

IS – Instrução ao Sósia.

MS – Ministério da Saúde.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

OT – Organizações de Trabalho.

PAS – Programa de Agentes de Saúde.

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde.

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.

PNACS – Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização.

PSF – Programa Saúde da Família.

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde.



SUS – Sistema Único de Saúde.

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional.

TCLE – Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo.

USF – Unidade de Saúde da Família.

VD's – Visitas Domiciliares.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	12
PARTE 1 - CONHECENDO O ACS, O PACS, O PSF E A ESF .....	19
<b>1.1. Como surgiu o ACS? A gênese do PACS.....</b>	19
<b>1.2. Quem é o ACS? .....</b>	24
<b>1.3. O ACS que também é morador da comunidade e usuário do SUS .</b>	26
<b>1.5. As Prescrições do ACS no PSF/ESF .....</b>	31
<b>1.6. Conhecendo os dilemas de ser um ACS .....</b>	33
PARTE 2 – O ENIGMA DA ATIVIDADE.....	40
<b>2.1- Dialogando com a Atividade .....</b>	40
PARTE 3- METODOLOGIA.....	49
<b>3.1- Conhecendo o Território .....</b>	49
<b>3.2- Escolha metodológica e modos de pesquisar .....</b>	52
PARTE 4- OS ENCONTROS .....	64
<b>4.1- Um (des)encontro com a saúde.....</b>	64
<b>4.2- Um encontro com a gestão do trabalho .....</b>	68
<b>4.3 – Assinatura do ponto: prescrição ou punição?.....</b>	76
<b>4.4. A Microárea prescrita versus a Macroárea real.....</b>	81
<b>4.5. “Fichas prescritas, caderno real” .....</b>	82
<b>4.6. “É melhor para você...” .....</b>	88
<b>4.7. “A comunidade também cobra” .....</b>	91
<b>4.8. Heteronomia ou ausência de protagonismo? .....</b>	95
<b>4.9. Algumas atividades desenvolvidas .....</b>	96
<b>4.10. Um (des)encontro com as prescrições: entre vazios de normas e inflações .....</b>	99
PARTE 5 – INSTRUÇÃO AO SÓSIA E AUTOCONFRONTAÇÃO.....	106
<b>5.1 – Instrução ao Sósia (IS) .....</b>	106
<b>5.2 – As Autoconfrontações.....</b>	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	143
REFERÊNCIAS .....	147
APÊNDICES.....	156
<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE .....</b>	156
<b>Apêndice B – Ficha A .....</b>	159
<b>Apêndice C – Ficha de Acompanhamento de Pessoas com Hanseníase .</b>	161

<b>Apêndice D</b> – Ficha de Acompanhamento de Diabéticos .....	162
<b>Apêndice E</b> – Ficha de Acompanhamento de Hipertensos.....	163
<b>Apêndice F</b> – Ficha de Acompanhamento de Pessoas com Tuberculose .	164
<b>Apêndice G</b> – Boletim Único de Produtividade (BUP).....	165
<b>Apêndice H</b> – Controle de Visitas dos ACS do PSF e do PACS do Município de Cariacica .....	166
<b>Apêndice I</b> – Cartão da Criança .....	167
<b>Apêndice J</b> – Folha de Ponto.....	169
<b>Apêndice L</b> – Declaração de Não Aceitação da Visita do ACS .....	170

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi possível de ser traçada a partir de inquietações vividas e produzidas ainda no período de graduação, quando fiz parte do programa de extensão conhecido popularmente entre os alunos de psicologia da UFES como “Humaniza SUS”. Este programa, originalmente intitulado “Apoio Institucional as Políticas Públicas de Saúde na Grande Vitória”, surgiu a partir de um projeto que foi pactuado em novembro de 2010, entre a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), através do Departamento de Psicologia desta universidade, em parceria com o Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Humanização (PNH); e com a Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica (SEMUS) através da Gerência de Atenção Primária à Saúde (GAPS).

A proposta do programa consistia em fazer apoio institucional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) deste município. Apoio Institucional compreendido como diretriz e dispositivo que possibilita a ampliação da capacidade de análise e de reflexão de coletivos; apoio como dispositivo de mudança, de transformação de grupos, que adota como diretriz a autonomia dos sujeitos e a democracia institucional (OLIVEIRA, 2011).

Foi a partir da experiência de fazer apoio institucional numa unidade básica de saúde situada no bairro Nova Rosa da Penha, no município de Cariacica, que fui sensibilizada pelas questões que atravessam o trabalho destas, que hoje são tema e protagonistas desta pesquisa: as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Assim, esta dissertação reúne minhas paixões descobertas no curso de psicologia: às clínicas do trabalho; a saúde pública e o trabalho das ACS.

Conforme mencionado, o encontro com as agentes de saúde ocorreu durante a minha participação no programa de extensão e perdurou durante toda a pesquisa no mestrado. O encantamento e também, inquietação com esse grupo de trabalhadoras, adveio de diversos fatores que aqui justificarei.

Antes de participar do programa de extensão, meus conhecimentos sobre o SUS se restringia apenas ao que tinha ouvido dizer; não tinha vivência do SUS, de suas políticas, programas, histórias, lutas e conquistas. Não conhecia a

Estratégia Saúde da Família (ESF), tampouco as agentes comunitárias de saúde<sup>1</sup>. Passei a conhecê-las de modo singular: acompanhando seu trabalho, conversando com elas, participando das oficinas e reuniões na unidade; dos Grupos de Trabalho e Humanização<sup>2</sup>; enfim, circulando na unidade de saúde e nas ruas com as agentes.

Fiquei admirada com o envolvimento das ACS nas atividades da unidade, com o vínculo que elas tinham com os moradores do bairro e usuários da unidade de saúde; com a diversidade de tarefas que desempenhavam, porém não compreendia à atividade dessas trabalhadoras que, ora faziam visitas domiciliares, em outros momentos auxiliavam nos serviços administrativos da unidade; marcavam consultas; entregavam medicamentos e exames; faziam palestras em creches e escolas; participavam das reuniões mensais do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); divulgavam os serviços oferecidos pela unidade de saúde; sobretudo transitavam entre dois universos<sup>3</sup>: comunidade e unidade.

Ao conversar com as ACS tomei conhecimento de que elas não tinham formação “formal”<sup>4</sup> em saúde; que haviam iniciado a profissão através de um processo seletivo realizado pela prefeitura, mas que tinham que ter como pré-requisito para o trabalho o Ensino Fundamental completo e residir no bairro em que iriam trabalhar. Também percebi que o salário das ACS era muito inferior ao que é pago aos demais profissionais da saúde e que estas trabalhadoras tinham vínculos empregatícios fragilizados: contratos que semestralmente eram renovados pela prefeitura, sem direito às férias e ao décimo terceiro salário.

---

<sup>1</sup> Utilizarei a expressão “agentes comunitárias de saúde” no feminino, quando me referir às ACS desta pesquisa, visto que, na unidade pesquisada só existem ACS mulheres.

<sup>2</sup> Sobre o GTH ver cartilha “Grupo de Trabalho de Humanização” da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, 2006. <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Grupo%20de%20Trabalho%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf> ( acessado em maio de 2015).

<sup>3</sup> Utilizo a palavra universo para dar ênfase a dimensão desses dois espaços: unidade e comunidade. Dimensão não apenas de tamanho, mas de questões que perpassam esses espaços físicos. Sendo assim, a UBS não é somente uma composição do território da comunidade.

<sup>4</sup> A palavra formal entre aspas se refere a uma formação considerada “legítima”; a formação vinculada a escolarização - a um curso de graduação - assim como outros trabalhadores da saúde passam antes de exercerem a profissão.

Paradoxalmente, quando participava das reuniões do GTH na secretaria de saúde, escutava diversos gestores e trabalhadores da saúde falando da importância de contratar mais ACS, como se essas trabalhadoras, sozinhas, viessem a ser a “solução do SUS” e da territorialização<sup>5</sup> no município. Em nenhum momento se discutia sobre formas estáveis de contratação, melhores condições de trabalho, estratégias de educação permanente, aumento salarial, férias ou a garantias de direitos iguais aos demais trabalhadores da saúde.

A entrada no projeto de extensão, a vivência na unidade de saúde e no bairro onde ela se situa, às leituras de artigos e pesquisas, me fez perceber o quanto é recente o trabalho do ACS no SUS. Diferente de outras profissões da área da saúde, como a enfermagem e a medicina; a profissão agente comunitário de saúde ainda é recente e desconhecida por algumas pessoas da comunidade, por alunos das faculdades e pouco conhecida, até mesmo, entre profissionais da saúde e pelos próprios agentes que, ao iniciar o trabalho, não tem conhecimento do que devem fazer. Em contrapartida, várias expectativas são impostas e esperadas deste trabalhador, seja pelo Ministério da Saúde ou academia, seja pela comunidade ou pela equipe de saúde que trabalha com os ACS.

Esse desconhecimento acerca do trabalho do ACS por diversos segmentos, até mesmo pelos próprios agentes, tem gerado sobrecarga de trabalho a estes, além de desvios de função. No município em que realizei esta pesquisa, a maioria das ACS inicia o trabalho sem passar por uma formação introdutória que as oriente para o trabalho. Apenas as agentes mais antigas passaram por um curso inicial, que também não foi suficiente para o aprendizado da profissão. Conforme afirma Schubert (2009, p. 86)

A formação que o ACS tem recebido é, na maioria dos casos, insuficiente para que ele possa lidar com a complexidade que seu cotidiano de trabalho apresenta. Ao não possuir discernimento acerca de suas atribuições o ACS se sente responsabilizado por situações que extrapolam sua atuação.

Em Nova Rosa da Penha, as agentes desempenham tarefas que fogem às suas atribuições, já que não estão previstas em nenhum manual, nem mesmo

---

<sup>5</sup> Territorialização enquanto processo pensando o território para além de sua extensão geográfica. Acerca disso, ver dissertação de SEGATTO, A.C., 2015, p.14.

na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que orienta o trabalho dos ACS e demais trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF): marcação de consultas; entregas de exames e medicamentos; organização de prontuários, etc. E, portanto, acabam assumindo outras funções que não são pertinentes às suas. Uma formação introdutória pode contribuir para orientar as ACS que estão iniciando o trabalho acerca de suas prescrições, porém, os cursos atuais têm se mostrados ineficientes quanto a isso, não apenas o curso ministrado no município desta pesquisa, mas em diversas regiões do Brasil.

Para Gomes et. al. (2009), o processo de formação do ACS ainda é fragmentado, precário e insuficiente para desenvolver as competências que são exigidas para que este profissional cumpra com o que está prescrito no Programa Saúde da Família (PSF). Vale ressaltar, que nunca existirá uma formação capaz de dar conta de toda a atividade do ACS, já que o trabalho comporta variabilidades e imprevisibilidades que jamais poderiam ser prescritas. O que chamo a atenção é para um modo de formação mais democrático e menos verticalizado; em que se discutam as necessidades de saúde de cada comunidade; já que a responsabilidade da formação é dos municípios conforme a política de descentralização do SUS (SCHUBERT, 2009).

Porém, o que ocorre na maioria dos municípios do país é um processo de formação terceirizado por entidades que muitas vezes não conseguem ou não se interessam em estabelecer um diálogo com os ACS, como denota a fala de uma ACS:

As aulas que a gente tinha na UNICAMP também eram bem desgastantes, eram maçantes. É porque era assim, os primeiros professores eles davam aula para gente, como se eles estivessem dando aula para universitários. Então pouca coisa a gente conseguia captar, era totalmente fora da realidade (NASCIMENTO; CORREA, 2008, p.19 apud SCHUBERT, 2009, p. 43).

A fala desta ACS evidencia um processo de formação que ainda segue modelos tradicionais, verticalizados, que não favorecem a autonomia, o protagonismo dos alunos, que não apostam na troca de experiências, em que o professor ensina e o aluno é silenciado. Trata-se de uma formação que não orienta os ACS quanto suas prescrições e que não discute os processos de

trabalho<sup>6</sup> destes trabalhadores. Entretanto, o processo de aprendizagem ocorre no agenciamento professor-aluno; um aluno que não é passivo, mas que é escutado e considerado de acordo com a sua história, afetos, experiência.

Conforme mencionado, o agente comunitário não possui formação regular e específica num curso na área da saúde como as demais profissões da saúde (enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, dentista...). O fato de ser um trabalhador da saúde constituído de modo diferente da equipe de saúde - o que tornaria mais rico o trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), ter um trabalhador da saúde atípico, com outro olhar, outra formação<sup>7</sup> - muitas vezes contribui para a desqualificação deste trabalhador, principalmente quando a equipe de saúde não compreende sua função na ESF; quando isso acontece, sua atuação é limitada a trabalhos administrativos, a procedimentos burocráticos, a visitas domiciliares centradas no indivíduo-doença; a entregas de medicamentos e a marcação de consultas e exames; desconsiderando o caráter histórico deste trabalhador e toda riqueza de sua atividade na promoção da saúde; na educação em saúde e na participação social (FORTES; SPINETTI, 2004).

O risco de desqualificação por outros trabalhadores do setor é afirmado por Schubert (2009) que, em sua pesquisa com os ACS, observou que para alguns profissionais da saúde, os agentes não possuem legitimidade para o trabalho na saúde por não terem competências técnico-profissionais necessárias. Segue um relato abaixo que evidencia este posicionamento.

Em uma das reuniões de equipe em que participamos na unidade pesquisada, um dos ACS trouxe como ponto de pauta, a demanda de uma escola próxima da unidade [...]. A escola em questão havia contatado o ACS e solicitado que alguém da equipe fosse falar sobre "pediculus capitis" - nome científico do piolho. O ACS ao falar sobre isto na reunião de equipe se ofereceu para ir na escola e fazer uma

---

<sup>6</sup> Segundo a concepção de Marx que considera a dimensão histórica e social do trabalho e da saúde. "De acordo com essa concepção, o processo de trabalho é, ao mesmo tempo, um processo técnico, social e econômico; os instrumentos de trabalho são o resultado de determinadas relações de classe e do desenvolvimento científico-tecnológico". (OSÓRIO DA SILVA, 2007, p.76).

<sup>7</sup> Ressalto outra formação, pois não devemos considerar como formação apenas aquela legitimada no espaço escolar. A formação do ACS é constituída por outros valores, experiências, histórias, pelo conhecimento popular, mitos, crenças, conhecimento sobre a comunidade, daquilo que muitas vezes não passa pelo currículo escolar.



reunião com pais e professores e falar sobre o tema. O ACS demonstrou interesse em desenvolver esta atividade, mas a coordenadora da unidade disse na reunião que teriam que contatar novamente a escola para ver qual era a demanda e que iria um dos médicos ou a enfermeira na escola [...]. Frente a isso questiona-se: o ACS não teria condições de desempenhar esta função? Isto parece ser um trabalho de educação em saúde que está de acordo com as atribuições do ACS. Então por que não permitir [...]? No nosso entender situações como esta dificultam o trabalho em educação do ACS e desencorajam outras atitudes como esta [...] (SCHUBERT, 2009, p. 73-74).

Muitas equipes de saúde que atuam na atenção básica ainda seguem o modelo tradicional - curativo, hospitalocêntrico, centrado na figura do médico e individualizante. O relato acima denota práticas deste antigo modelo que ainda persistem na atualidade, apesar dos esforços do Ministério da Saúde de instituir um modelo de atenção integral, coletivo, que considera o sujeito como coparticipante do processo de saúde-doença; com práticas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Schubert (2009) explica àquelas práticas como parte do processo formativo acadêmico dos trabalhadores que atuam na saúde, marcadas pela valorização dos especialismos e pela centralidade na figura médica, promovendo uma hierarquização e legitimação desses saberes em detrimento de outros, não escolarizados.

O trabalho do ACS na atenção básica tem um papel fundamental no rompimento com o antigo modelo de atenção à saúde, pois o ACS é um trabalhador singular na equipe de saúde: atua na prevenção de doenças, na promoção e educação em saúde; faz a busca ativa e identifica às necessidades dos usuários e repassa à equipe de saúde da família; leva informação aos usuários, o que proporciona autonomia e corresponsabilidade a estes; realiza um trabalho de suma importância. Todavia, não podemos responsabilizar e colocar todas às expectativas apenas no agente de saúde pela efetiva mudança no modelo assistencial de saúde.

Portanto, diante de tantos paradoxos entre expectativas no trabalho do ACS para o sucesso da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da reorientação do modelo assistencial de saúde versus desvalorização dos ACS, precarização das condições e relações de trabalho; poucos investimentos em educação permanente; esta dissertação tem como proposta colocar em análise a

atividade das Agentes Comunitárias de Saúde de duas equipes da ESF de uma Unidade Mista de Saúde<sup>8</sup> localizada na região metropolitana da Grande Vitória.

---

<sup>8</sup> Denomino “mista” porque esta unidade tem duas equipes da ESF e também tem especialidades.

## PARTE 1 - CONHECENDO O ACS, O PACS, O PSF E A ESF

### 1.1. Como surgiu o ACS? A gênese do PACS...

Historicamente, o ACS é um trabalhador recente nas políticas de saúde do Brasil. Foi no Ceará, em 1987, que aconteceu a primeira experiência de inserção deste profissional com o Programa de Agentes de Saúde (PAS), que, por sua vez, surgiu de modo emergencial durante um período de seca que o estado enfrentou. O PAS tinha dentre seus objetivos criar oportunidades de emprego para as mulheres que sofriam com o período de seca no Nordeste, combater as altas taxas de mortalidade infantil e priorizar ações de saúde da criança e da mulher.

Mesmo com o fim do estado de emergência e do auxílio do Governo Federal, cerca de 150 agentes continuaram trabalhando de forma voluntária prosseguindo com as ações de promoção a saúde, quando então, em 1989 o Estado do Ceará assumiu o financiamento implantando e expandindo o programa, que passou a cobrir áreas além das atingidas pela seca; o programa ganhou destaque e visibilidade, visto que, em cinco anos o índice de mortalidade infantil diminuiu em 36% (GOMES, 2009). Segundo relatou Carlyle Lavor, ex-secretário de Saúde do Estado do Ceará (apud NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p. 4, 5. )

Surgiu uma seca no Ceará e houve necessidade de empregar pessoas que estavam sem emprego e passando fome. [...] Então sugerimos empregar 6 mil mulheres que era o cálculo que a gente tinha feito de agentes de saúde necessários para o estado. [...] A gente definiu coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, dentro de quatro meses, treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. E o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia [...]. Cessou o programa de emergência de atendimento à seca que tinha 200 mil trabalhadores. Mas essas mulheres da saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar, porque o sucesso foi grande demais.

O PAS foi criado como meta do Plano do Governo do Estado do Ceará e tinha por finalidade promover o autocuidado junto à comunidade. Desta forma, o

agente de saúde tinha a função de auxiliar e ensinar a população para que esta pudesse cuidar da própria saúde, dar orientações sobre conhecimentos básicos de higiene, promover o aleitamento materno, estimular a reidratação oral com o uso do soro, além de identificar as demandas locais que necessitavam de atendimento. Conforme supracitado, o principal objetivo era minimizar a mortalidade infantil (JORGE et al, 2007).

O programa teve grande relevância, pois, antes dele a população tinha dificuldade de acesso aos serviços de saúde, havia carência de informação por parte da comunidade acerca do funcionamento desses serviços, além de não haver ações de educação em saúde para que a própria população promovesse o autocuidado. É importante destacar que não existia uma ligação direta das unidades de saúde com a comunidade (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Segundo Nascimento (2005), o pioneirismo das ações do Programa de Agentes de Saúde no Ceará contribuiu para o desenvolvimento e efetivação do programa que, a princípio, foi inserido em 13 estados das regiões Norte e Nordeste e posteriormente se expandiu em nível nacional, em 1991, como Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde (PNACS) e em 1992 como PACS (Programa Agentes Comunitários de Saúde), instituído pelo Ministério da Saúde (JORGE et al, 2007). Para Poz (2002, p. 89), a experiência acumulada no Estado do Ceará com o programa de agentes de saúde foi fundamental para que o Ministério da Saúde percebesse o agente como “[...] peça importante para a organização do Serviço Básico de Saúde no município”.

Conforme já mencionado, as primeiras experiências de programas com agentes comunitários de saúde (PAS/PNACS) ocorreram nas regiões Norte e Nordeste em razão da seca (no Estado do Ceará), dos altos índices de morbidade e mortalidade infantil, além da escassez de recursos e do difícil acesso aos serviços de saúde enfrentados pela população. Em 1994 a participação e cobertura do PACS no Nordeste alcançavam em torno de 81% enquanto as regiões Sul e Sudeste não haviam implantado o programa. Já em 1999 no Sudeste havia 8,4% de cobertura e no Sul 13,7%. É importante ressaltar que o PACS teve origem nas regiões mais carentes, periurbanas e rurais do Nordeste, contudo, não ficou limitado a atender estas comunidades - hoje o programa existe em municípios altamente industrializados e

urbanizados, o que reafirma o princípio da Universalidade do Sistema Único de Saúde (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

O PACS hoje é compreendido como estratégia de transição para o Programa de Saúde da Família (PSF). A equipe do PACS é composta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiros que supervisionam, orientam, acompanham, planejam e avaliam o trabalho desenvolvido pelos agentes, na proporção de, no máximo, 12 ACS para cada enfermeiro. Estes enfermeiros também são responsáveis pela capacitação dos ACS de acordo com as necessidades emergentes. Cada agente de saúde é responsável por uma microárea com no máximo 750 pessoas. A estratégia de inserir os ACS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) visa a reorganização da Atenção Básica e possibilita a implantação gradual da Estratégia Saúde da Família (ESF). (BRASIL, PACS, 2001; BRASIL, PNAB, 2012).

Os agentes de saúde são os principais atores do PACS, desenvolvem o trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de ações educativas na comunidade e nos domicílios, de modo individual ou coletivo. Devem realizar visitas domiciliares pelo menos uma vez ao mês a cada família, identificar situações de risco e encaminhar aos setores responsáveis. Priorizam a saúde da criança e das gestantes, orientam os adolescentes com relação às drogas e a gravidez na adolescência, atuam em ações educativas e de planejamento familiar, fazem o acompanhamento dos idosos, dos deficientes físicos e mentais; orientam quanto à prevenção do HIV, do câncer de colo de útero e o câncer de mama; orientam sobre a saúde bucal, a educação nutricional, a tuberculose e hanseníase, fazem o acompanhamento periódico da vacinação, atuam no controle da hipertensão e diabetes, e estimulam participação comunitária em saúde (BRASIL, 2001).

Assim, o trabalho dos ACS consiste nas seguintes tarefas<sup>9</sup>: cadastramento/diagnóstico; mapeamento; identificação das microáreas de risco; realização de visitas domiciliares; realização de ações coletivas e ações

---

<sup>9</sup> Tarefa como àquilo que é prescrito, esperado, exigido do trabalhador. É uma prescrição exterior ao trabalhador que serve para orientar sua ação, direcionar o trabalho (GUÉRIN et. al. , 2001).

intersetoriais na área da educação e cidadania, como por exemplo, identificar crianças em idade escolar que não estão frequentando a escola e apoiar o combate à violência (BRASIL, 2001).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu como uma importante estratégia na consolidação do SUS devido as suas práticas serem orientadas para assistência ambulatorial e domiciliar; veio com a proposta de contribuir para um SUS mais democrático, para possibilitar/estimular a população a participar ativamente do diagnóstico em saúde, a sugerir programas, oficinas e palestras de acordo com as necessidades locais, ou seja, com o objetivo de valorizar a participação popular nos serviços de saúde. A inserção do PACS possibilitou maior aproximação da população aos serviços de saúde, pois se antes o paciente por algum motivo não poderia ir até a Unidade Básica de Saúde, agora os trabalhadores vêm até ele (BRASIL, 2001).

Os agentes de saúde fazem parte não apenas do PACS, mas também do Programa Saúde da Família (PSF), que no Brasil, surgiu em 1994 como programa e em 1998 tornou-se estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde, em substituição ao modelo centrado na doença, individualizante e hospitalocêntrico (GOMES et. al., 2009). Cardoso e Nascimento (2010) apontam que o PSF foi implantado pelo Ministério da Saúde com vistas a oferecer maior suporte e capacidade resolutiva ao trabalho dos agentes. O Programa Saúde da Família, é compreendido como estratégia para a superação do modelo biomédico, hegemônico de saúde no Brasil – centrado na doença, curativo, biomédico – e visa desenvolver práticas sanitárias, democráticas e participativas através do trabalho em equipe envolvendo a comunidade (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional, na qual deve haver minimamente um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. É importante destacar que o número de ACS deve ser o suficiente para cobrir 100% da população cadastrada e cada equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 (BRASIL, 2011). A entrada do ACS na equipe da ESF estendeu o leque

de funções deste trabalhador, sem que houvesse um aumento proporcional em seu salário. Se antes as ações eram direcionadas apenas ao público materno-infantil, agora abarca família e comunidade de modo amplo (TOMAZ, 2002).

Atualmente os agentes comunitários de saúde constituem a maior categoria de trabalhadores do SUS, cerca de 246.130 agentes em todo o país (BRASIL, 2011 apud QUEIRÓS; LIMA, 2012). Apesar do grande número de trabalhadores em todo o território brasileiro, a profissão de ACS é recente e foi regulamentada apenas em julho de 2002 com a Lei Nº 10.507 que criou a profissão. Não obstante, segundo Nogueira, Silva e Ramos (2000) o fato do ACS ser um trabalhador *sui generis*, com características peculiares e diferentes da equipe da ESF; o ACS pode ser interpretado como um “não profissional”, no sentido em que os atributos genéricos do ACS contribuem para que este não seja visto enquanto categoria profissional pertencente, mas enquanto categoria particular que difere de todas outras categorias profissionais existentes no campo da saúde, já que a política que lhe deu origem exige do ACS um perfil social fora do comum, como também um trabalhador cujas funções perpassam o campo da saúde.

Conforme Graça Barreto, ex-coordenadora do PACS no Ceará (apud NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.7) primeiramente o ACS foi pensado e criado na área da saúde, mas não deve ficar limitado a isso, pois ele “[...] trabalha com a promoção da pessoa, que envolve educação, nutrição, etc. Isso torna necessário que o ACS desenvolva suas ações com outras pessoas e instituições [não só as específicas em saúde] que atuam em prol do bem-estar da comunidade [...]”. Para estes autores, o ACS é um trabalhador que media relações entre Estado e Comunidade e, portanto, tem a missão de facilitar o acesso a direitos sociais e ao cumprimento de deveres de solidariedade para com a comunidade. Logo, não pode ser identificado como um funcionário público nem como um voluntário típico da comunidade.

[...] Esses atributos de *generalidade* permitem que o ACS não seja visto como uma categoria ocupacional pertencente, ainda que não legitimamente, ao grupo de enfermagem, mas, sim, como uma categoria muito particular, que não deve ser comparada nem agrupada com outras que preexistem historicamente no campo da saúde. Essa particularidade é reforçada pelo fato de a política que lhe

deu origem exigir desse recurso humano um *perfil social* fora do comum [...]. O papel que o ACS exerce na relação com a comunidade tem de ser contemplado com prioridade na sua caracterização, que abrange dois aspectos fundamentais: *a)* identidade com a comunidade; e *b)* pendor para a ajuda solidária, conforme freqüentemente preconizado pelas instituições oficiais que conduzem o programa. (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.7).

## 1.2. Quem é o ACS?

Elo, laço, mediador, articulador.... Vários adjetivos semelhantes, para um mesmo ator. Assim, os agentes de saúde são considerados como aqueles que fazem a ligação entre os anseios e necessidades da comunidade com o que é proposto e possível pela unidade. Desta forma, vários autores utilizam uma expressão que se tornou um 'jargão' para designar o ACS: "o elo de ligação entre o sistema de saúde e a comunidade" (SILVA; DALMASO, 2002). Elo porque ao conhecer a comunidade e fazer parte dela, o agente aproxima população e serviços de saúde, viabiliza o acesso à informação tanto das questões locais à unidade quanto dos serviços e ações realizadas pela UBS à comunidade. Nogueira, Silva e Ramos (2000) apontam que esse elo ou ponte que o agente faz entre comunidade e serviços de saúde pode ser visto de modo mais amplo, já que compreende não apenas o acesso à saúde, mas aos direitos de cidadania.

Os ACS viabilizam o vínculo entre equipe de saúde e comunidade. Ao divulgarem os serviços de saúde, os agentes atuam como porta de entrada da comunidade na unidade, inclusive, como porta de entrada para as insatisfações dos usuários com os serviços de saúde. A função de elo também possibilita que os agentes se tornem responsáveis por apaziguar relações entre serviços de saúde e comunidade, desta forma, o agente também é caracterizado como o mediador de relações (PUPIN; CARDOSO, 2008).

Nunes et. al. (2002) caracterizam o ACS como um mediador entre comunidade e equipe de saúde e afirma que ao ocupar essa posição ele pode funcionar ora como facilitador, quando suas ações são resolutivas, ora como empecilho nessa mediação, por favorecer pessoas mais próximas e afins.



Nogueira, Silva e Ramos (2000) também mencionam o papel do ACS como um mediador social e assim o resume:

[...] É um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (p. 10).

Já Araújo e Assunção (2004), designam o ACS como o articulador do processo de trabalho da equipe de saúde, pois, o fato de residir na área de atuação permite ao agente conhecer a comunidade e ter fácil acesso aos domicílios. Para Costa (et.al., 2013), a função de articulador do ACS está relacionada a troca de informações: orienta a comunidade e repassa a equipe de saúde as situações das famílias e suas necessidades. É importante ressaltar que a função de elo/mediação/ articulação do ACS não pode ser resumida a um mero transmissor e receptor de informações (PUPIN; CARDOSO, 2008).

O ACS também media saberes populares com conhecimentos técnicos, compreende a linguagem popular e a biomédica, realiza essa “tradução”; facilita a comunicação entre equipe de saúde e comunidade. Conforme afirmam Costa e Carvalho (2012), o ACS tem o privilégio de ouvir, de estar entre territórios e perceber os ruídos na comunicação, de modo a identificar as dificuldades e intervir, atuando muitas vezes como intérpretes entre um território e outro. De acordo com o relato de uma ACS de Vitória/ES (COSTA; CARVALHO, 2012) os pacientes muitas vezes não cumprem o que o médico prescreve não é porque eles não querem, mas porque não entendem o que o médico fala, e o trabalho do agente é essencial para esclarecer, para facilitar a comunicação entre comunidade e unidade, já que ele acompanha a comunidade e identifica de perto as necessidades.

SAKATA e MISHIMA (2012) trazem uma contribuição diferente acerca da concepção do agente como o elo abordada acima. Para estes autores, o elo é uma corrente rígida, fria e fechada, deste modo, quando o agente é abordado como o elo é porque suas ações estão articuladas apenas no âmbito da técnica, da operacionalidade. Em contrapartida, o laço é uma peça artesanal de

fita que é maleável, que pode ser moldado conforme a necessidade, assim o agente é compreendido quando estabelece diálogo e interação entre saberes, equipe e usuários; quando une comunidade e equipe através de relações humanas.

Elo, laço, ponte, mediador, articulador, tradutor – são termos que caracterizam uma posição de estar “no entre; no que se passa”. Essa posição estratégica de “estar entre” é uma das características mais marcantes do trabalho dos ACS e que os diferenciam dos demais trabalhadores da saúde, já que não residem obrigatoriamente na comunidade do bairro em que trabalham. Conforme vimos, a aproximação, o vínculo que o agente constrói com o usuário interligando-o aos serviços de saúde é de extrema importância para as ações do Programa Saúde da Família (PSF). Todavia, nem sempre esta aproximação é benéfica, aliás pode ter efeitos inesperados...

### **1.3. O ACS que também é morador da comunidade e usuário do SUS**

Ao morar na mesma comunidade em que trabalha, o ACS tem a oportunidade de estar em contato direto com os usuários da UBS. Isso possibilita a construção do vínculo com a comunidade, ao passo que essa aproximação pode favorecer o trabalho, no sentido de conhecer as necessidades da comunidade para informar a unidade, como também dificultar, pois ao realizar as visitas domiciliares, os ACS acabam por conhecer um pouco da intimidade das famílias, que além de usuários, são seus vizinhos, amigos, etc. Jardim e Lancman (2009) afirmam que é necessário estabelecer com a comunidade uma relação de confiança, pois o domicílio não é território público e seu acesso nem sempre é fácil.

Tais autores afirmam que sem credibilidade e confiança o trabalho do agente fica impossibilitado de acontecer. O desafio é construir com a comunidade, com as famílias e usuários relações de credibilidade, o que para Jardim e Lancman (2009) é um processo dinâmico e que precisa ser constantemente mantido e que a conquista da credibilidade está diretamente relacionada à

resolutividade/encaminhamento das demandas da comunidade, fato este, que nem sempre ou quase nunca depende somente dos ACS, mas da estruturação e organização dos serviços de saúde que por vezes dificultam o suprimento das necessidades dos usuários. Diante disso, Jardim e Lancman (2009) levantam alguns questionamentos: “Como estabelecer uma relação de confiança quando sabem que o serviço que estão oferecendo ao cidadão é precário ou não está disponível? Como prometer o mesmo serviço que já não conseguiram cumprir?” (p. 130).

Muitos são os dilemas vividos pelos ACS no cotidiano de trabalho. Apesar de conhecerem a comunidade e de se relacionarem com ela de outras formas (como vizinhos, amigos, familiares, etc.), ainda assim os agentes encontram dificuldades/impedimentos na realização do trabalho. Alguns usuários apresentam resistência a entrada dos agentes nas casas, pois não querem que o agente tome conhecimento do que se passa, principalmente quando estão com problemas financeiros (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Ao entrarem nas casas os agentes passam a conhecer um universo ainda desconhecido em sua comunidade. Segundo Nunes et.al. (2002)

[...] A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos. [...] Pode-se pensar que esse modelo relacional condiciona, então, a excessiva valorização dos aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com os moradores, bem como a ênfase que é colocada pelos usuários do PSF em conteúdos ligados à vida pessoal dos agentes, chegando por vezes ao extremo de exercerem um controle social sobre as suas vidas privadas (p.1644- 1645).

O contato permanente com os moradores da sua área de atuação e a realização de visitas domiciliares permitem que os ACS tomem conhecimento de questões íntimas dos usuários: violência doméstica, tráfico e uso de drogas, gravidez na adolescência, aborto, usuários portadores de HIV/AIDS, dentre outros (JARDIM; LANCMAN, 2009). Desta forma, não apenas os usuários ficam “expostos”, mas também os agentes que, ao tomarem conhecimento de tais questões, podem sofrer ameaças.

Apesar dos ACS receberem algumas informações confidenciais, certas informações precisam ser repassadas a equipe de saúde da família quando colocam em risco a vida do usuário. Porém, ao expor tais informações os agentes também podem colocar sua própria vida em risco. Como garantir a privacidade das informações dos usuários sem deixar de comunicar a equipe aquilo que é relevante? Assim, os agentes vivem um dilema ético entre o que deve ser exposto e o que deve permanecer escondido, entre o lícito e o proibido (FORTES; SPINETTI, 2004).

O acesso que os agentes de saúde têm aos domicílios do usuário, à privacidade da família – o contato com os modos, hábitos e costumes de vida do usuário devem ser respeitados pelos ACS na sua totalidade, de forma a evitar julgamentos ou intervenções de valor moral, principalmente, em ações de educação em saúde.

Gomes et. al.(2009) mencionam como consequência da capacitação/ formação tradicional, baseada no modelo biomédico, a atuação dos agentes como “polícia sanitária”, no sentido em que desempenham a função de um “fiscal” das condições/hábitos/modos de vida da comunidade; de denúncia daquilo que julgam ser ou não correto.

Robles (2012) também caracteriza os agentes como “polícia” na medida em que exercem o controle sanitário das famílias pobres com o propósito de reduzir os índices de mortalidade infantil. Entretanto, caracteriza como “polícia amiga” devido o controle se basear em relações horizontais, o que permite uma via de mão dupla: os ACS também são controlados pelos habitantes da comunidade. Contudo, existiria “polícia amiga” nessa condição dos ACS exercerem fiscalização sobre os modos de vida da população? É possível afirmar a existência de uma “polícia amiga” numa situação de controle? Outros autores como Fortes e Spinetti (2004) caracterizam o ACS como um “olheiro” da equipe ESF na busca das necessidades e identificação dos casos de risco.

O fato de residir na comunidade em que atua não garante o fácil acesso aos domicílios dos usuários. Aliás, pode ser fonte de sofrimento/incômodo para o agente, visto que, a comunidade, muitas vezes, faz cobrança aos agentes fora

do horário de trabalho. Jardim e Lancman (2009) afirmam que as relações ficam confusas no dia-a-dia com a comunidade, pois desde quando o ACS se torna um agente, ele passa a ser identificado desta forma independente de onde estiver, seja na feira ou no supermercado. O grande problema é que os agentes compartilham dos mesmos espaços sociais com a comunidade. A fala de uma ACS na pesquisa de Jardim e Lancman (2009) retrata bem este fato “[...] Somos agentes 24 horas. Não tem folga, não tem final de semana, em todos os momentos na comunidade perguntam tudo, eles não separam” (p. 129).

Para Schwartz e Durrive (2007) trabalho e vida são indissociáveis. No trabalho dos agentes isso ocorre claramente: o fato de morar na comunidade que trabalha colabora na “ampliação” da jornada de trabalho que se torna indefinida, pois em qualquer hora os ACS são solicitados. Assim, os agentes fazem uso de algumas “artimanhas” para evitar cobranças fora do expediente de trabalho, como por exemplo, usam a camisa com a identificação de ACS quando estão em horário de serviço, mas ainda assim, alguns usuários os procuram fora do horário de trabalho. Conforme Lancman e Uchida (2003 apud JARDIM; LANCMAN, 2009) “o trabalho atinge outros espaços da vida cotidiana do sujeito e, portanto, deve ser visto como um ‘continuum’ que se estende para além de seu espaço restrito e influencia outras esferas da vida” (p. 132).

Diante dos problemas/questões levantadas acerca do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, como esses trabalhadores vivenciam/lidam com todas as demandas e expectativas que são propostas para o desenvolvimento de sua atividade - num contexto de trabalho muitas vezes precarizado<sup>10</sup> - e quais estratégias/instrumentos que eles utilizam para conseguir realizar/desenvolver a atividade? Faz-se necessário, portanto, analisar a atividade dos ACS.

---

<sup>10</sup> Precarização aqui engloba desde a falta de materiais para o trabalho, como a falta de uma equipe da ESF completa; precarização das condições de trabalho e vínculos empregatícios; das instáveis formas de contratação dos ACS; precarização das relações, modos e condições de trabalho.

#### **1.4. O Trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família (ESF)**

Conforme apresentado anteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para substituir o modelo tradicional médico-hegemônico e de reorganizar a prática assistencial em saúde com vistas a dar ênfase na vigilância, na promoção da saúde e prevenção de doenças, ao invés de privilegiar o modelo curativo, hospitalocêntrico e individualizante, portanto, em 1998 houve alteração da nomenclatura de PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF). Desta forma, a estratégia foi estruturada para atender populações em territórios previamente definidos e organizados para receber equipes multiprofissionais.

Segundo Seoane e Fortes (2009), o PSF possui uma nova dinâmica de estruturação dos serviços de saúde, assim como visa estabelecer uma nova relação entre a comunidade com os serviços de saúde. Desta forma, o programa busca aproximar os serviços de saúde da comunidade, assim como, facilitar e ampliar o acesso desta, aos serviços de saúde, estimulando a participação social, a co-responsabilização dos usuários no cuidado com a saúde e o processo de autonomia para intervir/prevenir o surgimento de novas doenças.

A equipe da ESF é composta pelo médico generalista – “o médico da família”, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem também fazer parte da equipe, dentistas, psicólogos e outros profissionais da saúde de acordo com a demanda da região. A quantidade de equipes que uma Unidade de Saúde da Família (USF) precisa ter varia de acordo com a população da região adscrita. O MS recomenda que cada equipe atenda de 600 a 1000 famílias, não ultrapassando 4500 pessoas. (BRASIL, 2001).

De acordo com o Guia Prático do PSF (BRASIL, 2001), o maior fundamento da ESF é a integração com a comunidade, é a ligação efetiva com a saúde da família, é o conhecimento pessoal de cada paciente, de sua história de vida, de saúde. Para isso, é fundamental o trabalho do ACS que, por residir na mesma comunidade que trabalha, conhece as necessidades locais, já que vivencia necessidades comuns aos do usuário. A responsabilidade pelo vínculo que a

comunidade e unidade estabelecem, é muitas vezes depositada no ACS por ter esse vínculo comum: ser morador da comunidade, usuário e também trabalhador da saúde, na UBS.

Os agentes de saúde fazem parte de dois importantes programas do MS: o PACS e o PSF. Entretanto, o PACS foi criado como transição para o PSF, que além de incluir os agentes comunitários de saúde, expandiu o programa incluindo outros trabalhadores da saúde. O Programa Saúde da Família, por sua vez, reestruturou-se como uma estratégia de mudança do modelo assistencial em saúde, culminando na denominada Estratégia Saúde da Família.

### **1.5. As Prescrições do ACS no PSF/ESF**

Desde o surgimento da classe dos agentes comunitários, até a expansão do PACS e PSF proposto pelo Ministério da Saúde, era preocupação deste, definir com clareza o rol de atividades/atribuições/funções dessa nova categoria de trabalhadores (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). Embora a profissão tenha sido regulamentada apenas em 2002, antes disso, o governo federal através da Portaria Nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997 aprovou Normas e Diretrizes para o PACS e o PSF. Em 4 de Outubro de 1999, por meio do Decreto Nº 3.189, fixou diretrizes para o exercício da atividade dos ACS. Porém, somente em 5 de outubro de 2006 foi criada a Lei Nº 11.350 que rege a atividade dos ACS. Conforme vimos, a regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde é recente, ainda que várias leis, portarias e decretos tenham sido criados para instituir e normatizar a profissão, as prescrições<sup>11</sup> para o trabalho dos ACS ainda não são claramente definidas.

De acordo com a Lei 11.350/2006 que regulamenta as atividades do ACS, estes trabalhadores devem residir na área em que irão atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público o qual se submeterão; terem concluído o Ensino Fundamental e o curso introdutório de formação na área,

---

<sup>11</sup> Prescrição no sentido de normas previamente concebidas pela Organização do Trabalho; como aquilo que se espera que o trabalhador execute (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

dentre outros requisitos anteriormente definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, DIRETRIZES DO PACS, 1997), tais como, ter idade mínima de 18 anos, ser aprovado em processo seletivo/concurso público e disponibilidade para o trabalho em tempo integral.

São atribuições específicas do ACS, consoante a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL/MS, PNAB, 2012, p. 48-50):

- I- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V- Acompanhar, por meio da visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- VI- 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;
- VII- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;
- VIII- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de



transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

A PNAB (BRASIL, 2012) ainda afirma que “é permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima” (p. 50). Além de todas as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde listadas acima, observa-se que ao final é ampliado à possibilidade dos agentes exercerem outras atividades relacionadas ao seu trabalho, o que deixa ainda mais amplo e vago a atividade dos agentes. Desta forma, temos observado que apesar dos agentes possuírem atribuições definidas pelo Ministério da Saúde para o desempenho de suas atividades, a literatura acadêmica indica vários problemas que os agentes têm vivenciado ao gerir o próprio trabalho. O que justifica a preocupação e esforços que o Ministério da Saúde tem se empenhado para definir o “perfil de competências profissionais dos ACS” (ROOSLI; ATHAYDE, 2011, p. 71).

### **1.6. Conhecendo os dilemas de ser um ACS**

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o trabalhador protagonista do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e peça chave da Estratégia Saúde da Família (ESF), media relações entre usuários e equipe de saúde e aproxima comunidade e unidade de saúde. São, portanto, trabalhadores fundamentais na implantação de políticas de reorientação do modelo de saúde (GOMES et. al., 2009). Seu trabalho está relacionado a ações de promoção, prevenção, vigilância e educação a saúde, além de realizar visitas domiciliares mensalmente em cada casa da microrregião por qual é responsável.

O fato de residir no mesmo território em que trabalha, auxilia na realização das atividades dos agentes, já que estes conhecem de perto os moradores da comunidade, o território, os problemas locais; além de vivenciar necessidades comuns. Segundo Nogueira, Silva e Ramos (2000, p. 7) “O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual à de

seus vizinhos, mas que está preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde da comunidade”. É alguém que compartilha com a comunidade, costumes, cultura e linguagem; que vivencia as condições de saúde, moradia, alimentação, saneamento, transporte, educação, trabalho, segurança, tráfico, violência – conhecimento da vida do território, de vidas que nele coabitam. Para Fortes e Spinetti (2004, p. 71), isso faz com que o ACS “[...] viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde”.

O fato de pertencer à comunidade com a qual trabalha e o papel social que o agente possui o diferencia dos outros trabalhadores da saúde (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). O ACS é um trabalhador da saúde com características peculiares, diferente dos outros profissionais da saúde, o agente comunitário não precisa passar por uma formação escolar formal para se tornar “agente”, o que lhe confere este trabalho é o conhecimento popular que ele tem, é o saber das características da vida da comunidade, daquilo que não se aprende nas escolas.

Desta forma, o agente é indicado por diversos autores como o responsável por inserir a comunidade, as famílias, os usuários nos serviços de saúde não apenas como pacientes, mas como coparticipantes na construção de uma política de saúde efetivamente pública e democrática. Segundo Araújo e Assunção (2004, p. 24), “[...] o ACS se articula com a comunidade para estimular a participação popular através das Associações Comunitárias e dos Conselhos Locais de Saúde”, portanto, o agente é essencial para compor o trabalho da Estratégia Saúde da Família.

No entanto, apesar do agente estar mais próximo da comunidade, ele não deve ser o único trabalhador a estimular a participação popular, isso deve ser responsabilidade de toda a equipe de saúde da família. Ainda que a proposta do trabalho do ACS junto com a equipe da ESF seja promover educação em saúde visando a autonomia e participação dos usuários na construção de um sistema de saúde com práticas sanitárias e mais democráticas, em substituição ao modelo vigente – biomédico e hospitalocêntrico, é importante destacar que esta articulação dos ACS/ESF com a comunidade com vistas a estimular a

participação popular através dos Conselhos de Saúde infelizmente ainda está longe de acontecer de forma efetiva.

O ACS é o trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) que está mais próximo do usuário, tanto por realizar visitas domiciliares quanto por habitar no território que trabalha. Juntamente com a equipe de saúde da família ele faz o acompanhamento das famílias e promove educação em saúde. Alves (2004 apud CARDOSO; NASCIMENTO, 2010) especifica esse tipo de educação em saúde adotado pelo PSF.

A educação dialógica visa à transformação de saberes já existentes, não mais pela imposição de um saber técnico-científico tido como atributo do profissional de saúde, mas sim pela busca de autonomia e responsabilidade do indivíduo, que se dá principalmente pela condição de participação de todos os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, bem como pela compreensão da situação de saúde e a capacidade de decisão sobre si mesmo (p. 1511, 1512).

Também é o agente quem indica quais os usuários que precisam receber visitas domiciliares com maior frequência, quem necessita dos cuidados de outros componentes da equipe de saúde da família (médicos, enfermeiros); que aponta quais usuários necessitam de maior atenção e cuidado e comunica à ESF. Para Filgueiras e Silva (2011, p. 906) “[...] é a partir do que os ACS veem e ouvem dos usuários que as ações de saúde serão organizadas pela equipe [...]”.

Entretanto, é interessante e paradoxal pensar que um trabalhador que muitas vezes é desvalorizado dentro da ESF, como os ACS, seja o responsável por atividades fundamentais como promover educação em saúde na comunidade visando a prevenção de doenças, além de identificar as necessidades de saúde da população e apontar os usuários que necessitam de maior atenção da equipe de saúde da família; de ensinar e orientar as famílias cuidados com a higiene corporal e bucal, no preparo dos alimentos, com a água de beber, com a casa e seu entorno, com a vacinação das crianças, com o aleitamento materno, com o uso das medicações, etc. (BRASIL/MS, 2009). Gomes et.al.(2009) verificaram em seu trabalho que os ACS também acompanham os grupos de risco (hipertensos, gestantes, diabéticos, crianças, acamados, pacientes de saúde mental) e promovem, principalmente com estes, a

educação em saúde.

O fato de estar próximo, de conviver diariamente com a comunidade, facilita o trabalho dos agentes na identificação das demandas dos usuários, no acompanhamento e promoção do cuidado destes, no controle do uso da medicação, no encaminhamento para os serviços de saúde da unidade e para a realização de exames, até mesmo na disponibilidade para escuta, para ouvir o que a comunidade tem a dizer. Segundo Duarte et al. (2007 apud GOMES et. al., 2009) “[...] ouvir o que a comunidade tem a dizer é acolher e, então, o acolhimento passa a ser uma forma de cuidar e pode ser o primeiro passo para ampliar o diálogo e gerar possibilidades e oportunidades” (p. 750).

Neste sentido, o vínculo e a relação que o ACS constrói com a comunidade por vezes o colocam numa posição de prestígio, de valorização, de respeito, devido à atenção e cuidado que o ACS dispõe para com a população. No trabalho de Pupin e Cardoso (2008) é possível verificar que os agentes muitas vezes são reconhecidos pela comunidade como o “anjo da guarda” por solucionar ou procurar resolver os problemas desta, depositando expectativas para que ele cumpra esta função. Nesta mesma pesquisa, tais autores também mencionam que, por ser o “porta-voz” da comunidade, um agente se descreve como o “salvador da pátria”, no sentido em que se acha capaz de resolver qualquer problema e transformar a realidade, muitas vezes caótica, na qual vivem os usuários, numa realidade boa; o que faz com que a comunidade esteja sempre numa posição de dependência do ACS.

Assim também, o agente é ressignificado pelos autores como um “quebra-galhos” devido à necessidade constante da presença dele na comunidade. Fica evidente nestas descrições que o ACS cria um vínculo, um laço social de confiança, de intimidade, de esperança, até mesmo constrói uma relação de dependência dos usuários, ou seja, da comunidade para com ele. Podemos ver isto na fala de um ACS, citado no trabalho de Pupin e Cardoso (2008, p. 160).

Quando a gente não vai em certa casa no mês, eles aparecem aqui e ‘ah, cadê o meu agente?’. Reclama. E a gente tem que acabar indo, porque se não for lá no mês que vem, eles xingam a gente. Xingam, assim, chamar a atenção, né. Porque... isso mostra o tanto que eles gostam da gente e confiam na gente.

Em contrapartida, para Tomaz (2002) o ACS não é e não deve ser considerado um super-herói, pois ele não é o único trabalhador da saúde que convive entre questões sociais e políticas e dimensões técnica-assistenciais, esse dilema deve ser de toda a equipe de saúde, portanto, o papel do agente não deve ser romantizado, mas deve ter atribuições bem definidas, mais claras e estabelecidas como profissional, como integrante da equipe de saúde.

Conforme Bachilli, Scavassa e Spiri (2008) à medida que o ACS é valorizado pela comunidade, à medida que se sente útil, seu trabalho se torna mais gratificante para ele pela possibilidade de conhecer pessoas, de poder ajudá-las, de poder orientá-las. Há um sentimento de recompensa e prazer ao ajudar os usuários. Isso também é visto no trabalho de Santos et. al. (2011) quando uma ACS menciona que sua autoestima fica elevada ao trabalhar com pessoas, que quando consegue encaminhar e solucionar os problemas se sente mais realizada, se sente útil. No entanto, não é o agente que solucionará todos os problemas da comunidade, pois assim como em qualquer outro trabalho, existem limitações, questões que não são pertinentes apenas a ele e isso pode gerar um sentimento de impotência. Lopes et.al. (2012) afirmam que o ACS vivencia em seu cotidiano sentimentos que vão desde a onipotência à frustração, do prazer ao sofrimento no trabalho e justifica o sofrimento quando as expectativas do trabalhador não correspondem à realidade da organização do trabalho.

Lopes et. al. (2012) citam como situações geradoras de sofrimento no trabalho do ACS as deficiências nos serviços de saúde, pois quando um usuário não é atendido numa unidade de saúde, ou se nesta não tem o serviço divulgado pelo agente, como por exemplo, vacinação em períodos de campanhas, a população cobra diretamente do agente, que muitas vezes nada pode fazer. Outra situação geradora de sofrimento ao ACS verificada neste trabalho é o desconhecimento do trabalho do agente por parte da comunidade e até mesmo pela equipe de saúde, que desconhece suas funções, o que implica em sobrecarga de tarefas. Isso é expresso na fala de alguns ACS na pesquisa de Lopes et. al. (2012): “[...] me cobram para fazer coisas que nem é função do ACS. A gente tem muita coisa para fazer: de um lado a cobrança cada vez

maior dos usuários e de outro lado a equipe de saúde está sempre inventando mais coisas para fazer” (p. 637).

Assim, os agentes vivenciam muitas dificuldades na realização do trabalho, pois convivem entre o desconhecimento da sua atividade, por parte de alguns, e o excesso de cobrança, por outros. Esse fato ocorre porque apesar dos ACS possuírem normas/diretrizes/manuais/portarias que definem suas atribuições no âmbito da atenção básica de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, o que o Ministério da saúde preconiza para este trabalho, não garante uma orientação para o exercício da função; as atribuições são amplas e não norteiam/direcionam como os agentes devem gerir/realizar seu trabalho, assim como não fica explícito para a equipe de saúde que trabalha diretamente com o ACS, e que também reflete na percepção dos usuários dos serviços de saúde que não compreendem/desconhecem o fazer/função do agente. Por falta de uma prescrição que direcione as atribuições dos agentes, sua função tem sido distorcida, o que contribui para a sobrecarga de trabalho, pois qualquer atividade a ser desempenhada na comunidade, nas famílias é imposta aos agentes (TOMAZ, 2002).

Portanto, segundo Tomaz (2002), a discussão sobre o perfil de competências e atribuições do ACS ainda é polêmica, pois ainda não se conseguiu estabelecer um perfil claro das suas funções. “[...] Fala de um ‘novo’ perfil profissional – um novo saber, um novo fazer, um novo ser -, mas não especifica qual seria esse novo perfil” (p. 85). Esta falta de um estabelecimento claro das funções/atribuições é sentida na pele pelos agentes como algo desfavorável ao trabalho, pois interfere diretamente nas cobranças que são feitas a eles, seja da comunidade pela insatisfação de suas ações, ou por não corresponder expectativas da equipe de saúde, que em algumas situações desvaloriza este trabalhador. (LOPES, 2012).

Mesmo fazendo parte de uma equipe de saúde, os agentes são “discriminados” por esta pelo fato de não possuírem uma titulação em saúde, por não pertencerem a nenhum conselho/órgão profissional ou técnico regulamentado; o que reforça a valorização dos especialismos, da produção de conhecimento como prática que acontece apenas no espaço escolar, desqualificando os

saberes do agente aprendido nas ruas, no cotidiano com as famílias; um saber encarnado. Na pesquisa de Fortes e Spinetti (2004) isso é expresso em alguns relatos por parte da equipe de saúde (médicos e enfermeiros) ao comentar que os ACS não devem ter acesso aos prontuários dos usuários “[...] não tem que estar na mão do agente, não é da alçada de agente de saúde [...] porque eles não são da saúde, não tem mesmo que saber” (p. 73).

## PARTE 2 – O ENIGMA DA ATIVIDADE

### 2.1- Dialogando com a Atividade

“A regra é igual a uma peixeira, uma espada, entende? Pra usar tem de ter bom senso, sabedoria...Você só desembainha no momento certo de usar. Não é pra usar toda a hora” (Joana, ACS de Vitória, E.S.)<sup>12</sup>.

A citação de uma agente comunitária de saúde abre este capítulo, no qual iremos dialogar com a atividade dos ACS, justamente por se referir aos desafios que a atividade nos impõe, visto que, à medida que esta trabalhadora é desafiada a realizar sua atividade, está em jogo um debate de valores, de normas; daquilo em que deve ser feito e do modo como se deve fazer. No trabalho somos convocados a fazer escolhas, algumas perceptíveis, outras tão ínfimas que passam invisíveis (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). A análise/discussão da atividade dos ACS será realizada à luz do referencial das chamadas ‘clínicas do trabalho’, com base em conceitos da ergologia, da clínica da atividade e da psicodinâmica do trabalho. Para isso, faz-se necessário conceituar o que chamamos de ‘atividade’.

A atividade está longe de ser uma ocupação ou tarefa. Clot (2010, p.226) menciona que “[...] a atividade não é simplesmente aquilo que se vê, não é o que se pode descrever, aquilo que se pode observar diretamente. Portanto, a atividade não é simplesmente a atividade realizada”. Clot chama a atenção para a diferenciação entre a atividade realizada (que se pode ver, descrever, observar...) e o real da atividade e afirma que “[...] a atividade realizada não tem o monopólio do real da atividade, o real da atividade é muito mais vasto que a atividade realizada” (p. 226).

Segundo este autor<sup>13</sup>, a atividade consoante a Clínica da Atividade (C.A.), não é só a realização da tarefa, mas é permitir que o sujeito se liberte da atividade concreta, da tarefa. É um processo de transformação do trabalho e do trabalhador; é assumir o conflito entre a prescrição e a performance, pois não

---

<sup>12</sup> COSTA, S. L.; CARVALHO, E. N. **Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2931-2940, 2012, p. 2937.

<sup>13</sup> CLOT, 2013. Conferência realizada em Natal/BR, no II Colóquio Internacional de Clínica da Atividade.



existe atividade sem o confronto entre as forças necessárias; sem controvérsias.

Desta forma, Clot afirma que o conflito está no cerne da atividade em ação e que a Clínica da Atividade é uma clínica do desenvolvimento dos afetos, pois o objetivo de uma C.A. é desenvolver conflitos e não, resolvê-los. É preciso enriquecer os conflitos para se manter no real, na situação de trabalho. Assim, o conflito é visto como uma fonte de energia indispensável para regenerar a atividade, pois quando esta não é regenerada, ela degenera. Portanto, a C.A. é um meio de instituir o conflito no coletivo de trabalho, no qual o próprio trabalhador é o protagonista da transformação e o coletivo só existe quando tem controvérsia, diálogo, discussão; quando não tem conflito, não tem coletivo, tem conexão.

A Clínica da Atividade, teve influência, em sua origem, da ergonomia, que faz distinção entre tarefa prescrita e atividade real, sendo a primeira aquilo que tem que ser feito e a segunda, àquilo que se faz. Porém, a atividade realizada e o real da atividade não correspondem uma à outra, pois, segundo Vygotsky (apud CLOT, 2007) “ o homem está a cada minuto pleno de possibilidades não realizadas”. Assim, Clot (2007) assegura, que o comportamento é um sistema de reações que venceram em meio a reações que não venceram e que foram reprimidas formando resíduos sem controle, cuja força pode exercer influência na atividade do sujeito fazendo-o ficar sem defesa. E conclui que

O real da atividade é também aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos-, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures[...] aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem a fazer ou ainda aquilo que se faz sem querer fazer. Sem contar, aquilo que se tem de refazer (CLOT, 2007, p. 116).

As visitas domiciliares, o cadastramento dos moradores das microáreas, as ações de prevenção e promoção da saúde são algumas das atividades realizadas pelas agentes de saúde. Entretanto, o real da atividade está para além do que foi feito, do observável; é também àquilo que por algum motivo foi impedido, que não se manifestou, que não pode ser observado/mensurado, que se queria fazer, ou que fez sem querer fazer.

As atribuições propostas pela PNAB para o trabalho das ACS fazem parte do trabalho prescrito (do que é esperado que se faça) e compreende um conjunto de condições e exigências a partir dos quais espera-se que se cumpram. Para a ergonomia, o trabalho prescrito possui dois componentes fundamentais: as condições necessárias de uma situação de trabalho, que englobam; o ambiente físico, os materiais de trabalho, etc. E as prescrições, que envolvem; as normas, resultados esperados, etc. Assim, “ o trabalho prescrito envolve, além das prescrições, as condições dadas para a realização do trabalho” (TELLES; ALVAREZ, 2004, p.70). Desta forma, se as agentes cumprem a prescrição divulgando os serviços de saúde e os usuários ao chegarem nas unidades encontram alguns serviços indisponíveis; essa condição para a realização da tarefa prescrita acarreta um novo arranjo no modo de fazer cumprir a tarefa pelas ACS, o que reafirma a existência de uma distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, evidenciado pela ergonomia.

Ao se aproximar de seu objeto - o trabalho humano - em situações reais, a ergonomia mostrou que o trabalho efetuado não corresponde jamais ao trabalho esperado, fixado por regras, orientado por objetivos determinados, segundo representações das condições de realização. Ao realizar a tarefa, a pessoa se encontra diante de diversas fontes de variabilidades: a do sistema técnico e organizacional (panes, disfuncionamentos, dificuldades de previsão), a sua própria variabilidade e a dos outros (fadiga, ritmicidade circadiana, efeitos da idade, experiência) e a do (s) coletivo (s) de trabalho pertinente (s). (TELLES; ALVAREZ, 2004, p.70)

Nesse sentido, um novo conceito emerge entre o trabalho prescrito e o trabalho real; entre o homem e a tarefa: a atividade de trabalho. Telles e Alvarez (2004) compreendem este conceito como a maneira pela qual os trabalhadores se engajam na gestão dos objetivos do trabalho, ora servindo-se dos meios disponíveis, ora criando outros meios, de modo que, para gerir às variabilidades de um meio infiel e produzir sentido no trabalho, é necessário fazer uso de toda sua capacidade corporal, biológica, psíquica, ou seja, é preciso engajar-se.

Assim é o trabalho do ACS, que ao realizar as visitas domiciliares, precisa levar diversas fichas (ficha A; ficha de acompanhamento de diabéticos; de acompanhamento de pessoas com tuberculose; de acompanhamento das

peças com hanseníase; cartão da criança, etc.)<sup>14</sup>. Porém, o preenchimento de todas essas fichas impossibilita o cumprimento da meta de visitas diárias a serem realizadas, além do risco de perder as fichas. Para dar conta da atividade de trabalho, as ACS de Nova Rosa da Penha tiveram a estratégia de criar um caderno, no qual as informações necessárias de cada paciente são colocadas ali e depois repassadas para as fichas em casa. Essa estratégia possibilitou maior agilidade na hora de fazerem as visitas, além de, permitir maior mobilidade às ACS para mudar o itinerário de casas visitadas, no caso de ausência de algum morador; o que antes era impossível, já que tinham que visitar somente as famílias das respectivas fichas selecionadas.

Se na ergonomia o trabalho prescrito é designado como aquilo que é exigido e esperado do trabalhador, na abordagem ergológica de Schwartz, a expressão 'normas antecedentes' é utilizada para designar o que é dado; apresentado ao trabalhador, antes do trabalho ser concretizado. Apesar de usualmente tais termos (trabalho prescrito/normas antecedentes) serem utilizados de modo similar, a expressão 'normas antecedentes' é mais abrangente do que o trabalho prescrito, visto que, abarcam aquisições da inteligência, da experiência, da dimensão histórica e remetem a valores do bem comum, que são redimensionados nos ambientes de trabalho e organizações (TELLES; ALVAREZ, 2004).

Schwartz e Durrive (2007) afirmam que a atividade humana pode ser analisada como um processo ergológico no qual há uma dialética permanente entre dois registros: o registro I que se refere as normas antecedentes, que corresponde ao que está disponível antes do início da atividade; é aquilo que antecipa, é a regra, a prescrição. O registro II remete a confrontação, a (re) normatização; é um encontro da norma com a experiência real que possibilita uma recriação/reconfiguração do vivente para gerir o próprio meio. Desta forma, a atividade é caracterizada enquanto,

[...]'debates de normas' ancorados por um universo instável de valores no fluxo de situações concretas. A vida é então entendida como o encadeamento de debates entre normas antecedentes, frente

---

<sup>14</sup> Em anexo nos Apêndices.

a situações de vida em que o vivente humano exercita sua capacidade normativa – sua tendência/obrigação enquanto espécie (ATHAYDE; BRITO, 2011, p.263).

Ao conviverem com um meio infiel, no qual as normas prescritas são insuficientes para a realização do trabalho, as agentes se deparam com diversas dificuldades/obstáculos para conseguir realizar aquilo que está proposto. Desta forma, as ACS fazem ‘usos de si’ (‘pelos outros’ aplicando normas antecedentes e valores compartilhados; e ‘por si’, ao renormatizarem). Conhecer as dramáticas – não como uma dramatização dos fatos, mas como aquilo que foge do percurso, do esperado, do previsível e que possibilita um debate de normas – assim como, os desafios para gerir a atividade nesta gestão ‘dramática’ consigo e com os outros (trabalhadores da unidade e comunidade) é a proposta desta pesquisa.

Para Schwartz (2004) o trabalho nunca é repetição e envolve uma gestão de escolhas, de arbitragens e uma hierarquização de valores pelas quais as decisões se baseiam. Assim, todo trabalho é sempre uso de si – por outros (ao seguir instruções, regras operacionais) e por si (ao recriar suas próprias normas). No entanto, a negociação, a dramática dos usos de si é sempre conflituosa/problemática.

Desta forma, trabalhar é se deparar/confrontar com um encadeamento de debates, na qual se exige a gestão de normas num meio em que a única certeza é sua própria infidelidade, que exige do vivente que ele também seja infiel às normas vigentes, fazendo ascender a variabilidade. O humano, por sua vez, é colocado à prova para reconfigurar este meio como seu próprio meio, num processo denominado de (re)normatização. (ATHAYDE; BRITO, 2011). De acordo com Costa e Carvalho (2012) “[...] muitas vezes é o ACS que identifica a necessidade de flexibilizar determinadas normas, não para dobrá-las às suas visões de mundo, mas por entendê-las como ferramentas de facilitação das relações” (p. 2937).

Sobrecarga de funções e inclusão de tarefas foram observados ao longo da pesquisa bibliográfica e de campo ao pesquisar a atividade dos ACS, tais como: atuar na recepção da unidade, controlar materiais de almoxarifado,

organizar pastas e arquivos, etc. Porém, essas tarefas fogem e contrariam aquilo que é proposto pela PNAB (BRASIL, 2012) para o trabalho do agente de saúde; o que denota a existência de uma prescrição que não dá subsídio e clareza para a atuação deste trabalhador na ESF, e contribui na atuação dele como um “quebra-galho” na Unidade de Saúde da Família (USF). Por que ao agente é delegado tarefas extras que concernem ao trabalho do auxiliar administrativo e de outros funcionários da USF?

Vários estudos/pesquisas/artigos expressam as dificuldades que o agente de saúde tem encontrado para cumprir com a sua função (GOMES et. al., 2009). Porque os ACS não conseguem desempenhar aquilo que lhe é proposto? Será que as normas/prescrições propostas pelo Ministério da Saúde são insuficientes para direcionar o ‘fazer’ deste trabalho? Roosli e Athayde (2011) afirmam que os manuais do PSF/ESF ao invés de orientarem a ação destes profissionais, são marcados por indicações de como deve ser o novo modelo de assistência à saúde e quais informações devem ser priorizadas. Entretanto, diante da defasagem entre a tarefa prescrita – que neste caso não orienta o ‘como fazer’ – e a atividade, é possível verificar o que Schwartz e Durrive (2007) denominam como “vazio de normas”<sup>15</sup>, ou seja, apesar de aparentemente existirem normas para a realização do trabalho, surgem lacunas inesperadas que incitam a produção de novas normas.

Ao se depararem com manuais e prescrições que não direcionam como desenvolver a atividade, as agentes fazem uso de suas próprias capacidades, de seus recursos, valores, histórias e experiências para gerir essa infidelidade do meio; esse vazio entre normas antecedentes e atividade. Diante desse “vazio de normas”, as agentes lidam com os limites da prescrição (re)criando suas próprias normas para dar prosseguimento a atividade. Para isso, fazem uso de uma inteligência astuciosa, artilosa que conduz a formas de transgressão (DEJOURS, 1993, 2004 apud ROOSLI; ATHAYDE, 2011). Transgressão as regras engessadas, transgressão ao corpo que se desdobra,

---

<sup>15</sup> “Deficiência de orientações, de conselhos, de experiências adquiridas, registradas nas regras ou nos procedimentos” (SCHWARTZ e DURRIVE, 2007, p. 193).

que (re)inventa modos de agir, de fazer, de 'ser' ACS naquilo que Gomes (2009) denominou 'deserto de prescrições'.

O que se tem visto são modos de fazer/viver/ser agente de saúde em meio aos obstáculos de um sistema de saúde ainda escasso de recursos, de investimento na capacitação destas trabalhadoras que muitas vezes chegam "crus" para o trabalho, sem conhecer os princípios e diretrizes do SUS e algumas noções básicas de saúde. Mas não se pode negar o conhecimento, a bagagem de vida que estas trabalhadoras carregam e compartilham com a comunidade, no entanto, às vezes também marcadas por equívocos e preconceitos (GOMES, 2009).

Em meio ao deserto de prescrições e também de recursos, as ACS estão longe de assumirem uma posição de passividade. O que vivenciei ao longo desta pesquisa, foram agentes ativos – atores, protagonistas, agenciadores, não apenas de saúde, mas segundo Costa e Carvalho (2012) 'de encontros entre territórios'. Elos, mediadores, articuladores, propulsores de encontros entre saberes do povo e saberes médicos, entre o conhecimento dos usuários e o conhecimento legitimado, entre a construção técnica e a construção popular, entre a 'lógica de consultório' e a 'lógica de tessitura', que conforme os autores

Nesses encontros, esta que chamamos aqui de lógica de consultório pressupõe que o lugar e o poder dos saberes precedem os encontros, enquanto que aquela outra, aqui nominada de lógica de tessitura, pressupõe que os saberes desdobram e inventam seus lugares e poderes a partir do encontro [...] (COSTA; CARVALHO, 2012, p. 2937).

Portanto, ao lidarem com um meio infiel e improvável as agentes criam mecanismos, macetes, produzem normas, fazem bricolagens, exercitam a sua capacidade normativa diante de um real que lhe desafia a cumprir com um prescrito 'falho'. Em face às lacunas existentes entre trabalho prescrito e trabalho real, as agentes vivenciam debates internos (consigo mesmos) e debates de valores de ordem social que, segundo Schwartz e Durrive (2007) são "o bem viver juntos" (p.45).

Ao trabalhar, é necessário fazer escolhas, no menor detalhe do cotidiano. Assim, estamos sempre, em um dado meio, em negociação de normas. Sim, pois trabalhar nunca é aplicar o prescrito, a vida

infiltra-se neste meio, ela habita toda situação de trabalho, exigindo reposicionar-se frente ao que precede (ATHAYDE; BRITO, 2011, p. 263).

Não se trata de negligenciar a tarefa prescrita ou o trabalho predeterminado, organizado e pensado de antemão, até porque, sem as normas antecedentes seria mais difícil de realizar o trabalho. Não haveria um referencial, cada um faria do seu jeito. No entanto, mesmo seguindo, ou melhor, se esforçando para seguir as prescrições, as singularidades do trabalho real de cada agente aparecem, revelando que as agentes fazem uso de uma entidade que atravessa o intelectual, o fisiológico, que vai do biológico ao cultural – denominada “corpo-si” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

O corpo-si é a história, história da vida, do gênero, da pessoa, é a história de encontros sempre renovados entre um ser em equilíbrio mais ou menos instável e uma vida social, com seus valores, suas solicitações, seus dramas... É a história, história como memória sedimentada, organizada na miríade dos circuitos da pessoa; mas também história como matriz, energia produtora de inédito: na medida onde a intenção renormalizante é às vezes imposta ao ser – o meio é sempre infiel, como ‘encontro’ ele reclama que a gente se escolha escolhendo tal ou qual maneira de tratar – e ao mesmo tempo requer como exigência de vida, como apelo nele de saúde, o instrumentalizando sem relaxe para tentar transformar isto que é objetivamente para ele meio (umgebung) nisto que poderia fazer seu meio (umwelt). (CUNHA, 2007, p. 8,9).

Diante de tantos desafios que as ACS vivenciam para conseguir realizar suas atividades frente as expectativas do Ministério da Saúde, da comunidade, dos trabalhadores da ESF, além dos pesquisadores que, colaboram nas sugestões/produções de mais normas antecedentes acerca daquilo que “também seria interessante que os agentes de saúde realizassem”; estes trabalhadores convivem entre o paradoxo da “inflação de normas” e sua ausência (BRITO et. al., 2011), ou seja, se por um lado aparentemente existe um “mundo de normas” com grandes exigências a este trabalhador, por outro, nota-se a ausência ou a deficiência de diretrizes e de meios que os auxiliem no desempenho/desenvolvimento de sua atividade.

Portanto, é necessário questionar os lugares/funções/papéis que os agentes são convocados a ocupar: o agente responsável pela mudança no modelo assistencial em saúde, o porta-voz, o tradutor, o democrata, o olheiro, o amigo, o agenciador de encontros.... Logo, o objetivo desta pesquisa é analisar a

atividade das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma unidade de saúde localizada no município de Cariacica/ES, sob o aporte conceitual das clínicas do trabalho.



## PARTE 3- METODOLOGIA

### 3.1- Conhecendo o Território

A pesquisa foi realizada numa unidade de saúde do município de Cariacica. Este município tem população estimada de 381.802 habitantes e área territorial de 279,859 km<sup>2</sup>; também possui grande extensão de zona rural, com população acima de 11.095 pessoas. É distribuído administrativamente em 13 regiões, sendo a região desta pesquisa, compreendida por bairros caracterizados como aglomerado rural de extensão urbana<sup>16</sup>.

Possui 32 unidades de saúde<sup>17</sup>, segundo informação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Cariacica. Entretanto, são contadas como unidades básicas de saúde, as policlínicas e os pronto-atendimentos emergenciais. Não existe um centro específico para atendimentos especializados e os médicos especialistas ficam espalhados pelas unidades básicas de saúde. Por exemplo, na unidade de saúde de Nova Rosa da Penha existe a especialidade médica de cardiologia; a de Cariacica Sede, de psiquiatria; porém, essa distribuição ocorre de forma aleatória, sem considerar as necessidades específicas de cada região.

Em relação a atenção primária, o município apresenta, aproximadamente, 56 bairros cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo dados da SEMUS<sup>18</sup>. Porém, há bairros que apresentam apenas agentes comunitários de saúde e enfermeiros atuando em casas denominadas de 'PACS', onde não há unidade de saúde da família, mas que são contabilizados administrativamente, enquanto equipe da ESF.

Nos bairros que apresentam cobertura da Estratégia Saúde da Família, dificilmente existe uma equipe completa. Na unidade de saúde em que esta

---

<sup>16</sup> Dados obtidos do IBGE 2010.

<sup>17</sup>Dados obtidos no site da Secretaria Municipal de Saúde <<http://www.cariacica.es.gov.br/prefeitura/secretarias/semus/>>. Acesso em outubro de 2015.

<sup>18</sup> < <http://www.cariacica.es.gov.br/category/saude-semus-2/page/27/>>. Acesso em outubro 2015.

pesquisa foi realizada, faltavam agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos de saúde da família.

Em meio a este cenário singular estão as agentes comunitárias de saúde desta pesquisa. Segundo dados da SEMUS de Cariacica<sup>19</sup>, existem 247 ACS neste município. A unidade de saúde onde foi realizada esta pesquisa, localiza-se no bairro Nova Rosa da Penha. Este bairro possui uma população aproximada de 13.849 habitantes<sup>20</sup>. A maior parte de sua população (66,2%) é composta por pessoas entre 15 a 64 anos.

O bairro possui uma unidade de pronto atendimento que funciona de 7h às 17h, no qual a demanda nem sempre é espontânea, pois são distribuídas fichas de atendimento no início do expediente. Possui uma casa de PACS separada da unidade de saúde, composta por agentes de saúde e uma enfermeira; e uma unidade de saúde mista, pois existem duas equipes da ESF (que estão incompletas) e médicos que atendem especialidades, como cardiologia.

Faltam médicos para atuar nas equipes de saúde da família, enfermeiros e agentes de saúde para completar as duas equipes da ESF na unidade de Nova Rosa da Penha. Embora possuam tais profissionais na equipe, além de uma dentista, estes estão em número reduzido para atender a demanda da região; durante o período da pesquisa, havia apenas um enfermeiro para supervisionar ambas as equipes do PSF.

Em Nova Esperança, bairro vizinho, existe equipe de PACS separadamente da unidade (assim como em Nova Rosa da Penha I) estruturado numa casa, mas que referencia os usuários para a unidade de saúde de Nova Rosa da Penha II, que é a única unidade na região da Grande Nova Rosa da Penha. Porém, a unidade de saúde não consegue absorver toda demanda da região devido ao número restrito de funcionários e a falta de consultórios na unidade que, há mais de dois anos está provisoriamente num espaço alugado, pequeno, com

---

<sup>19</sup> Extraído de <<http://www.cariacica.es.gov.br/category/saude-semus-2/page/27/>> Acesso em outubro de 2015.

<sup>20</sup> De acordo com o censo IBGE 2010, disponível no site <[http://populacao.net.br/populacao-nova-rosa-da-penha\\_cariacica\\_es.html](http://populacao.net.br/populacao-nova-rosa-da-penha_cariacica_es.html)> Acesso em outubro de 2015.

paredes de divisórias e de difícil acesso aos usuários; enquanto a construção da nova unidade não fica pronta.

Apesar das limitações físicas, a unidade consegue suprir grande parte das demandas da região, embora não haja cobertura completa de PSF. Grande parte dos trabalhadores tem contratos temporários de trabalho e estão com o vínculo precarizado, principalmente as ACS: existem trabalhadoras que estão há 10 anos na função e que não haviam recebido férias até três anos atrás. O surpreendente é que em meio a esse cenário confuso e escasso de recursos físicos e materiais, mesmo em condições de trabalho adversas, essas trabalhadoras não param, se mobilizam e reinventam formas de fazer, de dar prosseguimento à atividade diante de um (im)possível.

Nova Rosa da Penha, antigamente conhecida como Itanhenga<sup>21</sup>, foi formada após o despejo de centenas de famílias que viviam num pedaço de terra da antiga fazenda denominada Barbados, em Rosa da Penha, na década de 80. Esses moradores eram oriundos de vários estados, principalmente de Minas Gerais e Bahia. Muitos vinham atraídos pela oferta de emprego no período de expansão da Companhia Vale do Rio Doce e da Companhia Siderúrgica Tubarão, entretanto, ao se deparar com rigorosos processos de seleção, aqueles que tinham vindo só com o dinheiro da passagem, por aqui ficavam, ainda que desempregados.

Assim foi crescendo Itanhenga, terra que havia sido doada pelo governo do estado, no governo de Eurico Vieira, porém, este havia perdido a reeleição para Gerson Camata. Em resposta as manifestações populares, o governador Eurico Vieira, já no final do seu mandato e após perder a reeleição, doou a fazenda Itanhenga da forma como estava: sem água, esgoto, iluminação, transporte e ao menos divisão de ruas; apenas fez a doação dos terrenos.

Cerca de 700 famílias foram beneficiadas com a terra e com persistência, esforço e luta dos moradores, o bairro foi crescendo e sendo estruturado.

---

<sup>21</sup> As informações sobre a história do bairro foram obtidas através da conversa com um antigo líder comunitário do bairro e também verificadas através do documento acessado em outubro de 2015: <<http://www.camaracariacica.es.gov.br/Arquivo/Documents/PL/PL1012015.pdf>>

Posteriormente, Itanhenga passou a se chamar Nova Rosa da Penha, como forma de lembrar a luta por moradia no antigo bairro de Rosa da Penha. Apesar dos problemas de infraestrutura e da carência de serviços públicos, a luta da comunidade continuou e resultou em muitas conquistas ao longo dos anos. O bairro cresceu tornando-se uma das regiões mais populosas do município.

Entretanto, ainda é possível verificar traços de Itanhenga que habitam Nova Rosa da Penha. O bairro não possui sistema de tratamento de água e esgoto em toda a sua extensão; grande parte das ruas ainda não têm asfalto, e existem lugares onde não há iluminação, já que é cercado por zonas rurais.

Atualmente, o bairro é divulgado pela mídia devido altos índices de violência e pela disputa do domínio do tráfico de drogas na região. Mas também não podemos deixar de reconhecer as belezas naturais que existem; como a lagoa Nova Esperança, além das florestas nativas, os lagos, montanhas e o belíssimo Moxuara, localizado neste município.

### **3.2- Escolha metodológica e modos de pesquisar**

Certa vez ouvi que a escolha de um tema de pesquisa não se pega em árvore, pois não é um fruto que está pronto, disponível; mas é um processo que emerge na conjugação dos anseios do pesquisador, de suas inquietações. Assim também, penso ser a escolha metodológica, pois se trata da escolha de um caminho a ser trilhado/percorrido/construído; um caminho que não está dado, mas que se constitui junto com o pesquisador, participantes e território num processo autopoietico de invenção de si e do mundo<sup>22</sup>.

Ao partir desta perspectiva, compreende-se que o mundo não é anterior à nossa experiência, mas a nossa experiência através da vivente experimentação deste mundo, nos faz conhecê-lo e construí-lo, assim também somos constituídos nesse processo de interação, o qual não há separação,

---

<sup>22</sup> Sobre a Teoria da Autopoiese de Maturana, H. e Varela, F. Ler "A árvore do conhecimento", 1995.

nem neutralidade entre pesquisador e objeto. Assim, a produção de conhecimento ocorre através da afetação; da possibilidade de afetar e deixar ser afetado.

Assim, a pesquisa é um processo de invenção/criação constante, na qual a produção de conhecimento se dá a partir de um posicionamento ético e político que afirma a integralidade da vida em suas formas e intensidades. Desta forma, pesquisamos *com* sujeitos e não *sobre* sujeitos.

[...] A pesquisa “com”, sendo esta a que julgamos representar uma principal diferença entre a pesquisa “sobre”, a pesquisa “para” e a pesquisa “por/pela”. Isso porque na pesquisa-ação em educação, apoiada nos referenciais teóricos de Elliot (1999), o objetivo da pesquisa não está somente em explicar a realidade, mas sobretudo, compreendê-la como uma realidade produzida pelos próprios sujeitos. A ação de pesquisar se realiza com todos os participantes, porque compreendidos como produtores de conhecimento dessa realidade. (PEZZATO; PRADO, 2013, p. 171).

Diferentemente, na perspectiva da ciência positivista, afirma-se um distanciamento entre sujeito e objeto, no qual o primeiro deve manter-se neutro e o segundo, ser passivo; é uma dimensão de pesquisa que visa a reprodução, a representação, a confirmação, a domesticação e dominação/redução do objeto; um modo de pesquisar em que mundo e sujeitos são “dados e acabados”, em que somente é “científico” àquilo que é mensurado, quantificado e visível; no qual se pesquisa *sobre* algo/alguém.

Ao pesquisar *com* afirmamos uma postura de pesquisa encarnada, em que os afetos, os preconceitos, os sentimentos, as questões; são expostas, colocadas, analisadas, produzidas e não silenciadas/ignoradas. É uma perspectiva de pesquisa que possibilita afetações, interferências, estranhamentos, articulações, encontros e produções de sujeitos e mundos, que coexistem nas, e através, dos encontros e relações. Desta forma, a produção de conhecimento é invenção de si e do mundo, a qual não existe separação entre conhecimento e ação.

Tal circularidade, tal encadeamento entre ação e experiência, tal inseparabilidade entre ser de uma maneira particular e como o mundo nos parece ser, indica que *todo o ato que conhecer produz um mundo* [...]. Tudo isso pode ser condensado no aforismo: *Todo fazer é conhecer e todo conhecer é fazer* (MATURANA; VARELA, 1995, p. 68).

Se todo fazer é conhecer e todo conhecer é fazer, podemos afirmar a partir a partir de uma perspectiva cartográfica que “toda pesquisa é intervenção” (PASSOS; BARROS, 2012, p.17). Desse modo, uma postura cartográfica assegura a inseparabilidade entre o pesquisar e o intervir, entre o conhecer e o fazer. Portanto, nesta pesquisa o viés cartográfico foi utilizado enquanto modo/postura metodológica, já que afirma um caminhar que traça no percurso suas metas, ao invés de estabelecê-las de antemão. Vale salientar que isso não significa ir a campo sem objetivos, mas para além disso, é se colocar num modo de pesquisa que possibilita rever, mudar, traçar outros objetivos no processo de pesquisar. Não é um método que visa confirmar ou não, resultados pré-estabelecidos com normas prontas e pré-fixadas, mas trata-se de um modo de pesquisa que se constitui no fazer, no caminhar; do qual se utilizam pistas para orientar o percurso da pesquisa, acompanhando os efeitos desta sobre o pesquisar, o objeto, a produção de conhecimento e as relações constituídas no percurso da pesquisa<sup>23</sup> (PASSOS; BARROS, 2012).

A partir da fundamentação teórico-metodológica cartográfica esta pesquisa foi realizada na dimensão “transformar/intervir para conhecer”, pois conhecer é experimentar, é permitir-se fugir do controle da representação. Assim, a pesquisa-intervenção “ao operar no plano dos acontecimentos, deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela” (PAULON, 2005, p. 21). Nesse sentido, a pesquisa-intervenção enquanto modo/postura teórico-metodológica afirma

[...] A não neutralidade no ato de pesquisar, faz-se necessário estar aberto aos encontros, ao ineditismo, aos acasos, para que possa haver capturas de múltiplos acontecimentos que irão configurar um caminho a ser percorrido, e, ao mesmo tempo, sua construção (o caminho) poderá produzir sentidos para esses acontecimentos (PEZZATO; PRADO, 2013, P.175).

Desta forma, a pesquisa foi construída junto com os participantes, pesquisadora e orientador. Num primeiro momento foram realizados três

---

<sup>23</sup> Ressalta-se que objeto, pesquisador e conhecimento não estão em planos separados, nem ocupam lugares ou funções pré-estabelecidos, mas são efeitos coemergentes do processo de pesquisar, pois no campo a intervenção não ocorre num único sentido.

encontros, com duração de 3 horas cada, com cerca de 10 agentes comunitárias de saúde<sup>24</sup> de duas equipes da ESF de Nova Rosa da Penha, nos quais discutimos assuntos: saúde, atividade, prescrições, desafios... Temas estes, pertinentes ao trabalho das ACS e discutidos a partir da leitura de textos da Cartilha do Humaniza SUS/ MS (2012), intitulada “Programa de Formação em Saúde do Trabalhador”. Os textos foram dispositivos disparadores da análise; nas quais, questões foram produzidas, discutidas, colocadas à roda.

Logo, os encontros produziram intervenções através da produção de novos sentidos, de novas intercessões, de análises e discussões de temas que coemergiram no encontro entre participantes e pesquisadora, sendo esta, não uma agente de mudança, mas concomitantemente sujeito e objeto de conhecimento, pesquisadora e pesquisada (PEZZATO; PRADO, 2013).

Nos encontros realizados com as ACS, esses debates emergiram produzindo diálogos, questões, conflitos e discussões acerca da própria atividade; proporcionando conhecimento acerca da atividade, enunciando o real da atividade, produzindo ressingularizações e tensionamentos entre normas antecedentes e trabalho real, possibilitando melhor compreensão da atividade pelos próprios trabalhadores. Isso permitiu que as ACS discutissem sua atividade na ESF e analisassem as relações de trabalho que estabelecem com a equipe que trabalha na unidade (enfermeiros, médicos, assistentes administrativos, auxiliar de limpeza, vigilante) assim como, com a comunidade.

Porém, no segundo encontro, as questões que surgiram sobre os desafios do trabalho foram trazidas enquanto lamentação, limitação, sinalizando a falta de recursos e condições para o trabalho e a desvalorização profissional (em termos salariais e também o ‘descaso’ da prefeitura ao não efetivarem essas trabalhadoras). Os obstáculos enfrentados para conseguir cumprir com aquilo que é proposto pelo Ministério da Saúde, com o que é estabelecido pela prefeitura e coordenação da unidade, e até mesmo, como atender às

---

<sup>24</sup> A participação das ACS na pesquisa foi voluntária. Foram aproximadamente 10 agentes de saúde que participaram de todas as fases; em alguns momentos esse número aumentou/diminuiu de acordo com a disponibilidade das ACS, já que os encontros ocorreram durante a semana, em dias de trabalho.

demandas da própria comunidade. Sentimento de frustração e impotência foram evidenciados.

Logo, o encontro para se discutir/dialogar/analisar a atividade tornou-se uma roda de queixas, de lamentações, de argumentos para justificar “os fracassos da atividade”; da falta de recursos e condições para o trabalho e da busca de “culpados” para essa situação. Tais questões, remetem à uma situação da atividade de trabalho, todavia, muitas vezes o trabalhador só consegue enxergar o que está visível ou o que falta, isso quando não expressam estarem acostumados/acomodados a situação e não veem perspectiva de mudança/melhoria.

Há uma parte do trabalho que o trabalhador não sabe verbalizar, que ele não consegue descrever, que é difícil de expressar, isto porque está no plano dos valores; àquilo que o trabalhador preferiria ter feito, mas que é obrigado a fazer de outra forma; e isso é difícil de ser colocado em palavras. É através do fazer, da aproximação do trabalhador em atividade que podemos ter acesso aos valores que estão colocados no desenvolvimento da atividade. Assim, podemos compreender porque os sujeitos fazem uma coisa de um jeito e não de outro; ou porque fazem ou deixam de fazer. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Então, para que o trabalhador tivesse acesso a sua própria atividade, sem descrevê-la com automatismos, ou da forma como está proposto pela organização do trabalho, foi proposto às ACS a utilização de uma adaptação da técnica denominada Instrução ao Sósia (IS). Esta técnica facilita o acesso a atividade de modo que, toda a riqueza da atividade (seus detalhes, modo de se fazer, escolhas, o porquê de tais escolhas em detrimento de outras) surja, não como uma descrição dos fatos ou de uma rotina de trabalho, mas como uma experiência<sup>25</sup> viva do próprio trabalhador que se desloca de sua atividade, sem deixar de vivê-la.

---

<sup>25</sup> “Efeitos de processos históricos e complexos de fabricação, nos quais os sujeitos se produzem nas relações com os regimes de verdade” (FOUCAULT, 1985, apud, ALMEIDA, 2014).



Portanto, foi utilizada como instrumento de análise, uma adaptação do método 'Instrução ao Sósia' (IS) de Oddone, Re e Briante e seus parceiros (VASCONCELOS; LACOMBLEZ, 2005; DE VICENTI, 1999; CLOT, 1999). Este método foi elaborado em 1970 no contexto italiano de luta pela saúde no trabalho para ser utilizada junto com os funcionários da Fiat, com o objetivo de compreender e transformar a relação saúde-trabalho no interior das fábricas (REZENDE; BRITTO; ATHAYDE, 2009) e consiste em pedir a um trabalhador que dê instruções a um sósia – trabalhador com características físicas semelhantes – sobre como realizar o trabalho, sendo que, este sósia irá substituí-lo, de modo que ninguém o perceba.

Se existisse uma outra pessoa perfeitamente idêntica a você, do ponto de vista físico, como você diria a ela para se comportar no trabalho, em relação à tarefa, aos seus colegas de trabalho, à hierarquia e à organização sindical (ou a outras organizações de trabalhadores), de maneira que ninguém perceba que se trata de outro que não você? (ODDONE; RE; BRIANTE, 1981 apud GOMES, 2009, p.65).

Ao orientar, dar instruções a um suposto sósia, este método permite que o trabalhador se desloque das prescrições, do trabalho habitual e rotineiro, para se confrontar com o real da atividade. Possibilita que o trabalhador viva a ação através do pensamento e transforme-a em palavras, propicia deparar-se com o desconhecido, confrontar-se consigo e com a própria atividade – obscura, estranha, antes inacessível. Nesse sentido, ao instruir um suposto sósia, esta técnica possibilita que o trabalhador recrie a experiência passada, revivendo-a na ação presente.

[...] Eis a utilidade do sósia que é um “meio deslocado”, um “contato social” artificial consigo mesmo. Ele autoriza uma “reentrada” na ação, uma repetição sem repetição, o recomeço da ação em outra atividade com o sósia em que ela serve, agora, de recurso. A consciência é o desdobramento do vivido, revivido para viver outra coisa. “A representação de um sósia é a representação da consciência e mais próxima da realidade”. (CLOT, 2009, p.208).

Yves Clot recuperou o método IS e reinventou dentro da metodologia da clínica da atividade, buscando transformar situações laborais degradadas através da coanálise da atividade de trabalho. Neste contexto, não podemos deixar de ressaltar a diferença existente entre metodologia e método em clínica da atividade. A primeira, visa criar condições para que o próprio trabalhador

seja capaz de transformar sua atividade, aumentando o seu poder de agir. O método, se refere as técnicas utilizadas para esse fim, como por exemplo, a IS e a Autoconfrontação simples/cruzada; tais técnicas possibilitam o acesso do trabalhador ao real da atividade. Todavia, a intervenção em clínica da atividade não se limita a utilização desses dois métodos. (BATISTA; RABELO, 2013).

Nesta pesquisa, as clínicas do trabalho (Clínica da Atividade e Ergologia) foram utilizadas enquanto aporte teórico-metodológico para pensar/analisar/discutir a atividade das agentes comunitárias de saúde. Para isso, foi utilizada uma adaptação das técnicas IS e Autoconfrontação, com o objetivo de aceder ao real da atividade para ter acesso a atividade, antes não observável. Nesse ponto, a adaptação da técnica utilizada se assemelha à proposta da Clínica da Atividade, ao buscar emergir através da verbalização da ação, possibilidades não realizadas, desconhecidas, impedidas, fracassadas, enfim, o real da atividade.

O método tradicional de Instrução ao Sósia de Oddone; Re; Briante; Clot, consiste em pedir ao trabalhador que dê instruções a um suposto sósia para que este o substitua sem que ninguém perceba a substituição: “Suponha que eu seja seu sósia e que amanhã vou substituí-lo em seu local de trabalho. Quais instruções você deveria me transmitir para que ninguém perceba a substituição? ” (CLOT, 2007, p.144). Nessa situação, o trabalhador é convocado a ajudar seu sósia

[...]a se orientar em uma situação que ele não conhece, ao lhe indicar não só o que faz habitualmente, mas também aquilo que não faz nessa situação, aquilo que deveria, sobretudo, não fazer ao substituí-lo, aquilo que ele poderia fazer, mas que não se faz etc. (CLOT, 2007, p. 146).

Nesta pesquisa, as instruções quanto a técnica IS foram seguidas, entretanto, a adaptação da técnica ocorreu a partir da utilização de uma câmera para captar imagem, som e ação deste processo, o que difere da proposta de Clot (2006), que não utiliza registro em vídeo neste método. O objetivo da captação do recurso imagético foi de possibilitar a Autoconfrontação que ocorreu na fase posterior, assim como, permitir que o trabalhador desnaturalizasse sua própria atividade e reinventasse no trabalho sua ação, bem como, sua história e

experiência. Pois, ao ver sua imagem, sua ação de verbalizar, de narrar especificidades do trabalho; o sujeito vislumbra-se com a atividade desconhecida, encoberta pelos automatismos e pela rotina, e depara-se com seu próprio estranhamento, o que o incita a atividade dialógica. Outro ponto que difere o método IS de Clot da adaptação ocorrida nesta pesquisa; é que este autor propõe, no final da técnica, ao trabalhador que deu as instruções ao sócia, que narre por escrito sua experiência a outros, que não o sócia.

Assim, ao final do terceiro encontro com as ACS, foi apresentado ao grupo a técnica I.S. e proposto a utilização de uma adaptação deste método. Após adesão do grupo ao método proposto; o grupo, juntamente com a pesquisadora, escolheu uma ACS para participar dessa etapa<sup>26</sup>. Após a escolha da ACS, esta preencheu um termo de consentimento de livre esclarecimento (TCLE)<sup>27</sup> aceitando participar voluntariamente na pesquisa.

Durante a realização da técnica IS estavam presentes a ACS escolhida para orientar sua sócia, outra ACS que é amiga da ACS participante e trabalha com ela, a pesquisadora e um mestrando que ficou responsável por fazer a filmagem desse processo. A presença da amiga foi uma sugestão da própria ACS escolhida, que não queria ficar 'sozinha'. Esse fato tornou ainda mais interessante a IS, pois, possibilitou olhares, risos, diálogo entre elas e discordâncias e foi enriquecedor para o processo de análise da atividade, já que a ACS participante verbalizava, concomitantemente, para uma sócia leiga acerca da sua atividade e ao mesmo tempo, para uma amiga que também é ACS e vivencia o trabalho.

Após a realização da IS com a ACS escolhida, foi editado um vídeo contendo recortes das principais cenas deste processo e exibido a ACS participante na presença da pesquisadora. Esse recurso possibilitou a Autoconfrontação da ACS consigo (Autoconfrontação Simples); com sua própria atividade, o que

---

<sup>26</sup> Um dos fatores que levou o grupo, juntamente com a pesquisadora, a escolher a ACS para orientar uma sócia foi o envolvimento e participação desta ACS em todos os encontros realizados, além de ser a ACS mais antiga na profissão; há 10 anos ela é Agente Comunitária de Saúde na mesma equipe da ESF em Nova Rosa da Penha.

<sup>27</sup> Em anexo no Apêndice A.

gerou estranhamento, risos e surpresas ao vê-la verbalizando acerca da sua atividade. O vídeo disparou comentários, novas explicações sobre o trabalho antes verbalizado, reflexões, e até repetições do que já havia sido dito no vídeo e que não se lembrava.

O método de Autoconfrontação proposto por Clot (2011), invoca a “*repetição sem repetição*” (p. 76), ou seja, o objetivo é retomar a mesma atividade disponível em vídeo e “*refazê-la a partir do zero*” (p. 76) para que se torne mais acessível a cada participante, desse modo, a atenção destes é atraída mais para a atividade do que para o trabalhador que a realiza.

É importante destacar que a Autoconfrontação nesta pesquisa ocorreu através da imagem gravada a partir da adaptação da técnica “Instrução ao Sósia” e não por meio da gravação do trabalhador realizando determinada atividade. Para Clot (2010), o objetivo da Autoconfrontação é de separar trabalho e trabalhador; o discurso, habitual, convencional, pronto - daquilo que é difícil de pensar e de verbalizar.

Nesse sentido, o objetivo da Autoconfrontação é permitir que os próprios trabalhadores desenvolvam a observação de sua atividade, assim como, o desenvolvimento da análise do próprio trabalho. “[...] Então, a análise da atividade, iniciada pelo interveniente-observador, não é mais a origem da ação, mas um recurso para apoiar a experiência de modificação do trabalho por aqueles que o fazem [...]” (CLOT, 2010, p. 249). Assim, a finalidade de uma Clínica da Atividade (C.A.) é “restabelecer a capacidade comum de criação ao organizar a repetição da atividade cotidiana num diálogo tardio” (CLOT, 2011, p. 76).

A proposta da autoconfrontação descrita por Clot compreende três fases. Na primeira, é formado um coletivo de profissionais junto com pesquisadores, o que fez com que Oddone e outros autores denominassem de “comunidade científica ampliada” (CLOT, 2010, p. 239). Esses trabalhadores, junto com os pesquisadores começam a observar situações de trabalho, para posteriormente, escolherem a sequência da atividade que será gravada em

vídeo. Essa primeira fase, é, portanto, de redescoberta da experiência, de seus dilemas, riquezas e limites.

Na segunda fase ocorre a gravação do vídeo de uma sequência da atividade. Em seguida é feita a confrontação do trabalhador ao assistir o vídeo de sua atividade, na presença do pesquisador (Autoconfrontação Simples). Durante esse processo, o trabalhador pode pausar o vídeo, tecer comentários, dialogar consigo e com o pesquisador. Na adaptação ocorrida nesta pesquisa não houve filmagem do trabalhador em atividade, mas foi utilizada a gravação da IS, que ao ser exibida a ACS participante (que deu instruções a sócia - pesquisadora) disparou diálogos, controvérsias, acontecendo a Autoconfrontação Simples. Esta etapa também foi filmada com a finalidade de captar reações da ACS ao visualizar-se no vídeo; assim, expressões de surpresa, espanto, estranhamento foram registradas, como também, suas novas verbalizações e reentrada na ação ao explicar uma atividade anterior.

No método da Autoconfrontação Cruzada (AC), Clot (2010) recomenda que o mesmo trabalhador que passou pela Autoconfrontação Simples (AS), assista a mesma gravação, porém, agora na presença não apenas do pesquisador, mas de um trabalhador que apresente função similar à do trabalhador confrontado, e que já tenha se confrontado (CLOT, 2009). Desta forma, a possibilidade dialógica é ampliada através da interação dos trabalhadores com o próprio trabalho e com o trabalho do outro, que é seu par. O que contribui para o conhecimento e discussão do trabalho e das diferentes formas de agir de cada trabalhador.

Então, na terceira fase a confrontação é deslocada para o coletivo inicial de trabalhadores, para os pesquisadores e também para a comunidade científica ampliada (CLOT, 2010). Assim, nesta fase houve um encontro com todas as ACS novamente, em que cenas da filmagem exibida a ACS participante, foram apresentadas a todas ACS do grupo. A fim de facilitar as análises desta pesquisa, foi utilizado um gravador de voz para que as falas das participantes pudessem ser registradas. Para isso, foi pedido permissão as ACS para a

utilização de tal recurso e também foram entregues TCLE a todas que desejaram participar nesta pesquisa.

Antes da exibição do vídeo editado com cenas da IS foi explicado ao grupo que o objetivo do dispositivo imagético não seria a exposição da ACS participante, já que não havia respostas certas nem erradas, mas permiti-lo funcionar como um disparador para as confrontações e controvérsias de cada ACS consigo, com o próprio trabalho e com o trabalho do outro que também é seu par, através de estranhamentos, (re)conhecimentos na atividade realizada pelo par, discussões de conflitos e divergências, e construção de análises que possibilitem a transformação e o conhecimento do trabalho pelo próprio trabalhador junto com o pesquisador.

É importante destacar que a Autoconfrontação nesta pesquisa não ocorreu precisamente conforme Clot a desenvolveu. O coletivo de trabalhadores foi formado, mas não houve escolha de uma situação da atividade para ser gravada em vídeo, já que a gravação ocorreu a partir da adaptação da técnica “Instrução ao Sósia”. A autoconfrontação simples, ocorreu a partir do confronto da trabalhadora com a gravação da narração de sua atividade na presença da pesquisadora e a autoconfrontação cruzada, quando esta trabalhadora que participou da gravação do vídeo assistiu à edição da filmagem antes exibida, juntamente com suas colegas de trabalho.

Desta forma, ao assistirem à edição do vídeo, as agentes foram incitadas a falar da atividade, a questionar o modo como a ACS fazia o seu trabalho, a sugerir outros modos de se fazer; algumas se identificaram com as escolhas feitas pela ACS do vídeo, outras tomaram conhecimento de detalhes da atividade, que no dia-a-dia passam-se despercebidos pela rotina, cansaço, hábito. Essa terceira etapa proporcionou que as agentes se tornassem observadoras da própria atividade, e incitou diálogo, debates, transformações e análises da atividade, a partir da possibilidade de criar e recriar novas relações consigo, com o trabalho, com outras ACS e com o mundo.

Assim, o objetivo de utilizar a adaptação de tais métodos da clínica da atividade foi de possibilitar a atividade dialógica: “O que nos interessa no diálogo é seu

desenvolvimento ou seus impedimentos” (CLOT, 2010, p. 228). Pois, ao dialogar, o homem não fala de si ou de outros, todavia, fala consigo e com os outros. Assim, Clot utiliza algumas contribuições de Bakhtine no desenvolvimento do seu método.

Para Bakhtine, o nó da abordagem dialógica é constituído pelas relações entre o diálogo interior e exterior: “No diálogo, as réplicas de um sobrepõem-se às réplicas do diálogo interior do outro” (1970 a, p. 347). Nos diálogos apresentados por ele como exemplo, “chocam-se e discutem não duas vozes inteiras e monológicas, mas duas vozes dilaceradas” e “as réplicas abertas de uma respondem às réplicas ocultas da outra” (p. 350). Qualquer discórdia entre os sujeitos ou as dissonâncias entre suas vozes são também, simultaneamente, “interferência de duas vozes no interior de uma só” (p. 355). Com certeza, para Bakhtine, tais dissociações são, quase sempre, sutis. Elas não deixam senão vestígios fugitivos no enunciado; além disso, são identificáveis em um sujeito, “não propriamente nas palavras, mas nos silêncios que não se justificam pelo sentido de seu discurso, nas mudanças de tom inexplicáveis em relação à sua primeira voz, em um riso deslocado, etc.” (p. 354). (CLOT, 2010, p. 229).

Estas adaptações do método IS e Autoconfrontação possibilitaram a (re)descoberta da distância entre o trabalho prescrito – entre a inflação e ausência de normas – e o real da atividade com suas recriações, impedimentos e acontecimentos. Essa perspectiva técnica-metodológica contribuiu na construção e desenvolvimento de novos saberes da atividade dos agentes comunitários de saúde a partir do olhar do próprio trabalhador, o ACS, co-analisador.

## PARTE 4- OS ENCONTROS

### 4.1- Um (des)encontro com a saúde

*“De repente vejo uma moça vestida de branco num grupo predominantemente com camisas verdes e essa moça me diz: saúde é ausência de doença ”*

O relato acima, se refere a um encontro que fizemos com as agentes comunitárias de saúde do PSF de Nova Rosa da Penha II para discutir, pensar, dialogar com o conceito ‘saúde’. Mas então, o que é saúde? Do que se trata? Por que discuti-la?

As ACS, são popularmente conhecidas no bairro como “agentes de saúde”<sup>28</sup>. Trabalham com a prevenção de doenças, com a educação e promoção de saúde. O que seria promover saúde? O que compreendemos como saúde? Qual a concepção de saúde encarnada por essas trabalhadoras?

Durante a participação no projeto de extensão “Humaniza SUS”, observei que a palavra saúde fazia parte da rotina das ACS nas visitas domiciliares: *“fulano como está sua saúde? Tem feito exames? Está precisando de algum medicamento?”* Ao perceber que as mesmas perguntas se repetiam em todas as visitas, indaguei sobre elas e uma ACS me respondeu que faziam parte de um roteiro de perguntas que deveria ser seguido nas visitas.

Naquele momento pensei em como as perguntas eram direcionadas a uma saúde concebida apenas enquanto a manutenção de um corpo fisiológico, biológico, “sadio”; a uma saúde antítese da doença, que não considerava o indivíduo em sua totalidade - em seu contexto social, político, cultural, econômico e ambiental; a uma saúde descolada da história e das relações construídas e produzidas no viver.

---

<sup>28</sup> Essa diferenciação ocorre porque existem os agentes de combate às endemias. Tanto a atividade das ACS quanto dos “agentes da dengue” é regulamentada pela Lei 11.350/2006.



Retomo à roda de conversa com as ACS. O tema do encontro de hoje é “saúde – do que se trata?” Estamos com uma cartilha<sup>29</sup> da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. Ao colocar na roda a questão “O que é Saúde?” Uma ACS, até então, desconhecida por mim, responde que é a *ausência de doença*. Naquele momento, ao reparar sua roupa branca até pensei que fosse uma enfermeira ou técnica de enfermagem, pois as demais ACS estavam com a camisa verde do uniforme, mas quando ela se apresentou, soube que era uma agente.

A concepção de saúde como oposição a doença, como se a doença não fizesse parte da vida, estava colocada naquele discurso. A possibilidade de adoecer não fazia parte da saúde compreendida daquele modo. Falava-se de uma saúde que precisava ser protegida e tratada; de uma saúde estática; de um estado perfeito a ser atingido e mantido. Precisávamos produzir rachaduras; quebrar paradigmas engendrados num modelo de saúde que exclui a doença, a tristeza, a ansiedade, o desânimo, o estresse, quando afirma um estado “ideal” de saúde.

Entretanto, Canguilhem (2014) nos traz uma compreensão de saúde enquanto margem de tolerância às infidelidades do meio; de um meio em que os acontecimentos não são acasos, pois “sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história” (p.139). Logo, a vida é um debate com um meio em que há resistências, fugas, esquivamentos, vazios, em que sua infidelidade é a única certeza. Desta forma, este autor afirma a saúde como um conjunto de segurança no presente e seguros para precaver o futuro; como um guia que regula as possibilidades de reação às infidelidades do meio. Ser sadio, então, não é apenas adaptar-se ao meio e às suas exigências, mas ser normativo; ter capacidade de produzir/inventar novas normas de vida. “Estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico” (p. 140).

Porém, a doença incide quando a margem de tolerância às infidelidades do meio é reduzida; quando há uma redução da capacidade normativa do

---

<sup>29</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. **Programa de Formação em Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2012.

humano; quando a doença se manifesta e suas defesas são minimizadas, ou quando estas não se manifestam; quando a normatividade é reduzida ou impedida.

Não é tanto da doença propriamente dita que se cuida, mas sobretudo das doenças que podem sobreviver à primeira, pois há uma precipitação de doenças, mais do que uma complicação da doença. Cada doença reduz o poder de enfrentar as outras, gasta o seguro biológico inicial sem o qual não haveria nem mesmo vida (CANGUILHEM, 2014, p. 140,141).

Assim, a saúde não é analisada enquanto a ausência de doença, mas enquanto possibilidade de superar crises/enfermidades orgânicas diante de situações ameaçadoras; é poder instaurar/produzir uma nova ordem; de seguir novas normas de vida. O autor supracitado caracteriza a saúde como a capacidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, de criar novas normas em novas situações. Nesse sentido, “ser normal, não é ser adaptado, [...] é ser criativo” (CLOT, 2010, p.111).

O discurso médico que ecoa nas instituições de saúde produz modos de ser/viver/cuidar que valorizam a ‘conservação’ da saúde enquanto preservação do corpo que deve ser poupado, cuidado, habituado, limitado, regrado a ter hora e quantidade do que se deve comer; hora e quantidade de tempo para dormir; hora e frequência de se exercitar fisicamente, etc. Ao fazerem isso, desconsideram às infidelidades do meio: fugas, riscos, resistências, criação; vazios; além de, aspectos histórico-sócio-políticos e econômicos do indivíduo. Renunciar a capacidade normativa é limitar a vida a uma normalidade.

A concepção de saúde enquanto higienismo ainda está arraigada nas unidades de saúde, nos postos de trabalho, nas escolas e nos cursos de formação em saúde. Conforme afirma Clot (2013) “o higienismo tem como horizonte a erradicação da doença e não a promoção da saúde”.

Ao discutirmos os fatores que envolvem a saúde, as ACS relataram as dificuldades de promover saúde num bairro que não tem um sistema de água e de esgoto adequados; em que as condições de moradia são precárias; no qual não é possível comer de três em três horas - conforme os médicos orientam - devido a pobreza; no qual, os pacientes quando são encaminhados pela unidade para fazer algum exame, muitas vezes deixam de fazê-lo, por não

terem o dinheiro da passagem do ônibus; em que apenas uma unidade de saúde não comporta às demandas da região.

Ao considerar todos estes aspectos afirmamos que “a saúde não é produzida por um único ser, mas ela nasce em nossas relações, no modo como essas relações acontecem” (BRASIL, 2012, p.19). Desta forma, asseguramos a relação existente entre saúde com o ambiente onde vivemos; com os modos como nos relacionamos com os outros; nos modos como agimos e produzimos a vida.

Logo ouço outra ACS anunciando: “*saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*”. Ao perceber que outras ACS também comungavam dessa ideia, imaginei que em algum momento, ou em algum curso, elas devem ter ouvido essa definição, que não era exclusivamente delas, mas definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) numa conferência em Nova Iorque em 1946.

Existiria um estado completo de bem-estar físico, mental e social? A saúde é estática? Porque dissociar a saúde em partes - físico/psíquico/social- como se o ser humano fosse um corpo segmentado? Porque cuidar de cada parte separada se tudo compõe um único corpo no qual seus membros e órgãos não são independentes?

Essa visão da saúde fragmentada que desconsidera a integralidade do humano ainda persiste na atualidade. Apesar dos esforços do Ministério da Saúde em romper com o velho modelo hegemônico hospitalocêntrico e instituir um modelo de atenção integral à saúde, os cursos que formam os profissionais da saúde, dedicam a carga mínima de horas em aulas de saúde coletiva, além de manter a valorização dos especialismos; de uma concepção de saúde enquanto ausência de doença, e de tratar o humano de forma fragmentada/segmentada.

Afirmar a saúde enquanto um estado completo de bem-estar físico, mental e social, seria acreditar num estado perfeito de saúde; numa meta/busca constante a ser atingida, porém, inatingível. Dejours (1984), traz a fisiologia para afirmar que o organismo não se encontra num estado estático, pois estamos em constante movimento durante a vida: “se quisermos trabalhar pela

saúde deveremos deixar livres os movimentos do corpo, não os fixando de modo rígido ou estabelecido de uma vez por todas” (p.8).

Este autor, também afirma não existir um estado completo de bem-estar psíquico, pois seria normal viver e nunca sentir angústia? O que existe são fins, são desejos, portanto, “ter saúde é quando ter esperança é permitido” (p.10). Logo,

[...] compreende-se que, para o homem, a saúde seja um sentimento de segurança na vida, sentimento este que, por si mesmo, não se impõe nenhum limite. [...] A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais (CANGUILHEM, 2014, p. 142,143).

#### **4.2- Um encontro com a gestão do trabalho**

Em outro encontro com as ACS, decidimos continuar a discussão a partir da leitura da Cartilha do Humaniza SUS, e o tema discutido foi ‘trabalho e gestão’. Desta forma, o que é o trabalho? Como definir o trabalho? Dejours e Gernet (2011, p. 62) o caracterizam como a

Atividade coordenada executada por homens e mulheres que trabalham para prover o que não está previsto na organização do trabalho. Trabalhar significa se defrontar com prescrições, procedimentos, materiais ou instrumentos a serem manipulados; significa se defrontar com pessoas para acolher ou cuidar, porém trabalhar pressupõe também colaborar com uma hierarquia organizacional e com colegas, colegas que será preciso aprender a conhecer e com os quais será preciso poder interagir para atingir o objetivo de produção de um bem ou de um serviço.

Todo trabalho escapa ao previsível, ao prescrito, as regras, àquilo que é proposto, que antecede de certa forma para que ele ocorra. Desse modo, “trabalhar é vencer, é preencher o hiato entre o prescrito e o efetivo” (DEJOURS, 2012, p. 25). As regras ajudam a nortear o trabalho, apontam para como as tarefas devem ser realizadas, para uma organização do trabalho. No entanto, o trabalho real põe em xeque as prescrições a todo instante, pois no real da atividade há e sempre haverá algo que escapa ao prescrito, por mais que as regras sejam alteradas após a atividade, porque toda a atividade é e sempre será singular (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Assim, compreendemos que trabalhar não é simplesmente executar regras, normas ou ordens, mas é se deparar/confrontar com elas a todo instante; seja tentando cumpri-las, mesmo que, elas não sejam suficientes para dar todas as coordenadas da execução do trabalho; seja discordando e utilizando-as em parte naquilo que julgamos coerente aos nossos valores; seja adaptando-as e recriando ao nosso modo.

Nesse sentido, é possível verificar que planejamento e ação não se separam, apesar de no passado a proposta taylorista, através de uma Organização Científica do Trabalho, ter instituído essa separação, dividindo o trabalho entre aqueles que planejavam e os que executavam. Entretanto, ao analisar o trabalho, alguns pesquisadores perceberam que o trabalho realizado nunca coincide exatamente com o que foi planejado/prescrito. (BRASIL, 2012).

A prescrição subestima as variações e diferenças pessoais entre os sujeitos que realizam o trabalho, pois cada trabalhador, mesmo executando a mesma função, realiza o trabalho no seu ritmo, no seu tempo, com suas peculiaridades. Por isso, mesmo seguindo a mesma prescrição, dificilmente o trabalho realizado por diferentes sujeitos será executado do mesmo modo. A prescrição é importante para guiar/direcionar a atividade e como realiza-la, porém, não podemos reduzir a atividade somente às prescrições, pois a atividade abarca a gestão das normas, dos valores, da experiência do sujeito que a realiza.

Portanto, o trabalho abarca singularidades de cada trabalhador que, no desenvolvimento das suas atividades fazem uso de valores, normas, critérios, experiências, no qual, os conflitos, as paixões, as dúvidas, os gestos, também se fazem presentes. Assim, o trabalho não é a mera repetição/reprodução de prescrições e normas operacionais.

[...] trabalhar é sempre, de alguma forma, buscar re-conceber a tarefa para colocá-la a serviço de sua própria atividade ou da atividade que é partilhada com outros, usar de engenhosidade para torna-la um 'instrumento de sua singularidade (Clot e Litim, 2001). O trabalhador sempre acrescenta algo de seu, singular e coletivamente, ao trabalho realizado (OSÓRIO DA SILVA, 2007, p.82).

Retomamos à roda de conversa com as ACS, enquanto discutíamos a gestão dos processos de trabalho, uma questão foi colocada em discussão “*Trabalhar*

*sem pensar, é possível?* ” Algumas afirmaram que sim, que só executam, que cansaram de questionar, de exigir. “*É como a música toca que eu danço, não questiono mais*”, afirmou uma ACS. Entretanto, outra ACS discordou da fala anterior “*se fosse assim, a gente seria robô*”.

A partir da definição do trabalho, verificamos que, por mais dura e engessada que sejam as prescrições do trabalho, através de rígidas normas colocadas ao trabalhador, o trabalho é constituído pelo incessante diálogo entre normas antecedentes e a necessidade de atualizá-las, de modificá-las, de transformá-las criando novas formas de trabalhar.

Essas normas antecedentes são fundamentais para guiar a atividade dos trabalhadores, mas são modificadas diante das demandas e características do trabalho a ser desempenhado. A atividade de trabalho sempre ocorre nesse jogo entre as normas antecedentes e as renormalizações, suas modificações e atualizações constantes (BRASIL, 2012, p.27,28).

Desta forma, trabalhar implica fazer escolhas, gerir/negociar normas, valores, reinventar estratégias para que o trabalho aconteça. Assim, as ACS - mesmo sem perceber - fazem escolhas baseadas em critérios pessoais; fazem uso de si em função delas e do que é demandado a elas (uso de si por outros). Portanto, as ACS também são gestoras do próprio trabalho, ainda que não percebam a autonomia que possuem na gestão do trabalho. Mais importante do que discutir o que elas fazem, é discutir como fazem essa gestão; como realizam a atividade.

Entretanto, essa gestão não é algo simples. Pois, se o trabalhador é obrigado a fazer o que não deseja e não dispõe de condições e instrumentos de trabalho adequados para realizar a atividade; quando as relações estabelecidas no ambiente de trabalho oprimem a possibilidade de invenção, o que se experimenta é uma amputação do poder de agir<sup>30</sup>; sensações de impotência, sofrimento e desprazer no trabalho são vivenciadas (BRASIL, 2012).

Consoante, Dejours (2012) afirma que o trabalho pode ser fonte de alienação, de sofrimento - quando o trabalho não produz sentido para o sujeito - mas também pode ser fonte de emancipação – meio de subversão da dominação

---

<sup>30</sup> Poder de agir - ampliar raio de ação. Conceito utilizado por Clot. Sobre este conceito ler “Trabalho e Poder de Agir, 2009, p.118,119.

social. Pois, todo o trabalho é político, seja na sua relação individual ou cooperativa.

Relações opressivas de subordinação no trabalho e delegação de tarefas que não correspondem ao trabalho do ACS foram evidenciados neste encontro. Uma ACS relatou: *“fui obrigada pela coordenadora da unidade de saúde a entregar a requisição de um exame na casa de um usuário no meu dia de folga, mesmo não sendo da minha área de cobertura, só porque eu era a ACS que morava mais perto do usuário”*. A partir da fala desta ACS, surgiu uma discussão - entregar ou não, exames, requisições e medicamentos na casa dos usuários?

Compreendemos que a entrega de requisições, exames e medicamentos não faz parte do que é prescrito para o trabalho dos ACS. Porém, na unidade em que foi realizada a pesquisa, essa norma foi criada para facilitar os usuários, ampliando ainda mais o leque de atividades das agentes que tiveram mais uma tarefa a fazer. Entretanto, este trabalho é questionado por algumas ACS que não concordam com essa norma interna, pois isso não está em conformidade com o que está proposto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Outras ACS não se importam em cumprir com essa prescrição que beneficia o usuário, desde que, isso não atrapalhe o desenvolvimento de outras atividades.

Porém, as ACS afirmaram que a chegada de uma nova enfermeira na ESF pôs fim a essa norma criada pela coordenação da unidade que, para muitas ACS, era uma sobrecarga de trabalho. As agentes declararam que esta enfermeira colocou *“as coisas em ordem”*; disseram que ela esclareceu que não era tarefa das ACS marcarem consultas e entregarem exames, requisições e medicamentos.

É possível verificar através do exemplo supracitado e de artigos que discutem o trabalho do ACS, que muitas normas, além das que já são prescritas pela PNAB, são criadas para corresponderem, ou *“tapar buracos”* de demandas da unidade; seja pela falta de profissionais (auxiliar administrativo, técnico em farmácia, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório odontológico, auxiliar de serviços gerais, etc.); ou para suprir as necessidades dos usuários. Desta forma, as ACS extrapolam as tarefas prescritas, para atender expectativas/

“inflação de normas” que não correspondem às normas antecedentes do seu trabalho.

Ao discutirem modos/gestão do trabalho as ACS também destacaram não serem as únicas profissionais que tem sua função desviada para outras atividades. Disseram que até ao vigilante da unidade é delegado a responsabilidade de cozinhar; e a auxiliar de serviços gerais que trabalha na limpeza da unidade também colabora no serviço da recepção. Ao trazerem exemplos de desvios de função como estes, as ACS perceberam não serem as únicas a realizarem atividades que não competem à suas funções, além de considerarem isso normal: *“pra nós isso é normal, em outras unidades isso não é normal; a nossa unidade é mista mesmo; é misturou tudo”*, versa uma ACS.

Demandas administrativas também são delegadas as ACS - ligar para pacientes, ajudar na marcação de especialidades. Toda vez que precisa de ajuda em algum setor da unidade as ACS são chamadas para ajudar. Uma ACS alegou que fazer atividades administrativas não prejudica o trabalho delas e justificou esse tipo de trabalho como *‘simples’*, fácil; afirmou ser uma coisa em que elas podem ajudar. Entretanto, outra ACS discordou: *“isso se torna um serviço bagunçado”*.

Ao perceberem que realizam atividades que extrapolam às suas funções, as ACS mais antigas na profissão demonstraram ter conhecimento dos seus direitos e deveres no trabalho, apesar de às vezes assumirem serviços que não são pertinentes as suas obrigações.

*A gente sabe quais são nossos direitos; a partir do momento que eu não quiser ir, eu não sou obrigada, se eu falar não vou, eles não podem me mandar embora por isso; às vezes a gente faz pra não ficar mal, porque to ali, to de bobeira, não tem nada na minha área hoje; a partir do momento que isso passa a ser visto como obrigação; o dia que isso for mostrado como obrigação da gente isso não dá certo (ACS).*

A fala da ACS supracitada retrata escolhas que são feitas no desenvolvimento da atividade; gestões de normas, saberes, valores e critérios que influenciam na decisão de modos de agir/fazer/desenvolver a atividade. “Usos de si por si” e “usos de si pelos outros” são incitados nos embates que a atividade proporciona, visando garantir, ainda que, parcialmente, o recentramento do



meio em favor de si. Todavia, essas escolhas também contemplam uma dimensão coletiva -“às vezes a gente faz pra não ficar mal”- que atravessa a atividade.

Assim, existem demandas da unidade que são concebidas como obrigação das agentes, apesar de não fazerem parte das normas prescritas na PNAB, como por exemplo, a entrega da especialidade.

*A especialidade eles encaram ali como obrigação mesmo; se liga um paciente da sua área, você tem que levar, isso é encarado lá como uma obrigação”. Mas isso é uma norma que foi criada dentro da unidade. Mas se for parar pra pensar em todos os pacientes da unidade que estão ali esperando suas consultas, isso eu não acho que a gente tem a obrigação (ACS).*

Desse modo, novas prescrições são criadas pela coordenação da unidade para o trabalho das ACS. Entretanto, apesar de serem ‘obrigadas’ a cumprir com a norma, às agentes questionam, indagam e discordam das atribuições à que são impostas. O que nos leva a compreender que na gestão do trabalho, há um confronto entre àquilo que se espera e àquilo que, de fato, é realizado. A atividade, portanto, emerge nesses conflitos, nesse debate de normas, e compreende nuances, sutilizas, embates; é àquilo que não se faz, mesmo esperando que se faça; mas também é o que se faz, sem querer fazê-la. Nesse sentido, SCHWARTZ e DURRIVE (2007, p. 60) ao falarem sobre a subordinação dos trabalhadores aos fundamentos do contrato de trabalho afirma que “os trabalhadores são obrigados a aceitar e são intimados com frequência a se adaptarem”.

Ao discutirem sobre a marcação da especialidade, uma ACS afirmou que as agentes fazem porque gostam, porque querem ajudar no serviço da unidade, porque podem um dia vir a precisar da ajuda de algum outro trabalhador da equipe. No entanto, outra ACS afirmou “*não é sempre que a gente faz pela vontade não; às vezes a gente faz, mas faz reclamando*”.

Desta forma, a atividade de trabalho acontece de modo singular para cada trabalhadora, de acordo com suas concepções, valores, experiências, histórias; e isso é levado em consideração nos critérios de decisão/gestão da atividade,

ainda que por vezes isso ocorre de modo ínfimo, no menor detalhe, sem passar por escolhas conscientes.

As agentes mais antigas declararam fazer tarefas outras - que não são pertinentes ao seu trabalho - não como uma obrigação, mas para ajudar; afirmaram que fazem a partir do momento que têm vontade. Porém, uma ACS disse que, quando é procurada por algum paciente da sua área de adscrição para fazer a marcação de exames, ela encara isso como uma obrigação dela; do seu trabalho, então, isso deixa de ser um trabalho realizado pela vontade e se torna uma obrigação.

Nesse sentido, percebe-se que, quando a norma vem da unidade de saúde, elas escolhem fazer ou não, há uma questão no desenvolvimento da atividade que passa pela vontade, pela decisão de ajudar ou não, o colega de trabalho que delega a tarefa; isso porque elas sabem que não é obrigação delas de acordo com a PNAB. Porém, quando o pedido vem dos usuários para atender uma necessidade deles, por serem ACS daqueles usuários, essas agentes enxergam isso como uma obrigação pertinente a elas, de atender essa demanda.

Desta forma, a atividade convoca o trabalhador a um debate de normas, a uma dramática dos usos de si “por si” e “pelos outros” que atravessam a atividade de trabalho, assim, essa gestão dramática é compreendida por escolhas nem sempre individuais, pois conforme afirmam SCHWARTZ e DURRIVE (2007, p.194) “No fundo, o trabalho é uma realidade profundamente coletiva. E ao mesmo tempo profundamente individual, visto que é profundamente singular”. Às escolhas remetem às relações com os outros, com modos de vida que se deseja estabelecer.

E por existirem essas duas polaridades (usos de si “por si” e “pelos outros”) que SCHWARTZ e DURRIVE (2007) afirmam que todo trabalho é problemático e frágil. Há sempre um uso de si pelos outros que perpassa a atividade de trabalho, a qual esta, é um universo engendrado por todos os tipos de normas que remetem relações diversas - de subordinação, de poder, de desigualdade, etc. As escolhas, por mais ínfimas que sejam, acontecem dentro desta dramática entre valores e normas pessoais, históricas, culturais, técnicas,

organizacionais, hierárquicas.... Nesse sentido, esses autores declaram (2007, p.196,197)

Quando nós dizemos que cada um tenta viver-se como centro de um meio, com todas as reservas necessárias, isso significa que se entra em um meio em que as imposições são muito fortes. Não se faz o que se quer – muito longe disso, e cada um de nós sabe bem disso.

Assim, é possível verificar a relação entre critérios e valores engendrados numa mesma tarefa que é a marcação de exames; àquela prescrição que num determinado contexto é visto como possibilidade de ajudar, em outra situação é encarada como uma obrigação. Entretanto, outra ACS discorda da naturalização desses desvios de função, encarado muitas vezes pelas ACS como filantropia, oportunidade de ajudar, para ser ajudado.

*Eu entendo que um deve ajudar o outro, mas se fosse um serviço organizado não precisava de estar desviando da sua função, eu vou lá faço o serviço da faxineira, ela faz o meu, eu faço o da recepção, né? Se fosse um serviço mais organizado não precisaria tá fazendo isso.*

Ao discutirem sobre o atendimento prestado pela unidade à comunidade, disseram não existir humanização no SUS, principalmente na unidade em que trabalham. Destacaram isso, pelo fato de - mesmo realizando um bom trabalho na comunidade - quando os usuários chegam na unidade, na maior parte das vezes recebem um mau tratamento na recepção, o que despotencializa o trabalho das ACS: todo trabalho feito na comunidade, de prevenção, promoção da saúde, educação em saúde; as divulgações dos serviços ofertados pela unidade, bem como as campanhas, são colocadas em questão devido ao tratamento ruim que os usuários recebem ao chegar na unidade; isso repercute nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS, que acabam escutando e acolhendo reclamações do mau funcionamento e tratamento recebido na unidade; isso quando o mau atendimento na recepção não fecha a porta para a realização das visitas domiciliares feita pelas agentes.

Vale ressaltar aqui duas questões. A primeira se refere a Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e gestão do SUS que não se resume a prestação de um serviço humano e digno aos usuários, mas que

[...] considera que os sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005). O HumanizaSUS aposta que é possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com os usuários para produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade. Aposta na criação coletiva de saídas e na atuação em rede (BRASIL, 2010, p.43).

A segunda questão remete ao trabalho das ACS que está relacionado diretamente com o trabalho em saúde desenvolvido por todos os trabalhadores da unidade, desde o auxiliar administrativo que recepciona os usuários, até o médico que realiza o atendimento. Todas as queixas ocorridas neste processo, recai sob os ouvidos do ACS. Lopes et. al. (2012) apontam como situações geradoras de sofrimento no trabalho do ACS, às deficiências existentes nos serviços de saúde, bem como à dificuldade em trabalhar de forma integrada aos demais membros da equipe de saúde: *“a unidade básica de saúde não atende e eles (os usuários) vêm pra cima da gente exigir o atendimento e a gente não pode fazer nada”*<sup>31</sup>.

#### **4.3 – Assinatura do ponto: prescrição ou punição?**

Neste terceiro encontro continuamos a discussão da gestão do trabalho, agora dialogando com as normas para o trabalho do ACS propostas pelo Ministério da Saúde, através da PNAB (2012). No início dessa roda de conversa, assuntos relacionados ao desvio de função/sobrecarga de trabalho, voltaram a ser colocados na roda – uma ACS disse que nas datas comemorativas e em campanhas realizadas na unidade - como o outubro rosa, novembro azul, natal, dia internacional da mulher; são atribuídas as agentes de saúde à responsabilidade pela ambientação da unidade, e na maioria das vezes, o gasto com materiais para a decoração sai do bolso delas.

Ao verbalizarem sobre essas tarefas extras, as agentes disseram que a coordenação da unidade cria novas prescrições para o trabalho delas, além daquelas à que estão submetidas pelo governo federal e pela prefeitura, e o não cumprimento de algumas dessas normas instituídas pela unidade pode

---

<sup>31</sup> Relato de uma ACS descrita na pesquisa de Lopes et.al. (2012).

gerar punições. Entre as punições informadas estão o 'corte' do pagamento do dia de trabalho; tratamento esquisito/diferenciado pela equipe de trabalho da unidade; até a obrigação de ter que assinar o ponto<sup>32</sup> de presença de manhã, no almoço e a tarde é utilizada enquanto punição. As falas das ACS a seguir evidenciam esta situação.

*Quando tem agente de saúde que não quer levar exame, a gente escuta 'é tão precisando de uma liçãozinha', entendeu?*

*Qualquer coisa eles fazem isso aí, eles acham isso uma ameaça, quem quer ir lá na unidade no lugar que tá agora três vezes ao dia?*

(ACS se referindo a assinatura do ponto)

Como a maior parte do tempo de trabalho as ACS estão fora da unidade realizando visitas domiciliares (VD's), o ponto é assinado de manhã - quando as agentes chegam na unidade - e o ponto de saída é assinado na manhã do dia seguinte para as agentes não precisarem retornar à unidade, já que esta, está provisoriamente num lugar mais distante. Entretanto, quando as ACS não cumprem uma norma que é proposta pela coordenação da unidade, a obrigação da assinatura do ponto nos horários prescritos (chegada, almoço e saída) é colocada enquanto situação de ameaça, pois sabem que é inviável para as agentes retornar à unidade para assinar o ponto, quando elas, muitas vezes, estão próximas das suas residências realizando as VD's.

*[...] a gente deveria assinar ponto quando está dentro do ambiente, né gente? Toda pessoa que entende o que é um ponto, se entende que a gente só assina quando a gente trabalha no ambiente, quando não, tem alguma coisa pra gente assinar no ambiente de trabalho pro supervisor vim e saber que a gente tá assinando aquilo, só que eles esquecem dessa regra; acho que eles fugiram a essa regra, entendeu? Então tem coisa que eles fogem da regra e pensa que a gente não sabe (ACS).*

Essa flexibilidade de poder assinar apenas o ponto da chegada e da saída, pela manhã, foi acordada entre as agentes com a coordenação da unidade. Porém, quando as ACS não cumprem com as tarefas prescritas pela unidade como a entrega de exames, por exemplo, a assinatura do ponto que é algo

---

<sup>32</sup> Folha de ponto no Apêndice J.

obrigatório/norma - passa a ser uma punição - uma ameaça às ACS para que elas cumpram com aquilo que a unidade propõe.

*Isso é o certo pra quem tá dentro do ambiente de trabalho, você concorda Renata? Por exemplo, o médico vai assinar seu ponto, o enfermeiro também, mas quem trabalha fora vai assinar outro horário ou vão dar mais flexibilidade pra ele pra assinar depois no outro dia.*

*Sabe porque hoje a gente acha que isso tá errado? Porque a gente nunca teve isso aqui, apesar de ser o certo.*

(Diálogo entre ACS).

Nesse último relato é possível verificar que as ACS percebem que a norma de assinar o ponto é flexibilizada diante da distância que elas têm que andar para assinar. Percebem que o ‘correto da norma’ – que é assinar o ponto nos horários reais de chegada e saída – é utilizado como uma ameaça pela unidade, apesar de ser o correto, o prescrito. A unidade faz uso da prescrição para ameaçar as agentes a cumprirem com o que ela determina; caso isso não aconteça, a punição é seguir a norma conforme ela está prescrita.

Porém, as agentes não concordam com essa postura da coordenação da unidade. Uma agente até questionou a assinatura do ponto várias vezes ao dia como um impedimento à produtividade do trabalho delas: *“como tem produção se a gente perde tempo, indo o tempo todo, assinando?”* No entanto, outra ACS indaga: *“Mas se não fizer isso, como vão provar que a gente tá trabalhando?”* Então, a ACS responde à questão da comprovação do cumprimento do dia de trabalho como algo que se evidencia para além da simples assinatura do ponto - *“não existe questão de provar, provar não é só a folha de assinatura, provar é a área não reclamando, provar é um bem-estar na comunidade; você pode muito bem ir pra casa e depois assinar”*.

Ao discutir sobre a questão da assinatura do ponto, as agentes lembraram que antigamente o cumprimento da norma – assinar o ponto nos horários de chegada e saída – já foi cumprido. Todavia, além de ser algo trabalhoso - retornar à unidade diversas vezes ao dia para registrar o ponto - acontecia de no final da tarde às ACS se depararem com a unidade fechada, antes do horário prescrito para o encerramento das atividades. Diante do medo de ‘cortar o ponto’ (salário daquele dia de trabalho) às ACS disseram que já

cansaram de pular a cerca da unidade, ou de passar por debaixo dos ferros para entrar e assinar o ponto.

*Como eles adoram dar furo, então sair da unidade às quatro e meia também não tá certo, mas eles saíam, então quando a gente vinha no horário de cinco horas, então não tinha ninguém; então eles estavam acabando se prejudicando: 'vou ter que ficar até cinco esperando elas'; eles exigem, mas eles também não seguram as pontas porque eles quer sair cedo, então como é que a gente vem assinar e tá fechado o portão ali? (ACS).*

A partir da fala desta ACS, pode-se inferir que ao flexibilizarem a norma da assinatura do ponto - deixando as agentes assinarem no outro dia – isso pode ter ocorrido, não apenas pensando na dificuldade das ACS de retornarem à unidade, mas em função da própria unidade não cumprir seu horário de funcionamento, encerrando as atividades mais cedo. Desta forma, as ACS questionam às exigências que unidade faz para que elas sigam às prescrições do trabalho, porém, a própria unidade não cumpre com o seu horário de funcionamento.

A assinatura do ponto, então, se torna uma dúvida entre as agentes: é ou não uma norma? Não se trata de ser uma norma instituída pelo Ministério da Saúde, mas de uma norma local; cada unidade tem seu horário de funcionamento que é definido no âmbito municipal e local, pela coordenação da unidade. Porém, o que as agentes questionam é como essa norma é colocada para elas no trabalho:

*Tem unidade de saúde que isso é lei, não tem que brigar, não é punição; a hora de assinar o ponto tem que ir lá.*

*Como a gente não sabe se isso é lei, se é verdadeiro, toda vez que eles vêm com essa ameaça a gente acha que isso é punição, mas na verdade não é punição, é uma lei que devia ser cumprida, mas como nunca foi cumprida, não deu certo e ficou por isso mesmo, mas qualquer coisinha... É uma coisa que é lei, é certo, que tá dentro do processo de trabalho e não acontece, e ainda vira ameaça.*

(Conversa entre ACS)

Interessante a análise que a agente de saúde faz sobre a assinatura de ponto “é uma coisa que é lei, é certo, que tá dentro do processo de trabalho e não acontece, e ainda vira ameaça”. A frase desta ACS retrata a situação

vivenciada pelas agentes de saúde de Nova Rosa da Penha que trabalham na ESF. Assinar o ponto, nada mais é do que uma norma criada para que a unidade consiga provar à prefeitura que os trabalhadores estão em seus postos de trabalho. Entretanto, a unidade utiliza dessa norma que não é cumprida fielmente, para fazer ameaça às agentes em cumprirem com aquilo que ela determina, caso contrário, as agentes são obrigadas a assinarem o ponto conforme determina a prescrição; nada além do que realizar o que é 'certo'; o que está predeterminado.

Dejours (2012) ao pesquisar a ação das organizações de trabalho (OT) sobre o indivíduo, sobre os coletivos de trabalho, anuncia a existência de OT que se mostram prejudiciais à saúde do trabalhador, que fingem favorecer uma democracia, mas suas ações demonstram aniquilar a emancipação de forma sutil, pelo medo e pela 'gratificação'. Assim também acontece com as ACS ao sentirem-se coagidas a cumprir com o que é determinado pela unidade, ainda que, algumas tarefas não sejam coerentes à sua função (marcação de consultas, entrega de exames). Se não cumprir com aquilo que é determinado pela coordenação da UBS, elas são ameaçadas de cortes salariais.

Ao perguntar as ACS se conheciam as prescrições do próprio trabalho estabelecidas pelo MS através da PNAB, elas disseram que na unidade a prescrição, não só para o trabalho delas, mas de toda equipe da ESF ficava colada na parede do lado de fora da sala do enfermeiro, até que este retirou as folhas e colou em sua sala. Disseram que isso aconteceu na época em que "o agente de saúde tinha que fazer tudo".

*Ah o meu agente não veio aqui, manda ele passar lá em casa eu preciso marcar exame pras minhas crianças; do jeito que os moradores falavam lá na recepção eles anotavam e passavam; só que a gente sabia que tinham coisas que não era nossa obrigação, então a gente fez um cartaz e colocou do lado de fora da sala para saberem que tinham reclamações da população que não era nossa obrigação. (ACS).*

A fala da ACS acima, denuncia o desconhecimento de suas funções tanto por parte da comunidade, que vai até a unidade exigir serviços que não cabem ao ACS fazer, quanto pela recepção da unidade, ao anotarem essas demandas e encaminharem as agentes. A ideia de fazer um cartaz e colar num lugar acessível a todos, foi uma estratégia utilizada pelas ACS para que, tanto a



população quanto os trabalhadores da unidade soubessem quais são suas atribuições. Nesse sentido, trabalhar é confrontar a inteligência humana às incertezas do presente (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

#### **4.4. A Microárea prescrita versus a Macroárea real**

Ao fazermos a leitura da primeira atribuição específica do ACS segundo a PNAB (BRASIL, 2012, p. 48) - *“Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea”* - as agentes disseram que ainda existem microáreas descobertas por não haver equipe da ESF suficiente para atender a demanda territorial. Desta forma, as ACS atuam não apenas na sua área de adscrição, mas também auxiliam as áreas descobertas; além de atenderem a demanda de sua área, acabam acolhendo demandas de outras áreas.

*Às vezes a gente vai pra outra microárea que não é nossa porque pedem pra gente levar alguma coisa; então aquele paciente acaba achando que a gente é daquela microárea e começa a se abrir, só que até a gente explicar que não tem agente eu fico com dó, com vergonha, mas eu falo ‘ó eu não sou sua agente’, depois que ela desabafa, fala tudo, ‘eu só vim aqui trazer o exame que a senhora perdeu’ (ACS).*

Outra ACS demonstra ter conhecimento dessa norma e declara *“o certo é trabalhar estritamente com a nossa microárea, mas a gente não trabalha por causa das áreas descobertas”*. Nesse sentido, ao atenderem aos pedidos da comunidade e da própria unidade para fazer algum serviço numa área que não é de sua responsabilidade, as ACS acabam assumindo demandas extras àquelas que estão prescritas; *“tampam buracos”* de áreas onde não tem equipes da ESF para atender - fazem o trabalho de duas agentes, sem com isso, ter aumento salarial. Se sobrecarregam para atender sua área e as áreas descobertas.

Para isso estabelecem uma parceria - quando uma ACS não pode fazer a visita na sua área, outra ACS realiza a visita na área da colega de trabalho para ajudá-la; tanto que elas acabam conhecendo os usuários de áreas que não são pertinentes às suas. Desse modo, as ACS criam estratégias para conseguir atender suas áreas de adscrição e outras áreas descobertas, quando são

solicitadas. Por mais que pareça simples essa substituição, já que a tarefa é a mesma – realizar VD's – um novo arranjo de visitas é reconfigurado, com um novo itinerário, com novos usuários e demandas. Nesse sentido, SCHWARTZ e DURRIVE (2007) afirmam que o trabalho é infinitamente mais complicado do que podemos imaginar devido sua variabilidade, ainda que a situação pareça monótona ou idêntica; nem os próprios trabalhadores se dão conta disso.

Portanto, trabalhar é gerir variabilidades! Não estava prescrito que as ACS deveriam assumir outras microáreas além das suas, entretanto, o real do trabalho convoca rearranjos no modo de trabalhar, fazendo com que as agentes se mobilizem para dar conta das demandas que são impostas (tanto pela unidade que cobra quanto pelos usuários que solicitam); substituindo umas às outras elas produzem renormatizações - transgridem, inventam novas normas e formas, para lidar com a imprevisibilidade do trabalho.

#### **4.5. “Fichas prescritas, caderno real”**

Passamos agora para a análise da segunda prescrição - “*Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados*” (BRASIL, 2012, p.48) - as ACS disseram que a renovação do cadastro deve ser feita mensalmente, porém, como a prefeitura não tem enviado o material para isso (as fichas), elas atrasaram a renovação. Nesse sentido é possível perceber que, ao passo que a prefeitura cobra das ACS esses dados, ela não fornece subsídios/recursos materiais para que as agentes possam cumprir com o que é prescrito/exigido.

Sobre o ofício - preencher as fichas - as agentes de saúde informaram que fazem a lápis porque pode acontecer modificações que precisarão ser reescritas como, por exemplo, um usuário mudar de residência; o nascimento de um novo integrante na família. Enquanto uma ACS explicava sobre o preenchimento das fichas de cadastro e renovação, algumas ACS reclamavam da falta de ficha A<sup>33</sup> para fazer novos cadastros. No entanto, um grupo de

---

<sup>33</sup> Em anexo modelo no Apêndice B.

agentes disseram que as fichas tinham chegado na unidade, porém havia uma equipe que estava desinformada.

É importante lembrar que esta pesquisa foi realizada com ACS de duas equipes do PSF e apenas uma, possuía enfermeiro. A outra equipe tinha apenas agentes comunitários de saúde. O enfermeiro então, tinha que se ‘desdobrar’ para orientar as duas equipes, por esse motivo, as ACS desta equipe estavam desinformadas sobre a chegada das fichas na unidade; o que evidencia também a falta de um diálogo diário sobre o trabalho entre as agentes de ambas equipes.

Ao pedir para ver a ficha A, nenhuma ACS tinha disponível na bolsa de trabalho. Elas disseram que não têm o hábito de andar com essas fichas por causa do peso, já que são muitas. Uma ACS declarou de forma cômica “*eu tenho que atualizar minha bolsa, quanto mais a ficha A*”. Outra, justificou a falta de atualização das fichas “*não adianta atualizar porque ninguém leva*” (para a prefeitura). Outra ACS logo explicou:

*O certo é levar sempre essa ficha, agora a gente vai ensinar o errado, eu acho mais fácil do que a ficha a gente levar o caderno; a gente leva pra não andar com a pasta, com o peso; entendeu? É até mais trabalhoso depois passar a informação do caderno pra ficha, só que a gente prefere porque é um único material, é mais fácil; a gente também deixa uma folha pra escrever o que a família tá precisando, entendeu? Isso quando a equipe está completa que dá pra fazer alguma coisa, mas as duas equipes da unidade estão incompletas.*

Interessante a distinção que a ACS faz entre ‘certo’ enquanto ‘trabalho prescrito’ versus ‘errado’ como ‘trabalho real’. Ao perceberem que carregar diversas fichas durante o dia seria desconfortável por causa do peso da pasta, as agentes criaram uma forma de substituir as fichas por um único caderno, no qual, todas as informações que elas precisam estariam num único lugar.

Desse modo, as ACS inventaram um meio de organizar as informações necessárias dos usuários de maneira mais eficiente e prática do que as fichas. Tal criação, não faz parte de nenhum manual de trabalho das ACS, mas elas utilizaram àquilo que Dejours denomina de “inteligência artilosa” - do corpo, da experiência, de mobilização psíquica ao confrontar com os dilemas do real do

trabalho – a partir desta experiência, modos de se fazer podem ser consolidados.

Assim, não apenas as ACS de nova Rosa da Penha adotaram o caderno enquanto ferramenta de substituição da ficha A durante as VD, mas as ACS de Porto Alegre citadas na pesquisa de Roosli & Athayde (2011) também tiveram a mesma ideia da criação de cadernos diante da ineficiência das fichas prescritas ao desenvolverem a atividade.

Ainda sobre a atualização das fichas, as ACS disseram que o certo é atualizar uma vez por mês, mas a unidade envia a atualização à secretaria uma vez por ano. Quem assumia a responsabilidade de levar era o enfermeiro da ESF, porém agora ninguém leva e nem a secretaria pede. Nesse sentido, as agentes demonstraram ter conhecimento do que deveria ser feito e de como, na realidade da situação de trabalho, as coisas acontecem.

*Agora você vai me perguntar, porque a gente tem o caderno? Porque eles somem com a ficha da gente; a gente tem que ficar numerando porque depois eles somem com a ficha da gente e a gente perde a numeração (ACS).*

Na declaração acima percebemos outra função que o caderno assume além de diminuir o peso e reunir as informações dos usuários num único lugar: as fichas quando eram levadas à prefeitura, na maioria das vezes, não voltavam para unidade e às que voltavam, vinham incompletas, pois sumiam na prefeitura e as agentes ficavam sem àquelas informações. Então, o caderno também foi utilizado como estratégia para preservar as informações dos usuários em caso de perda das fichas.

A criação do caderno também foi uma tática interessante para o cadastro de novos usuários, pois conforme foi descrito, não é sempre que a prefeitura disponibiliza material (Ficha A). E por não terem sempre disponíveis as fichas, as ACS perdiam a oportunidade de fazer o cadastro de novos usuários. As agentes informaram que o caderno é mais prático até para anotar as alterações dos usuários, visto que, no caderno são descritos os prontuários, a ordem dos usuários de suas respectivas microáreas, o registro das doenças, enfim, é mais organizado e completo. Sobre o preenchimento do caderno, cada ACS realiza do seu jeito, tem aquelas que preferem anotar por ruas, outras por prontuários.

Desta forma, ainda que a utilização do caderno se tornou uma ferramenta de trabalho deste coletivo de trabalhadoras, cada ACS organiza o caderno do seu modo, da sua maneira, o que faz ascender às singularidades de cada ACS no desenvolvimento da atividade, pois o gênero depende das estilizações, da variabilidade. Mas, o que compreendemos por gênero?

O gênero é, de algum modo, a parte subtendida da atividade, o que os trabalhadores de determinado meio conhecem e observam, esperam e reconhecem, apreciam ou temem; o que lhes é comum, reunindo-os sob condições reais de vida; o que sabem que devem fazer, graças a uma comunidade de avaliações pressupostas, sem que seja necessário re-especificar a tarefa a cada vez que ela se apresenta. É como uma “senha” conhecida apenas por aqueles que pertencem ao mesmo horizonte social e profissional (CLOT, 2009, p. 121,122).

Enquanto que o gênero é o meio para a ação, o estilo mantém o gênero em funcionamento, transformando-o e desenvolvendo-o. Os estilos são o retrabalho do gênero em ação. “É esse processo de metamorfose dos gêneros, promovidos à categoria de objeto da atividade e recebendo novas atribuições e funções para agir que conserva a vitalidade e a plasticidade do gênero” (CLOT, 2009, p. 126).

Ao organizar o caderno cada ACS mobiliza entre si e o gênero coletivo, performances, nuances próprias, singularidades. Assim, é possível verificar através do uso do caderno nas VD's, traços próprios das ACS, estilizações, que para CLOT, se define como “uma metamorfose do gênero em curso de ação” (2009, p.127).

Além dos ‘benefícios’ da utilização do caderno, as ACS justificaram o porquê da não utilização da ficha A - o trabalho de ter que carregar várias fichas soltas; o risco de perder alguma no caminho; as perguntas que deveriam ser feitas, mas que ninguém realiza: *“quais os meios de transporte mais utiliza: ônibus; caminhão; carro; carroça; ou outros? Que meios de comunicação mais utiliza: rádio; televisão; outros?”*.

Perguntas relacionadas a situação da moradia e saneamento, sobre a utilização dos meios de comunicação e de transportes; e acerca da participação de grupos comunitários, às ACS disseram que são inviáveis de se fazer: *“ninguém faz essas perguntas não”*, afirmou uma ACS. O fato de não perguntar está relacionado a dois fatores: algumas perguntas elas julgam como

“ridículas” e não têm coragem de fazer; ou por já conhecerem a rotina dos usuários consideram desnecessário questionar - “ *tem coisa aí que nem precisa perguntar porque a gente já sabe; igual o lixo fica na beirada da rua, então é coletado*” (ACS).

Sobre a situação da moradia e saneamento, existem perguntas relacionadas ao tipo de casa, acerca do destino do lixo, sobre o abastecimento de água, do destino das fezes e urina, sobre o tratamento da água no domicílio e até sobre energia elétrica. Às vezes, as ACS se poupam de fazer algumas perguntas porque observando já conseguem obter respostas. Entretanto, uma ACS descreveu uma situação que passou numa das visitas domiciliares para cadastrar uma família:

*A nossa enfermeira sabe o que ela falou pra fazer mesmo, aí eu disse ‘ah M<sup>34</sup> dá não, cara!’; ela queria que eu observasse a conta de luz, porque se tivesse gambiarra era pra falar que era perigoso para a família; o povo não pagava nem a conta de luz; a M. falava ‘essa casa não está adequada na limpeza, fala pra pessoa limpar a casa’, eu jamais vou falar isso.*

Mesmo recebendo ordens da enfermeira para interferir nos modos de vida e costumes da população, essa ACS faz usos de si ‘por si’ ao considerar seus valores, opiniões, experiências e ‘pelos outros’, ao ponderar normas e valores compartilhados, delegados; empreende escolhas, ressingularizando o meio e criando outras normas para si, para deixar de fazer àquilo que foi delegado. O não fazer, o não cumprir, também se caracteriza enquanto real da atividade - àquilo que não se fez; àquilo que se deixou de fazer – portanto, conforme VYGOSTSKI (2003) já dizia “o homem está pleno, em cada minuto, de possibilidades não realizadas. Desse modo, o comportamento é sempre o ‘sistema de reações vencedoras’” (CLOT, 2009, p.103).

Nesse sentido, não cumprir com o que foi determinado pela enfermeira faz parte do real da atividade, e o comportamento de não fazer, faz parte do sistema de reações que venceram para impedir que a ACS fizesse o que lhe fora ordenado. Nesse embate, ocorreu a gestão de normas e valores, entendendo-se que “gestão não é apenas a organização do processo de

---

<sup>34</sup> M. foi utilizado para preservar o nome da enfermeira.

trabalho, mas é o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem” (BENEVIDES; BARROS, 2007, p. 62).

Portanto, ao expor sua opinião em não concordar com àquilo que a enfermeira lhe ordenara, outras ACS colocaram na roda suas opiniões:

*Isso vai da cultura da pessoa, tem gente que não liga, deixa a casa bagunçada.*

*Na nossa visão aquilo ali tá sujo, mas pra eles que estão acostumados em viver naquele tipo de 'porcaria' não se importa; eu não acho que aquilo seja prejudicial, na verdade.*

Respeitar o usuário - seus costumes, seus modos de viver, sem interferir com práticas arbitrárias produtoras de dominação e “verdades” sobre o mundo - parte de um posicionamento ético-estético-político. Ético, enquanto exercício crítico constante de interrogar práticas de dominação; de produção de verdades. Nesse sentido, Rodrigues e Tedesco (2009) afirmam que

[...] quando a orientação é ética a subjetivação<sup>35</sup> não passa pela adequação a uma norma ou lei preestabelecidas. Passará por uma problematização de si que permite agir não apenas em função da exigência da lei, mas em função do tipo de relação consigo que pode estabelecer em suas ações (p. 84).

Desta forma, essas ACS não se adequaram em cumprir com normas e leis dadas, mas permitiram-se refletir/questionar/problematizar acerca delas. Ao interrogarem sobre esses preceitos morais e a sua utilização, assumiram também uma postura estética que afirma “ a criação de novas formas para viver [...] em que nossos modos de agir são como obras a serem meticulosamente construídas em sua singularidade” (RODRIGUES; TEDESCO, 2009, p. 81). A estética, então, é compreendida como a relação inventiva diante das normas, leis e prescrições. Assumiram também um posicionamento político, visto que, “toda escolha é política porque estamos sempre em meio a interesses, necessidades, desejos, saberes e poderes que constituem modos de ver o mundo e modos de nele existir” (BENEVIDES; BARROS, 2007, p. 62).

---

<sup>35</sup> Subjetivação compreendida como “[...] o processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, que evidentemente não passa de uma das possibilidades dadas de uma organização da consciência de si” (FOUCAULT, 1984d, p.262 apud RODRIGUES; TEDESCO, 2009, p.82).

#### 4.6. “É melhor para você...”

Em contrapartida, outras ACS disseram que tem situações em que elas precisam falar com os moradores quando as condições do ambiente apresentam risco de doença aos usuários.

*Tem uma moradora que ao entrar na casa dela tava um cheiro de podre, cheiro de podre, cheiro de podre; chego na cozinha a pia lotada, quarto, sala e banheiro bagunçado, pra passar eu tinha que pular pelas coisas, aí eu pensei, ‘como é que eu faço pra falar com ela?’ Aí ela disse que foi dormir e a barata comeu a boca dela; aí eu pensei ‘agora eu vou ter que falar’ eu disse que isso aconteceu porque a casa dela estava cheio de entulho, que ela precisava desapegar um pouco das coisas porque isso estava te prejudicando. Outro dia ela disse ‘você não vai acreditar quando chegar na minha casa, eu desapeguei de tudo aquilo ali’. (ACS).*

Nas situações em que as ACS se veem “obrigadas” a falar, disseram que tem que ter cuidado para falar - “*a gente tem que ter jeito para falar*”- disse uma ACS. Há uma preocupação e cuidado da parte delas para não deixar nenhum usuário “chateado”. Outra ACS afirmou que não deixa de falar - “*eu falo devagar, com calma, mas falo*”.

Entretanto, disseram que nem tudo o que elas falam é acatado pelos usuários.

*ACS 1: “Tem um senhor com asma, deitado numa caminha na sala com o piso igual esse aqui, né, cheio de gato, cachorro, na área até dela”.*

*ACS 2: “Eu me afoguei com o pé no xixi do cachorro”.*

*ACS1: “ O pé dela lotou de xixi lá, cheio de cocô de cachorro, gato, tudo misturado; o senhor com asma, tossindo, quase morrendo; a gente já falou e ele lá...”.*

Outra ACS trouxe um exemplo para evidenciar que não adiantou nada ela ter falado e insistido diversas vezes para a família parar de fumar.

*Vou dar um exemplo de uma situação que aconteceu. A família, o pai deu AVC, a mãe era diabética até amputou os dedos; o pai antes do AVC fumava igual uma caipora, fumava, fumava, fumava. Mesmo depois do primeiro AVC continuou fumando, aí eu cheguei e falei ‘fulano você tem que parar de fumar porque isso prejudica, você já num deu AVC’. Aí foi quando deu o segundo AVC que parou de fumar, mas a filha que*



*ficava pra ajudar os pais que são idosos, fumava igual uma caipora em cima do véio, aí eu falei 'fulano, isso tá prejudicando o seu pai, sua mãe e você mesma, porque se seu pai é hipertenso, você também é, porque isso é genético, você também é hipertensa, eu falei com ela 'você não tá tomando a medicação? Para de fumar, isso tá te prejudicando' ela fumava demais, era mais de três carteiras de cigarro por dia, ela fumava, não era pouca coisa não, era muita coisa; aí ela continuou fumando. Veio a óbito o pai, morreu a mãe, e ela trabalhando deu um ataque fulminante e morreu. Mas todo dia eu falava a mesma coisa, resumindo, todo mundo morreu. Uma menina jovem da minha idade, mas foi avisado; o marido dela hoje deve pensar 'quantas vezes a N.<sup>36</sup> entrou dentro da minha casa e falou 'gente pelo amor de Deus para de fumar', quantas vezes, não foi uma só não; porque ela era minha amiga, então eu poderia falar isso, poderia puxar mais, falar mais, brigar, então ela eu puxava mesmo, entendeu? Mas não adiantou.*

Através deste relato percebemos que quando as relações entre as agentes e os usuários são mais próximas - relações de amizade ou parentesco - as ACS se sentem mais à vontade para falar e agem de modo mais incisivo “*você não pode; isso te prejudica*”. Ditam normas que nem sempre são obedecidas: “*Orientar, nós orientamos, mas também eles não estão nem aí, porque muitas vezes não vai ser resolvido, e quando vai pra ser resolvido não acha, né?*” .

Ao discutirem sobre a limpeza das casas disseram que isso não está associado a condição econômica dos usuários, mas aos hábitos e costumes dos moradores - “*mas também você entra em casas que é isso aqui, um barraquinho, não tem nada, mas é impecável, o que tem é limpo, aí você pensa, a gente pode comer nesse chão, de tão limpo*” (ACS).

As ACS, também discutiram sobre as dificuldades do serviço na saúde - sobre os impedimentos, as deficiências, a falta de uma equipe completa - enquanto impossibilidades de ação; de solucionar os problemas dos usuários.

*No nosso caso Renata, nós não temos uma equipe completa pra tá resolvendo o problema da pessoa, às vezes precisa de uma assistente social, né? Um psicólogo, a visita de um médico, um enfermeiro, tá incompleta. Como é que você vai resolver também o problema das pessoas? Eles não têm medo da gente, chega uma assistente social lá e....*

Outra ACS interrompe: “*mas eles não têm que ter medo da gente não!*”

---

<sup>36</sup> Inicial da ACS para preservar sua identificação.

Enquanto as ACS dialogavam sobre a falta de profissionais da saúde e da baixa oferta de serviços na unidade enquanto impedimentos para solucionar os problemas dos usuários; uma agente coloca a *“falta de medo dos usuários diante das ACS”* como um fator impeditivo para solucionar os problemas de saúde da comunidade, o que revela uma prática baseada na imposição do poder, do medo, da coerção; como se o problema da não resolutividade dos serviços de saúde adviessem da não obediência da comunidade às ACS. Logo, outra ACS coloca a descontinuidade nos serviços de saúde enquanto questão problemática.

ACS 1: *“O negócio é que tem seis anos que a gente acompanha e sempre é assim, chega uma etapa do percurso da pessoa que para, até sai do agente, vai para o enfermeiro, o médico e quando chega na especialidade para, na cirurgia, para, num tem? Não completa esse circuito que a gente apresentou”.*

Interrompe ACS 2: *“Isso porque eles preferem morrer”.*

ACS 1: *“Porque eu não sei falar o porquê agora, então chega uma certa etapa, para, não consegue concluir”.*

ACS3: *“Então morre”.*

Se tomarmos a frase da ACS *“porque eles preferem morrer”* como uma questão de escolha, de vontade; estaremos negando a existência da ineficiência dos serviços de saúde e afirmando a morte enquanto escolha individual.

Assim, àqueles usuários que não conseguem ter acesso aos serviços da atenção secundária e terciária (exames, cirurgias, internações), serviços estes, de alto custo financeiro, ficam *“à espera”* da morte, pois não lhe restam outra alternativa a não ser, deixar morrer, e a morte então, passa a ser uma responsabilidade individual, da qual se isenta o Estado.

Nesse sentido, faz-se necessário questionar, desnaturalizar práticas e discursos que estão engendrados, até mesmo, no cotidiano de trabalho de algumas ACS: práticas coercitivas, invasivas, dominadoras e de controle sobre os usuários, sobre a comunidade; que de forma ‘camuflada’, são produzidas nos discursos das ACS: *“não pode fazer isso”*; *“é melhor para você fazer assim”*; *“isso faz mal”*; ainda que essas trabalhadoras façam na melhor das intenções, sem perceber a interferência e o controle que versam.

#### 4.7. “A comunidade também cobra”

Diante da falta de uma equipe de saúde completa, de recursos materiais escassos, de uma interrupção nos encaminhamentos para os demais níveis de complexidade (secundário e terciário) do sistema de saúde; as ACS ficam frustradas por não poder ajudar, assim veem a limitação do seu trabalho.

*Igual ontem, eu ouvi uma história tão triste de uma mulher que está com problema no coração e pode morrer a qualquer hora, eu disse assim ‘dona M. a única coisa que eu posso fazer é te dar um abraço, e ela tá muito tranquila, assim’.*

*Você fez ela chorar horrores – interrompeu outra ACS.*

*Não, na frente dela não, eu fiquei segura, perguntei se ela estava bem – disse a ACS anterior.*

Ao passo que, as ACS sofrem ao ver a limitação do próprio trabalho na saúde - das impossibilidades de ação quando a situação foge da sua área de atuação - também sofrem com as cobranças impostas pelas famílias dos usuários doentes e pela comunidade ao exigir soluções que não dependem apenas delas.

*Nesse caso aí da mulher que tá com o coração fraco, mas eu também olho o outro lado, o da família; a família, as vezes eles acham que o agente de saúde é obrigado a fazer as coisas, que a gente tem que fazer tudo e não é bem assim, sabe o porquê? Eu passei um problemão com meu pai, meu pai faleceu, não passei meu problema pra ninguém, queria ajuda, pedir ao enfermeiro porque não tinha médico pra fazer visita que é obrigação deles, mas em nenhum momento coloquei a minha obrigação pra A.<sup>37</sup>, mas eles têm isso; as pessoas acham que a obrigação da família deles é do agente de saúde – ‘então eu quero que você faz, inclusive, se pegar e levar pra mim, tá bom, entendeu?’- O psicológico da gente fica abalado, o meu então, sempre fica, porque parece que eu faço parte da família e pego os problemas tudo pra mim e eu não quero mais isso pra mim, cada um resolve o seu problema, eu to ali pra dar uma contribuição, e não pra resolver o problema de ninguém, entendeu? Eles confundem muito as coisas. (ACS).*

Ao relatar essa situação, outras ACS também concordaram e se identificaram com a fala desta agente de saúde - “eles já chegam assim ‘ eu tô doente e

---

<sup>37</sup> ACS responsável pela microárea do pai dela.

*você não apareceu! ’ ”. Desse modo, a comunidade faz cobranças que extrapolam os deveres do ACS no exercício de suas atribuições.*

*Porque eu acho que a gente que tem que correr pra resolver o problema da gente; eu to aqui pra contribuir, pra ajudar no que for possível, mas eu não sou obrigada; igual aconteceu de uma pessoa falar que a gente não fez nada pela mãe dela e agora ela tá internada, mas a gente fez sim, levamos o enfermeiro na casa dela, levamos o médico, foi solicitado os exames, só que eles não correram atrás dos exames; eles que não fizeram nada pela mãe deles, então não cobrem de mim que eu tenho que fazer isso; eu fiz a minha obrigação de levar o médico e o enfermeiro na casa dela, ainda fiz a gentileza de marcar os exames. Agora a mulher não tá bem e ela veio jogar piadinha pra cima da gente. Eu pensei, não vou ficar com a consciência pesada caso ela venha a óbito, porque eu fiz o que eu pude, mas eles confundem, quer jogar responsabilidade pra cima da gente. (ACS).*

Ao tomar conhecimento de que a comunidade exige muito mais do que o que está prescrito para o trabalho delas, as ACS criam estratégias, fazem ‘usos de si’ para se isentar do sentimento de “culpa” e da responsabilidade à que são delegadas por funções que não são pertinentes as suas atividades. Entretanto, isso não quer dizer que não sofrem, mas fazem uso de estratégias, de mecanismos de defesa a fim de se isentarem de um possível sofrimento, frente a uma possibilidade – a morte – “*eu pensei, não vou ficar com a consciência pesada caso ela venha a óbito, porque eu fiz o que eu pude*” (ACS).

#### **4.8. A indisponibilidade dos serviços e de trabalhadores**

Passamos agora para análise da terceira atribuição específica do ACS conforme a PNAB (BRASIL, 2012, p. 49): “*Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis*”. Porém, logo ouço uma ACS: “*nenhum, nunca tem nada disponível*”. As agentes de saúde informaram que quando tem serviços disponíveis, orientam. No entanto, com a falta de enfermeiro, de técnico de enfermagem, de agentes de saúde e de médicos, conseqüentemente, faltam serviços se não houver trabalhadores.

Conforme já foi esclarecido, a Unidade de Saúde de Nova Rosa da Penha é mista porque tem especialidades e duas equipes de PSF: a equipe cinco e a

equipe onze. À primeira equipe estava quase<sup>38</sup> completa quando esta pesquisa foi realizada: tinha agentes de saúde, médico, enfermeiro e dentista. E a equipe onze só tinha ACS – *“nossa equipe que é PSF, hoje é PACS<sup>39</sup>, hoje não tem nada; só tem agente de saúde”* – esclarece uma ACS. A falta de uma equipe de saúde completa é um entrave na resolutividade dos serviços de saúde, pois a demanda de atendimentos no bairro é muito grande.

*A gente tá precisando de favor da unidade, quando eles querem fazer um favor pra gente, a gente faz alguma coisa pra população, quando não dá, não dá, a gente fala assim ‘vou tentar’, mas eu nunca falo não pra população, porque falar não é muito cruel, eu não gosto; e nesse vou tentar a gente fica semanas, entendeu? (ACS).*

Em relação a quarta prescrição para o trabalho do ACS *“Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea”* segundo a PNAB (2012, p. 49), as agentes disseram que quando a equipe está completa é possível realizar essas atividades, *“quando não tá a gente faz só o básico, faz as visitas, vê os problemas e tenta resolver”*, afirmou uma ACS. Desta forma, fazer só o *“básico”*, significa realizar as VD’s e identificar os problemas dos usuários para tentar resolvê-los. Todavia, existem imprevistos que incidem sobre o trabalho planejado que faz com que as ACS mobilizem estratégias para atender às demandas que o real da atividade apresenta:

*Às vezes a gente programa assim, amanhã a gente vão fazer visita na casa de tal, tal, tal, mas assim, a gente chega na unidade e o médico faltou, o enfermeiro não veio, tem alguma reunião e aí a gente teve que entregar exame, mudar a rotina.*

*Acontece muito isso, a gente chega na unidade pra assinar o ponto e já tem planejado as casas para fazer as visitas e o paciente liga pra unidade precisando de visita e o enfermeiro manda ir na casa de fulano de tal que está precisando.*

(Relato de duas ACS).

Portanto, verifica-se através das falas acima a existência daquilo que os ergonomistas no passado afirmaram - a existência de uma distância entre

---

<sup>38</sup> Faltavam ACS para completar a equipe.

<sup>39</sup> Não podemos afirmar nem que é PACS, pois não há enfermeiro.

trabalho prescrito e trabalho real” - e àquilo que SCHWARTZ e DURRIVE (2007) denominaram como uma das proposições ergológicas: o conteúdo desta distância é sempre ressingularizado. E ao ressingularizar, as ACS realizam uma gestão de normas que implica ‘usos de si’ – de seus recursos, seus valores, suas escolhas, em função deles próprios e daquilo que os outros lhe demandam – fazem uso de estratégias que são convocadas num real, sempre, imprevisível.

Nesse sentido, “o trabalhador faz uso de si, na medida em que o trabalho não é somente execução, o que em seu dizer seria ‘invivível’. O trabalhador faz escolhas, pois são as consignas das prescrições insuficientes” (Benevides; Barros, 2007, p.68).

Desta forma, as ACS lidam com a insuficiência das prescrições que não orientam claramente as suas atribuições e lidam com a falta de condições para o trabalho: equipe incompleta, indisponibilidade de materiais e serviços, falta de infraestrutura da unidade, falta de investimentos em educação permanente e instáveis formas de contratação.

Ao analisar a quinta atribuição específica das ACS conforme a PNAB (2012, p. 49):

Acompanhar, por meio da visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês

As ACS disseram que na equipe de PSF que está quase completa, as visitas são programadas junto com o enfermeiro. Informaram que existem usuários que necessitam de mais de uma visita no mês, como por exemplo, acamados, gestantes, crianças e idosos, porém, isso é mais difícil de fazer com a equipe incompleta - “*quando a gente tinha a técnica isso acontecia melhor, mas agora a gente não tem*”, sinaliza uma ACS.

#### 4.8. Heteronomia ou ausência de protagonismo?

Passamos para a sexta atribuição do trabalho das ACS: “*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*” (BRASIL, 2012, p.49). As ACS informaram que já fizeram muitas ações, porém, agora é raro. Informaram que no início do ano fizeram uma programação com idosos, já fizeram outubro rosa e também um evento no dia internacional da mulher. Todavia, uma agente esclareceu:

*Deixando bem claro que isso é ação da prefeitura que vem pra nós praticar, fazer. Mas ações nossas, isso a gente não faz, da necessidade da população, um montão de coisa antes a gente fazia, e hoje não faz porque a gente não tá com enfermeiro, então a gente não trabalha dessa maneira mais; era muito gostoso, muito bom, mas hoje a gente não tem; a gente tem ações vindo da prefeitura pra nós fazer.*

Ao esclarecer que essas ações realizadas não partem da iniciativa delas, as agentes revelaram a dependência que têm, de ter um enfermeiro na equipe para organizar e incentivar o desenvolvimento desse trabalho. Outras ACS então informaram:

*Nós fizemos uma ação sobre o câncer de mama na igreja da agente ‘A’, mas a iniciativa partiu da igreja e nós viemos fazer a palestra.*

*Teve uma outra ação de saúde bucal que partiu da dentista e a gente ajudou, sentamos, programamos, tivemos a ideia de fazer um teatro para as crianças na creche.*

Apesar dessas ações não partirem da iniciativa própria das ACS, estas demonstram disponibilidade e vontade de ajudar na organização, quando são chamadas a participarem. Entretanto, falta iniciativa para desenvolverem trabalhos de demanda espontânea, já que elas conhecem melhor a comunidade e suas necessidades do que os demais trabalhadores da equipe de saúde da unidade – estão sempre esperando a iniciativa vir de alguém: do enfermeiro, da dentista, da igreja.

*Quando a gente estava com a enfermeira, organizamos uma estratégia perfeita de atender aqui [na igreja]<sup>40</sup> alguns pacientes porque o pessoal daqui, tem que ir lá pra cima, a unidade é longe; aí na outra semana ligaram de lá dizendo que a enfermeira ia ser remanejada; a gente com toda expectativa de trabalho e eles vem e desmontam. Aí a gente até conversa com ela pelo 'zap zap' e ela disse 'gente, aqui a unidade de saúde é perfeita, eu só queria vocês como minhas agentes'; porque a gente tem disposição, mas não tem um líder que nos represente, que corra atrás, não temos, então a gente fica parada, sem conseguir fazer o que a gente quer fazer; e ela era essa pessoa, ela era de cobrar e ao mesmo tempo nos ajudar, de nos colocar pra cima, mas ela foi tirada de nós sem a gente nem imaginar (ACS).*

#### **4.9. Algumas atividades desenvolvidas**

Ao lerem a sétima e oitava prescrição da PNAB (2012):

Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos e de vigilância a saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras tantas, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e estar em contato com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. (BRASIL, 2012, p. 49, 50).

As agentes disseram que realizam ações de promoção a saúde e de prevenção de doenças: *“a gente promove saúde também olhando o cartão de vacina pra prevenir doenças; da dengue a gente orienta até porque se o vizinho não cuidar do quintal ele também me coloca em risco”*. O fato das agentes residirem na área que trabalham, contribui na prevenção e controle de focos de doenças como a dengue, que colocam não apenas a comunidade em risco, assim como as próprias ACS. Entretanto, o controle da dengue não é uma

---

<sup>40</sup> Devido à falta de espaço na unidade de saúde, todas as etapas desta pesquisa ocorreram numa igreja que fica ao lado da construção da nova unidade de saúde. É importante ressaltar que outras ações da unidade ocorrem no espaço da igreja, já que a unidade está provisoriamente num local pequeno enquanto a construção da nova USF não fica pronta.



atividade específica das agentes de saúde, pois existem os agentes de endemias que são responsáveis, exclusivamente, no combate à dengue.

Acerca do programa Bolsa-Família, as ACS orientam na pesagem e medição das crianças, e isso ocorre semestralmente. Disseram que existe uma pesagem especial em que é necessário vir toda a família, senão esta perde o benefício. Entretanto, elas realizam outra pesagem mensalmente, que é referente ao SISVAM<sup>41</sup>, mas informam à comunidade que faz parte do programa bolsa-família - “ *na verdade, o que a gente pesa todo mês não é o bolsa família, é o SISVAN, mas eles não podem saber que é o SISVAN, senão eles não vêm pesar, então a gente fala que é o bolsa família*”. Assim, para conseguir realizar a pesagem do SISVAN, as agentes fazem uso de ‘artimanhas’- mantêm a informação de que é um procedimento do bolsa família, pois conhecem a comunidade e sabem que se não for em função do bolsa-família, os usuários não comparecerão a pesagem.

Ao indagar sobre o que significa “SISVAN”, as agentes informaram não saber o significado da sigla. Uma ACS esclareceu

*É pra ver como tá a população, a saúde da população, eu sei que é alguma coisa assim, se tá de baixo peso as crianças; como que tá os adulto, a base é essa, é pra ver como tá a população como um todo; mas a verdade é que a gente só pesa as crianças, não pesa adulto não.*

Desse modo, foi possível identificar que as agentes realizam tarefas sem ter clareza/conhecimento para que servem, como o SISVAN, em que apenas uma agente soube explicar sua finalidade.

Ao falarem das parcerias com outros serviços públicos na região, disseram que já se reuniram com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que apesar de fazerem planos, estes não saíram do papel.

*O CRAS até fez uma reunião que eu participei, falaram que ia ter uma parceria boa com a gente pra orientar, para falar do SUS, pra gente está orientando nas casas porque tem muito adolescente mexendo com droga, com coisa errada, pra gente tá orientando a mãe, só que é isso que eu falo, tudo fica só no papel, já tem mais de três*

---

<sup>41</sup> Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional, do Ministério da Saúde.

*meses que a gente teve reunião e a gente não teve resposta; a gente não vê ação da população, tudo fica no querer, mas fazer ninguém faz (ACS).*

Assim, percebemos que não existe um trabalho em rede nessa região. Os trabalhadores dos diversos serviços não estabelecem diálogo: a unidade de saúde não dialoga com o pronto-atendimento, assim como o PACS de Nova Rosa da Penha I - apesar de referenciar seus usuários para a unidade em Nova Rosa da Penha II - não dialoga com as ACS da ESF; o CRAS fica isolado dos serviços de saúde e não tem conhecimento sobre os serviços oferecidos na unidade. Portanto, não há interação nem conhecimento entre os serviços da região, conforme é possível evidenciar na fala desta ACS - *“eu acho que a gente não interage direto no CRAS, porque as pessoas que vem aqui, o CRAS encaminha, mas eles não passam direito a informação pra gente”*.

Por isso, faz-se necessário a construção de processos que viabilizem a interação entre os diversos serviços e entre as diferentes redes, não apenas da saúde, mas da assistência, da educação, visando a integração, não apenas entre serviços e trabalhadores, mas também, da comunidade. Quando não existe comunicação e parceria entre os serviços, o usuário tem que se deslocar diversas vezes para conseguir uma informação.

*Eles [o CRAS] entendem que tudo é o agente de saúde, não sabem orientar, não sabem esclarecer.*

*Às vezes a pessoa chega aqui dizendo que bloquearam seu benefício, a gente encaminha ao CRAS e depois eles retornam dizendo que o CRAS não soube explicar porque bloquearam; o que eles vão fazer depois disso então? .*

*(Relato de duas ACS).*

Assim, é preciso a construção de uma rede transversal, pois esta

[...] se produz pelos entrelaçamentos entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território – ou seja, a rede heterogênea – é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes. (BRASIL /MS, 2010, p.9).

#### **4.10. Um (des)encontro com as prescrições: entre vazios de normas e inflações**

*“ É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima” (BRASIL, 2012, p. 50).*

Ao ler isso, as agentes interrogaram: *“fora isso que outra atividade a gente pode desenvolver, fora isso tudo? ”*; *“a gente pode estar fazendo isso quando? No sábado? Durante a semana? À noite? A gente sabe que não é assim, tem que ser um dia de serviço meu”*.

Além de todas as atribuições específicas para o trabalho das ACS, ao final destas na PNAB, ainda encontramos o trecho descrito acima que possibilita as agentes exercerem outras atividades, desde de que, pertinentes às prescrições discutidas neste capítulo. Ao lerem isso, as agentes ficaram espantadas *“fora isso tudo? ”* E até questionaram em que horário poderiam fazer essas atividades *“extras”*.

O esclarecimento feito pelo Ministério da Saúde, ao finalizar as prescrições de trabalho para o ACS, dá abertura a possibilidade de desenvolver um “mundo” tarefas, além daquelas “obrigatórias” descritas anteriormente. Entretanto, as normas apresentadas não são suficientes para balizar o trabalho do ACS na ESF, pois são genéricas, vazias; e não indicam como os agentes devem desenvolver tais atividades; não orientam a prática de trabalho do ACS. Diante da defasagem entre trabalho prescrito e trabalho real, existem lacunas, àquilo que Schwartz denomina de ‘vazios de normas’; normas que não orientam o trabalho e conseqüentemente, incitam a produção de novas normas.

Desta forma, as agentes informaram que as normas descritas na PNAB não são suficientes para orientar o trabalho delas, principalmente das ACS novas que entram na equipe. Disseram também, que essas agentes aprendem o trabalho na rua, na prática, com as agentes mais antigas e com o enfermeiro, se ele as orientar. Nesse sentido, a aprendizagem do trabalho, a forma(ação) do ACS acontece no desenvolvimento do trabalho, no ‘fazer’, ao ser ACS; assim, o trabalho possibilita a produção de saberes.

Uma agente até comentou “*as normas orientam e não orientam nosso trabalho*”. Nesse sentido, percebemos o quanto as prescrições são vazias, pois, ao passo que indicam o que o ACS deve fazer, não esclarecem como o trabalho deve ser realizado, não explicam como fazer. Assim, ao tentar cumprir com aquilo que está prescrito, as agentes criam normas internas e renormatizam as normas existentes – a criação do caderno em substituição das fichas de cadastro é um exemplo – “*isso também é devido a falha deles de sumir com a ficha da gente, então a gente tem que criar outras formas e estratégias para não perder o trabalho feito*”, explica uma ACS.

Portanto, ao perceberem que fazem uso de estratégias, que criam meios/formas/normas de trabalho diante de condições de trabalho, até mesmo precárias e adversas, uma ACS pontuou - “*viu como ninguém é robô?* ” - retomando à discussão do segundo encontro sobre a gestão do trabalho, reafirmando que o trabalho não é a mera execução de uma tarefa, mas envolve a gestão de valores, normas e critérios. Sendo assim, o planejamento, a execução e a gestão da atividade não se separam, pois, o trabalho é criação e usos de si, é invenção de si e de mundos (BENEVIDES; BARROS, 2007).

Desta forma, por mais que existam normas que devem ser cumpridas, as agentes disseram que ninguém consegue cumprir plenamente com o que é determinado porque faltam materiais, faltam trabalhadores na equipe, além dos imprevistos que acontecem. Disseram que precisam conhecer a rotina dos moradores para planejar as visitas domiciliares; precisam conhecer as necessidades de cada um, até mesmo para saber que material deve levar para a área em caso de acamados e pessoas que necessitam de curativos.

A falta de recursos, de trabalhadores na equipe e de materiais, é algo que escapa do planejamento de trabalho das agentes e que não está previsto nas prescrições. Todavia, as ACS conseguem lidar com esses escapes, com as faltas e obstáculos recriando formas de trabalhar que não estão em nenhum manual ou curso de capacitação.

Entretanto, afirmaram que “*capacitação nunca é demais*”. Nesse sentido, uma ACS expôs temas que se interessa em aprender, o que provocou o diálogo

entre as agentes, se o aprendizado de alguns procedimentos era pertinente ou não ao trabalho do ACS.

ACS 1: *“Uma coisa que eu sempre senti falta, tive vontade de aprender é sobre primeiros socorros, tipo, se alguém cair ali você não sabe o que fazer; chama o SAMU e fica esperando, ou até sobre a higienização de um curativo.”*

ACS 2: *“Acho que sobre o curativo já não te cabe, aí a gente vai querer se meter lá no paciente, já tem o técnico, né?”*

ACS 1: *“Mas tem gente que faz o próprio curativo em casa, então seria interessante a gente saber orientar, igual, quando eu tive bebê meu seio abriu, deu mastite, fez um buraco, e eu não tinha noção do que era um curativo, de como deixar limpo, e eu fiquei em casa, eu mesmo limpava; e ficou tipo verde e eu achava que era cicatrização e quando eu conversei com a técnica ela disse que toda aquela carne tinha que sair; então essas coisas o paciente mostra, te pergunta e a gente não sabe como orientar, ou alguma coisa que o acamado quer mostrar e a gente não tem noção; não pra gente fazer, mas pra gente orientar; às vezes o paciente tá com uma ferida lá que pode infeccionar”.*

ACS 3: *“Ou então a pessoa passar um devido produto que pode piorar o machucado”.*

ACS 1: *“A gente não pode cuidar do paciente – fazer, mas a gente pode estar levando o enfermeiro para estar orientando a família, para a família fazer; pergunta as meninas se elas sabem se a ferida está boa ou ruim; vocês sabem meninas, identificar uma ferida boa de uma ruim? Não sabem, você tá vendo a capacitação como falta? Porque eu sei diferenciar, eu aprendi com a enfermeira e cuidei de uma senhora que teve uma amputação do pé e não sabia nem o que fazer; eu fui com a cara e a coragem e aprendi a fazer o curativo; a enfermeira deu algumas orientações; eu cuidei dela seis meses e cicatrizou o pé dela; porque minha enfermeira confiou em mim. Então vai do ser humano, querer fazer, querer ajudar, ela era uma amiga; mas eu também fui pela pessoa na unidade”.*

O aprendizado de alguns procedimentos é interessante para que as agentes possam orientar os pacientes - como no caso de emergência poder orientar as famílias sobre os primeiros socorros; no caso de pacientes acamados e com feridas, orientar sobre a higienização - porém, esse aprendizado não precisa ser técnico/operacional, no sentido de fazer, de substituir o técnico de enfermagem ou o enfermeiro, mas dar subsídio para que os usuários possam intervir até a chegada de outro trabalhador da equipe de saúde.

Na situação descrita acima, a agente de saúde chegou a fazer um serviço que não era pertinente ao dela – fazer curativo. No entanto, fez por vontade própria,

por querer ajudar a paciente e a enfermeira que estava sobrecarregada. Logo, outra ACS verbaliza:

*Aferir pressão e saber fazer um curativo deveria ser uma função nossa; não de assumir sempre essa responsabilidade, mas pra saber orientar. Eu sei do que eu sei, porque a enfermeira me ensinava, não pra eu exercer aquilo na área, mas pra mim poder está instruída naquilo ali. Igual aquela menina que chegou agora na área [nova ACS], ela não sabia o que era puérpera, ela me perguntou o que era puérpera; aí chega alguém na área dela e diz que fez uma cirurgia, que está com alguma debilidade e pergunta como está e ela não sabe responder; ela não vai saber.*

Nesse sentido, as agentes, ora assumem responsabilidades que não são coerentes as normas do seu trabalho, ora reafirmam a importância de ter conhecimentos específicos para saberem orientar os usuários. Porém, se as ACS passassem por uma capacitação sobre aferir pressão e fazer curativo, teria a necessidade do técnico de enfermagem continuar exercendo essas tarefas? Seria uma 'obrigação' a mais que as agentes assumiriam, além de todas outras que já executam.

Entretanto, uma ACS defende seu ponto de vista sobre a necessidade de aprenderem sobre o curativo:

*Eu vou mais no básico, por exemplo: chegou pra pedir curativo; como é seu curativo? Porque tem que perguntar como é o curativo? Pra mim saber o tanto de material que eu vou entregar a ela [paciente]; tem umas [pacientes] que não sabem; ele é curativo limpo ou curativo sujo? Pra saber, porque, o limpo ele é pouco, não precisa quase de nada; o outro é porque tem escara e precisa de limpar, então tem gente que não sabe, entendeu?; o agente de saúde tem que saber porque ele vai liberar a quantidade, senão ele vai dar dois pacotinhos de gaze pra um curativo que usa muito mais de dois.*

Nesse sentido, a capacitação seria importante, não para habilitar as ACS a fazerem um curativo, mas para orientar o paciente na execução deste. Assim, a agente justifica - *“porque as vezes o paciente chega e diz, porque me deram só dois pacotinhos de gaze, num curativo que usa muito mais de dois”*.

Ao falarem do curativo, informaram sobre a importância de fornecerem gaze esterilizada para o paciente. Entretanto, na unidade a gaze é esterilizada e a luva de manuseio para o curativo, não - *“eu não sabia que tinha a luva esterilizada e a que vem pra gente não é esterilizada?”*; *“a que chega hoje pra*

*gente na unidade não é esterilizada”; “então não adianta nada num curativo eu dar a gaze esterilizado e a luva não” (Diálogo entre três ACS).*

Algumas agentes, principalmente as mais novas no serviço, demonstraram maior desconhecimento acerca da profissão e das tarefas a serem desenvolvidas. Outras até fizeram comparação com as ACS de outros lugares.

*Igual, acho essa realidade é de Cariacica que o agente de saúde não tem muito o que fazer; mas em outro local, uma paciente que tem outra casa em outro lugar, disse que lá o agente de saúde que aferi a pressão, então cada local no Brasil, o agente tem um poder maior de ajuda (ACS).*

Esse “*não ter muito o que fazer*” indica um desconhecimento daquilo que o ACS pode e deve fazer, que não é prescrito/orientado com clareza nas normas do trabalho do ACS. Essas normas, versam sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças, no entanto, não explicam como fazer isso. Desta forma, algumas ACS acreditam que seria necessário aprender a aferir pressão, além de outras atividades, para poder desenvolver melhor sua função. Outra ACS, valoriza a oportunidade que tiveram de aprender esses procedimentos técnicos, entretanto, afirma que nem por isso são obrigadas a fazerem esses serviços.

*Às vezes o agente de saúde aprende a fazer alguma coisa, igual, hoje eu sei olhar um curativo, mas a gente não teve capacitação para aquilo ali, vocês lembram que a M.<sup>42</sup> ensinou a gente a aferir pressão? Vocês lembram que ela ensinou a gente a tirar sangue, que uma tirou da outra? Tem gente que tem uma disposição maior pra ensinar, mas não quer dizer que a gente tem que fazer isso.*

Nesse sentido, se não faz parte do rol de tarefas das agentes desenvolverem essas atividades, se não é responsabilidade delas aferir pressão, fazer curativos; qual o objetivo de aprenderem a fazer esse tipo de serviço? Todavia, outra ACS pontua que existem lugares em que essas atividades fazem parte da rotina de trabalho dos ACS - “mas lá é função do agente; o agente anda com o aparelho na bolsa” [se referindo ao aparelho de aferir pressão].

---

<sup>42</sup> Letra inicial do nome da enfermeira para não identifica-la.

A fala desta ACS evidencia práticas que fogem às prescrições do ACS e que não estão restritas apenas ao município desta pesquisa, mas que são pertinentes em outros locais. Diante disso, é necessário levantar alguns questionamentos: por que os agentes de saúde têm assumido funções distantes de suas atribuições? Por que a necessidade de conhecerem um procedimento técnico que não é necessário para o seu trabalho? Desse modo, as normas que balizam o trabalho dos ACS têm se mostrado cada vez mais insuficientes para direcionar o trabalho real dos agentes, levando estes a se distanciarem ainda mais dos objetivos de sua função - *“Eu não acho ruim, o agente de saúde deve medir a pressão, se a gente sabe que ele é hipertenso e vê que ele não tá bem a gente orienta a ir a unidade, então acho que a gente deve ser capacitado sim, pra medir uma pressão”*, opina uma ACS.

No entanto, quando as agentes realizam atividades que não são pertinentes as suas funções, a comunidade é induzida a pensar que essas tarefas fazem parte do rol de atribuições do agente, aumentando ainda mais a cobrança nele: *“mas eles confundem, eu fazia isso na minha área”* (ACS se referindo ao procedimento de aferir pressão).

Ainda sobre a formação e capacitação das ACS para o trabalho, elas afirmaram que deveriam realizar um curso de formação de agentes comunitárias de saúde com duração de 400 horas. Conforme disseram, esse curso deveria anteceder o início do trabalho, porém, no município de Cariacica este curso ocorre após a entrada das agentes no trabalho, isso quando o curso é fornecido; muitas agentes nunca fizeram. Duas ACS mais antigas esclareceram: *“nesse curso ensina sobre as visitas, sobre como abordar, os agentes ganham o guia do ACS, isso dura uns três meses”*; *“são várias etapas, mas até hoje não teve a outra”*; *“as agentes novas não fizeram nem a primeira etapa”*.

Essas agentes que atuam há mais tempo, explicaram para as agentes mais novas a diferença entre formação e capacitação. A formação é o curso inicial que habilitam as agentes para o trabalho e a capacitação são cursos direcionados a necessidades específicas. Assim complementou uma ACS - *“alguns cursos vêm do governo federal e outros vem da prefeitura”*.



Seria interessante que todas as ACS passassem pelo curso de formação ainda no início ou antes de iniciarem o trabalho, para aprenderem noções básicas de como é o serviço, o que tem que fazer, conhecer os instrumentos de trabalho, as siglas e nomenclaturas ainda desconhecidas e o mais importante, qual a finalidade do trabalho do agente comunitário de saúde na equipe da Estratégia Saúde da Família.

Quanto a capacitação, esta deve ocorrer de modo a instruir o agente de saúde conforme suas necessidades de trabalho e às necessidades de saúde da região. Uma ACS informou que todas as ACS da unidade passaram por um longo curso de capacitação sobre doação de órgãos e até hoje não viram a necessidade de aplicar àqueles conhecimentos aprendidos.

É importante esclarecer que a aprendizagem do trabalho acontecerá durante o desenvolvimento deste, ao tomarem conhecimento dos hábitos e rotina dos moradores, ao dialogarem com a equipe da ESF e demais trabalhadores da unidade, no compartilhamento de informações e conhecimentos aprendidos entre as agentes, ao lidarem com o trabalho real – com os seus imprevistos, impedimentos e adversidades – convocando as agentes a reconfigurarem o meio - reinventarem novas soluções, novas normas, outros modos de fazer e ser ACS.

No entanto, não se deve negar a importância da capacitação, quando esta é capaz de orientar/instruir os agentes nas atividades concernentes à sua função considerando as necessidades de saúde da população. Mas o que chamo a atenção é para um saber que não passa por uma formação escolarizada, um saber que não se aprende em cursos de capacitação – um saber encarnado que emerge em forma de estratégias - usos de si - para suprir as defasagens existentes entre a prescrição e o trabalho real.

## PARTE 5 – INSTRUÇÃO AO SÓSIA E AUTOCONFRONTAÇÃO

### 5.1 – Instrução ao Sósia (IS)

Eis a regra: você vai supor que eu seja sua sósia e que, amanhã eu me encontre em uma situação de ter de substituí-la em seu trabalho. Vou interrogá-la para saber como devo proceder. Insisto sobre os detalhes. [...] É preciso representar bem a situação. Amanhã vou a unidade de saúde. Você deve fornecer-me umas dicas, os macetes do ofício. Terei de me virar, de modo que eu possa me safar das situações correntes com que vou me deparar. Vou imaginar certas situações e servir-me de sua experiência para enfrentá-las. Qual sequência devo tomar? <sup>43</sup>

O objetivo primordial da IS é possibilitar que a instrutora, que nesse caso foi uma ACS, dialogue consigo questões levantadas pela pesquisadora-sósia, de modo que seja levada “ a olhar para sua própria experiência com os olhos do seu sósia” (RODRIGUES, 2010, p. 122).

Nesse sentido, a ACS que me deu as instruções para que fosse sua sósia, disse que teria que fazer uso do uniforme (camisa verde) e me informou sobre o horário que deveria chegar na unidade para iniciar o trabalho. A princípio, me apresentou o horário prescrito de chegada – às 8 horas – entretanto, ao narrar sobre o trajeto de casa à unidade, percebi que seu trabalho iniciava antes mesmo de assinar o ponto na unidade: as pessoas param a ACS na rua, pedem informações, fazem perguntas e conseqüentemente, ela chega na unidade com uma ‘suposta’ tolerância de 15 minutos de atraso devido essas intercorrências.

Assim como em nenhum trabalho as prescrições asseguram as imprevisibilidades, nas prescrições de trabalho das ACS não está previsto as imprevisibilidades que impedem que a agente de saúde chegue pontualmente a unidade, não porque ela se atrasou, mas porque iniciou o trabalho antes mesmo de assinar o ponto. Basta usar o uniforme que as pessoas param a ACS na rua, até mesmo quando não faz uso, a ACS é parada pelos moradores por já ser conhecida como agente de saúde. De maneira alguma fui orientada a

---

<sup>43</sup> Texto retirado da IS feita por Y. Clot em “Trabalho e Poder de Agir”, CLOT, 2009, p. 209 e adaptado às circunstâncias desta pesquisa.

negar informação/esclarecimento, mesmo diante de um horário a ser cumprido a agente interrompe o percurso para atender aos moradores.

Me orientou a respeitar o horário de visita dos usuários, pois alguns não iriam me atender pela manhã porque ainda estariam dormindo, desta forma, eu teria que conhecer a rotina dos moradores da minha microárea para saber quais casas poderia ir em determinados horários; e esse conhecimento só seria possível com o tempo de trabalho. Ainda assim, percebi que ser agente de saúde é lidar com o imprevisível a todo instante, visto que, mesmo conhecendo a rotina do morador, pode acontecer dele não me atender porque está fazendo almoço, ou ensinando dever de casa ao filho, então nem sempre as visitas são realizadas conforme são planejadas.

Disse que o certo seria fazer doze visitas domiciliares por dia; sendo que cada visita corresponde a uma casa, independente se nela mora uma ou várias famílias. Ao dizer sobre o “certo” compreendi que se referia ao prescrito pela unidade, entretanto, disse que nem sempre é possível realizar as doze VD's, principalmente, quando atendem muitos usuários hipertensos, diabéticos e gestantes no mesmo dia.

Conforme a prescrição, eu deveria visitar cada casa pelo menos uma vez por mês. Porém, nem sempre isso é possível, ainda mais que a área é muito grande porque faltam ACS na equipe, então tem mês que algumas casas ficam sem receber visitas. Nesse caso, me ensinou a priorizar as casas que não podem ficar sem VD; as casas com necessidades mais agravantes (acamados, gestantes, hipertensos).

Informou que eu deveria identificar se a família necessita da visita de outros componentes da ESF (enfermeiro e médico) e que eu saberia identificar a partir do momento em que apenas a minha visita (sósia ACS) não solucionaria o problema.

Disse que, nas visitas que realiza com outros profissionais da equipe, prefere relatar a situação de cada usuário a estes trabalhadores antes de ir acompanhar o atendimento, a fim de evitar constranger o usuário e para não perder a confiança conquistada nele. Também me deu macetes sobre o seu comportamento “sou muito faladeira”. Nesse sentido, a instrução ao sósia

possibilita uma dupla descrição da atividade: não apenas a instrução da situação - de como devo agir em determinada situação – mas também de como devo me comportar a esta situação (RODRIGUES, 2010).

Contudo, durante as visitas a ACS fica esperando para ver se o paciente irá relatar ao médico ou ao enfermeiro, a mesma informação que passou para ela. Entretanto, *“as vezes o que a paciente fala para o médico ou pro enfermeiro não bate com o que eu falei”*, relata a ACS. Quando isso acontece, a paciente fala para os trabalhadores da ESF que está tomando o remédio (seja de hipertensão ou de diabetes, por exemplo), mas quando a ACS pede para ver a caixa de comprimidos, está cheia. Nesse caso, pedir para olhar a caixa é um meio que a agente encontrou para ter controle se o usuário está ou não tomando a medicação; um recurso que não estava disponível na prescrição deste trabalho, mas que foi criado pela ACS para ter o controle da adesão do paciente à medicação receitada.

Também informou que tem mais proximidade com o médico cubano da ESF do que com os outros. Essa aproximação acontece pelo fato deste médico ter um comportamento atípico em relação aos demais médicos brasileiros que trabalham nesta unidade – descreveu que ele nem parece médico, pela postura simples, acolhedora e atenciosa com as agentes e usuários.

Ao falar sobre os materiais de trabalho, disse que eu deveria levar uma pasta com as fichas, porém, isso seria apenas uma prescrição do trabalho, já que no dia a dia ela não utiliza essa pasta. Percebi isso quando indaguei se ela tinha as fichas para que eu pudesse conhecer, foi quando ela informou que não carrega diariamente, pois prefere fazer as anotações das visitas no caderno, para posteriormente em casa, repassar para as fichas. Nesse caso, a instrução ao sócio possibilita que o sujeito indique não apenas o que está habituado a fazer, ou o que deveria ser feito, mas também aquilo que não faz, ou que faz de outra maneira; também aquilo que não se faz, ou que não se deve fazer; o que poderia fazer, mas que não faz (CLOT, 2006).

Esclareceu que, quando um paciente faz uso contínuo de determinada medicação, ela auxilia pedindo a renovação da receita ao médico na unidade e leva para o paciente; além disso, também costuma fazer a marcação de

consulta para estes pacientes. No entanto, deixou claro que essas atividades não são obrigações dela, mas faz e deixa claro para os usuários que isto é um favor e não uma obrigação sua.

Assim também, informou que faz a marcação de consultas para os usuários que trabalham 'fora' e entrega exames e requisições. Justificou que faz isso porque sabe o quanto é difícil para o usuário faltar o serviço, ainda mais, quando precisa faltar várias vezes: para marcar consulta, para ser atendido, para fazer exames, para retornar à consulta... Mas ela reafirma que não é sua obrigação e deixa claro para o usuário que isso é uma gentileza, para que este entenda, quando ela não puder fazer.

Informou que essas atividades, antes era obrigação das ACS da sua unidade, mas que agora não são mais. Entretanto, ela continua a fazer sempre quando pode, pois, imagina que poderia ser um parente seu que estivesse precisando daquele serviço – *“Eu vou na parte mais humana do ser humano; nunca deixo de levar”*. No entanto, afirma que tem ACS que não gosta e não faz esse tipo de serviço, já que não é mais obrigação.

Todavia, na unidade de saúde onde foi feita a pesquisa, existe uma exceção para marcação de consultas – para o idoso é permitido marcar. No âmbito federal da ESF não existe essa regra, mas foi criada pela unidade. A ACS também declarou que devo abrir exceções de favores como os supracitados para os familiares (marido, filhos, mãe, pai, irmãos) e pessoas que trabalham fora de casa, portanto, disse que devo priorizar quem realmente precisa desse favor.

Portanto, além das tarefas prescritas, a ACS cria outras normas para si; inclui como “obrigação” sua, poder ajudar seus familiares e outras pessoas que julga precisar do seu favor. Para isso ela faz escolhas diante de critérios influenciados por valores, afetos, sentimentos, normas, ou seja, faz debate de normas e valores, renormalizando uma norma já existente. Assim,

As renormalizações, as gestões de variáveis, os recentramentos que eu acabo de evocar podem ser imperceptíveis e diretamente geridos pela maquinaria neural, como podem mais claramente se instrumentalizar desta quando os debates de normas são mais explícitos, atravessando o psíquico, o cultural, o social. Todas as continuidades são possíveis. [...] Nesse sentido, o corpo-si é história, a história dos múltiplos adestramentos de e no uso de si; o que

reforça a tese de que toda situação de atividade, de trabalho, é sempre, em parte, singular, porque gerida pelo corpo-si, quer dizer, síntese de história em ato, como todas as implicações potenciais, por exemplo, em matéria de gestão dos homens. (SCHWARTZ, 2000b, p. 23 apud CUNHA, 2013, p. 31).

Esta ACS, trabalha nesta função há 10 anos. Declarou que quando iniciou neste trabalho, os pacientes eram muito dependentes das ACS, mas agora eles entendem que nem tudo as ACS podem fazer por eles. Disse que devo falar com ‘jeitinho’ que não é a nossa obrigação quando pedirem coisas que não são pertinentes ao trabalho do ACS, mas que sempre devo procurar fazer para a pessoa não ficar chateada; dificilmente devo dizer não. Também me orientou a não ‘franzir’ a testa quando achar algo estranho, para o paciente não perceber que aquilo não é comum a mim.

Desta forma, a experiência de ser um sócia, facilita a focalização da experiência nos detalhes do trabalho, de como realiza-lo; permite que o sujeito se volte mais para o “como” fazer do que para o “por que” (CLOT, 2006). Nesse sentido, ao orientar como o trabalho deve ser realizado, a ACS fornece pistas e artimanhas para que sejam utilizadas, conforme relatou: “não franzir a testa”, “falar com jeitinho” e evitar dizer “não” para que a atividade seja realizada pela sócia sem impedimentos.

Informou que quando há falecimento de usuário, tenho que ir na casa da família da pessoa que morreu para buscar informações sobre a morte (causa do óbito) e para passar ao enfermeiro, para que a informação seja levada a prefeitura, para que esta tenha o controle de quantas pessoas estão sendo acompanhadas. Entretanto, me orientou a esperar de 5 a 10 dias para ir na casa da família do falecido pegar os dados e pedir o atestado de óbito, pois no início a família ainda está mais sensível. Me ensinou algumas ‘artimanhas’:

*Não vai diretamente no assunto perguntando ou pedindo o atestado de óbito. Primeiro inicia uma conversa e devagar vai pedindo, pegando os dados como quem não quer nada pra não ficar constrangedor; dá os pêsames a família [...] Você é quase um psicólogo também. Nessa conversa, quando a pessoa vai melhorando aí você vai pedindo os dados; uma coisinha aqui, outra ali e dá tudo certo.*

Declarou que tem um vínculo muito grande com a comunidade e por isso é parada a todo instante quando caminha pelo bairro, seja ao fazer as VD's ou nas horas de folga. Portanto, me orientou a parar e ouvir a necessidade dos moradores, pois ao ser sua sócia, teria que conhecer "todo mundo". Alertou que, tanto usuários da minha microárea, quanto de outras, irão me pedir informação e eu não devo negar, mesmo não sendo da minha área de adscrição.

Informou que serei responsável pela microárea de número quatro. Esta microárea contém quatro ruas. Disse que posso escolher como vou organizar as visitas, se não houver nenhum pedido orientado pela unidade. Independente se a visita for na casa de parentes, ou amigos, devo bater palmas e chamar pelo nome; nunca devo entrar na casa antes de me autorizarem. Saberei o nome de todos, devido ao tempo de serviço e por morar próximo.

Porém, pode ocorrer de algum usuário estar ocupado e não me atender. Nesse caso, dou prosseguimento as demais visitas planejadas. Se der tempo de retornar a casa daquele usuário que não pode me atender, retorno, caso contrário, pode acontecer dele ficar sem receber visita naquele mês. Todavia, acontece, nestes casos, do usuário fazer a reclamação na unidade de que não recebeu a visita da agente naquele mês – *“eles nunca falam na unidade que estive lá e eles não me atenderam porque estavam ocupados; só falam que a agente não visitou minha casa”*.

Também pode acontecer de, ao chamar o morador pelo nome, ser surpreendida por um morador novo. Quando isso acontecer, devo perguntar se é morador novo (pois já conheço todos na casa), se posso entrar; devo me apresentar como ACS e perguntar se posso fazer o cadastro do novo morador; se a pessoa permitir, eu faço o cadastro da família. Nesse momento, a ACS me alertou que irei fazer o cadastro no meu caderninho, já que não estarei com as fichas, e em casa devo passar as informações para a ficha A.

Disse que as perguntas devem ser direcionadas de acordo com as necessidades percebidas. Assim, se houver grávidas, perguntar se está fazendo o pré-natal e pedir para ver o cartão. Ressaltou que devo pedir para ver porque às vezes podem estar mentindo. Se a paciente faltar às consultas,

devo perguntar porque não foi e avisar que no próximo mês passarei para ver se ela foi, caso contrário devo cobrar.

Indaguei a ACS sobre como devo cobrar – *“cobrar no sentido de falar da importância do exame para a gravidez e falar dos riscos; sou franca, antes eu não era não, mas agora falando sobre os riscos, os pacientes tomam mais cuidado”*; respondeu a ACS.

Explicou que costuma usar um paciente como exemplo para alertar o outro: *“Dona Maria, num tem o ‘seu’ Pedro ali? Ele ‘infartou’. Sabe porque ele ‘infartou’? Por que não tomava esse remédio ruim que a senhora não quer tomar; ele tá naquela situação agora; tá vendo que ele não tá andando? Tá acamado agora”*. Relatar a experiência de alguém próximo que passou por uma situação semelhante foi a solução que a ACS encontrou para convencer os usuários a aderirem ao tratamento prescrito.

Justificou que a única intenção de fazer isso é para alertar o paciente; ajuda-lo a tomar o remédio. Informou que utiliza exemplos de outros usuários, não para expor – já que na área todo mundo se conhece - mas com o objetivo de convencer o paciente a seguir as instruções médicas.

Me orientou que, se alguém me abordar na rua, eu vou orientar conforme a necessidade. Entretanto isso não pode ser contado como uma VD, pois, *“ visita na rua, não é visita”*; esclareceu a ACS.

No dia em que esta etapa da pesquisa foi realizada, os técnicos da unidade de saúde haviam entrado em greve. Esta ACS informou que passou na unidade, antes de me encontrar para dar uma “ajudinha”. Indaguei sobre o que seria essa ajuda e ela respondeu: *“pegar um prontuário; atender na farmácia; a gente dá uma ajudinha na unidade nesses casos assim; pra não fechar a unidade a gente dá uma mãozinha”*. Na equipe da ESF desta unidade, cada trabalhador tem suas atribuições a cumprir; entretanto, as ACS além de fazerem o que é prescrito para seu trabalho, se encarregam de assumirem outras funções para não verem a unidade fechada.

Então, perguntei se esta ajuda foi apenas nesse caso excepcional da greve, ou se isso também ocorre no dia-a-dia. A ACS esclareceu que de vez em quando



precisa, então quando isso acontece, ela costuma ficar no período da manhã auxiliando nos serviços da UBS e anota numa folha da unidade a justificativa, caso diminua sua produtividade das visitas domiciliares nos BUP's. Ao perguntar o que era BUP<sup>44</sup>, a ACS me respondeu, com a ajuda da outra ACS que estava presente, que se tratava de uma folha de produtividade das visitas domiciliares que é levada para a prefeitura todo mês.

Ela, juntamente com a outra ACS amiga, explicou que eu deveria preencher a folha de BUP na casa das famílias visitadas. Esse deveria, se refere a atividade prescrita, entretanto, afirmou que ela não faz isso – “*você vai chegar em casa e vai pegar e vai fazer em casa isso*”. Assim, a IS “*‘exige’ um acesso, não só à vivência da ação, mas aquilo que não aconteceu e não é vivido pelo sujeito. Nessa metodologia, a ação não vivida faz parte do real da atividade com o mesmo estatuto da ação vivida*” (CLOT, 2006, p. 146).

Também me explicou como a produtividade do BUP é contada: “*Se numa casa eu visitei três pessoas; aquelas três são contadas como uma [1] visita; eu to te ensinando o certo*”. Nesse momento, percebi que ela e a amiga se olharam e riram contidamente. Então indaguei – “*E como é o errado?*” Logo a ACS respondeu que só colocaria o nome de uma (1) pessoa, pois “*é escrever demais*”; justificou. Nesse sentido, CLOT (2006) afirma que

[...] O que é convocado pela obstinação metodológica do sócia é a atividade possível ou impossível contida na atividade real. O que é transmitido pelo instrutor, ou melhor, recuperado no comentário de autoconfrontação que se segue são as hesitações e as alternativas, que constituem a gênese das escolhas. Não apenas os comportamentos que venceram, mas aqueles que foram abandonados sem que por isso tenham sido abolidos (p. 147).

Assim, não apenas ao instruir a sócia, como também, na autoconfrontação simples, a ACS foi surpreendida ao assistir que havia me explicado o modo “errado” de fazer ao me explicar como faz a contagem no BUP; ela disse “eu não acredito que te ensinei assim, você é a N<sup>45</sup>; a N faz o certo”, enquanto que no real da atividade, a ACS fazia o “errado” para facilitar o trabalho, mesmo, querendo fazer o “certo”. Desse modo, este método permite que a atividade

---

<sup>44</sup> Em anexo no Apêndice G.

<sup>45</sup> Nome da ACS que participou da Instrução ao Sócia.

possível e impossível seja convocada no real da atividade, assim como o acesso àquilo que não é vivido, ou que não aconteceu, mas que faz parte do real da atividade.

Declarou que faltam ACS para cobrir áreas descobertas e que nos casos de pacientes mais necessitados fora da sua área de adscrição, costuma atender mesmo sem ter obrigação: *“uma visitinha fora não vai fazer diferença não, entendeu?”* [No sentido de não atrapalhar o seu trabalho, visto que é uma atividade extra que não é contabilizada em termos de produtividade].

Ao falar sobre a produtividade, disse que sempre consegue atingir dentro do esperado pela prefeitura. Para isso ela faz a gestão das visitas domiciliares:

*Se numa casa você atendeu uma pessoa que faz hemodiálise, acamada; se você perdeu muito tempo naquela casa, tem casa que você vai muito rápido, não tem nada. Tem visita que chega a demorar mais de uma hora na visita, principalmente porque você pega amizade com as pessoas, conhece as pessoas.*

Nesse sentido, disse que é complicado entrar e sair rápido na sua microárea por ter amigos de infância que residem nela. Como já conhece as pessoas e sabe quais as casas costuma demorar mais, deixa estas por último. Devido ao vínculo que possui com a comunidade, algumas visitas demoram horas, pois os usuários aproveitam a escuta, o atendimento para desabafar: *“tem gente que esquece que você tá ali trabalhando, parece que você é amigo, não sei se tá carente e contam tudo”*.

Desse modo, afirma que tem que ter ética no trabalho para não gerar confusão, pois, se a conversa de um usuário durante a VD for repassada a outra pessoa, pode gerar fofoca. Assim ela esclarece – *“isso que a pessoa falou, já não faz mais parte do meu serviço”* - Indago o porquê – *“isso faz parte de um momento dela que tá querendo desabafar comigo”*. Nesse sentido, ouvir; acolher o que o paciente tem a dizer, não faz parte das normas para o trabalho das ACS, mas faz parte do real da atividade desta ACS, ainda que ela não considere ser seu trabalho, por não estar normatizado na lei.

Quando as ACS sentam para conversar, às vezes, tem agentes que expõem necessidades dos usuários que, na sua visão, não deveriam ser expostas: *“tem coisas que você deve falar para o seu enfermeiro e não para a sua amiga ACS;*

*é intimidade da pessoa que você fez visita, eu não preciso passar pra ela. Falar de algo que o paciente só abriu pra você, não é certo, isso nunca pode”.*

Em casos confidenciais como, gravidez na adolescência, disse que devo orientar e acompanhar a paciente; e quando solicitada, devo auxiliar no momento de contar à família. Deixou claro que não considera fazer parte do seu serviço as confidências que ouve, portanto, depois que atende, procura esquecer, tanto que, não incita esses assuntos em visitas posteriores – *“aquilo que ela me falou, morreu; não é assunto de trabalho”.*

Disse que o erro nas visitas domiciliares, é perguntar se o usuário precisa de alguma coisa:

*O erro é você perguntar se precisa de alguma coisa que aí elas [as pessoas] começa a falar que precisa de tudo e você fica doida. Só que tem coisas que você não consegue fazer, e aí? Como que fica? Porque sua área tá descoberta, você tá sem médico, sem enfermeiro, você tá com a técnica que igual eu, muito não pode fazer, né? Mas você **tem** que perguntar; aí você pergunta entre os dentes ‘você precisa de alguma coisa?’ Aí ela vai falar e você vai pensar assim ‘Por que eu perguntei?’ Mas aí você tenta o possível para conseguir aquilo para aquela pessoa; **se caso**, aquela família tenha uma necessidade, assim ela trabalha; **se não consegue se locomover**; mas a princípio, não – apenas rienta e passa as informações dos serviços da unidade. [Grifo nosso].*

Se colocar à disposição para ajudar/atender às necessidades dos usuários é algo que faz parte da rotina das ACS, até mesmo para levar à unidade, informação das necessidades de saúde da comunidade. Entretanto, esta “brecha” que se abre ao perguntar o que os usuários precisam, possibilita uma infinidade de necessidades, reclamações, exigências, que fazem com que esta ACS, até mesmo, se ‘arrependa’ de ter feito a indagação, apesar de que, ela afirma ter que fazer. O diálogo com o sócia permite que a ACS se depare com situações antes comuns/naturalizadas; permite que ela dialogue consigo mesma tornando sua própria experiência “alheia” e esse efeito pode produzir uma transformação na própria atividade, quando esta ganha novos sentidos, novas significações (CLOT, 2006).

A ACS, também me orientou a não interferir nas condições de higiene da casa dos usuários, pois segundo ela, isso vai da cultura de cada pessoa. Disse que tem ACS que se intrometem. Me instruiu a orientar os usuários que criam animais sobre os cuidados que se deve ter para evitar doenças, mas interferir na limpeza da casa das pessoas, isso não devo fazer. Declarou que já ouviu médicos e enfermeiros reclamar e comentar com as ACS sobre a obrigação de orientar e confessou ser bem franca nesta situação: *“assim como eu você também pode falar com a família; a tarefa não é só minha”* – convocando outros trabalhadores da ESF a se responsabilizarem a orientar as famílias.

Nesse sentido, falou da importância de, nas visitas domiciliares, saber conversar, saber abordar e saber como fazer. Desta forma, percebe que as ACS novas na função não sabem abordar, pois, quando visitam a casa de uma amiga, acabam confundindo as coisas, entrando na casa sem chamar, sem saber se as pessoas estão vestidas e se o marido está em casa.

Por isso, defende que as agentes novas no trabalho precisam de ter capacitação, mas não nega a influência de outros valores pessoais interferirem nos modos de trabalhar destas ACS – *“as meninas nova tem que ter capacitação; o treinamento ensina muita coisa, mas tem muita coisa que vem de você, da sua criação”*. Assim, ao trabalhar empreendemos valores, normas, regras, experiências, histórias, conhecimentos, bagagens que contemplam uma dimensão coletiva e influenciam nossas decisões; trabalhar é, portanto, fazer escolhas; é gerir tudo isso que atravessa a atividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Informou que sente falta de treinamento com a equipe; de capacitação para as ACS, principalmente para as agentes novas na ESF ajudarem os usuários de acordo com as necessidades da comunidade. Por exemplo, aprenderem sobre o cartão da criança para orientarem melhor às mães acerca das vacinas. E considera ser responsabilidade do enfermeiro, promover esses cursos de capacitação:

*As agentes ACS novas não tão tendo. Antes as agentes mais antigas tiveram. Então o enfermeiro tem que tirar um tempinho para as agentes mais novas. Os enfermeiros pensam que as antigas sabem e esquecem das novas que estão entrando; elas precisam de aprender a abordar as pessoas na rua; aprender a informar...*

Disse que quando começou a ser ACS teve capacitação até para aprender a preencher as fichas. Ao falar da situação precária de trabalho, informou que as agentes não têm direito a carteira assinada e possuem vínculo temporário de trabalho: a cada seis meses a prefeitura faz a renovação, ou não, do contrato de trabalho das ACS. Mas também fez menção às melhorias:

*Agora está melhor; melhorou um pouco o salário, tem férias, tem décimo terceiro, tem insalubridade. Antes a prefeitura dava uma semana de férias, mas a gente não podia sair do bairro, não podia viajar porque eles poderiam precisar de você; isso não é férias!*

Apesar de terem alguns direitos conquistados, a ACS disse que as agentes poderiam ser mais valorizadas...

*Poderiam dar mais valor porque é um trabalho tão bonito, é um trabalho que a gente vai na casa da pessoa, faz a busca ativa, vê o problema de perto, cara-a-cara, te confundem como psicólogo, como um montão de coisa; você faz o serviço bem feito e não é valorizado na maneira. Não é valorizado pela prefeitura; deveriam dar mais valor porque tem coisas que deveria ser repassado pro agente de saúde e não é repassado; agente é federal, então mandam uma verba pra gente, igual o piso salarial, a gente não recebe igual deveria ser, entendeu? Eu acho que se cobra tanto do agente de saúde; acha que tudo é o agente de saúde; tudo a primeira ponta é o agente de saúde; é o agente de saúde que faz o primeiro tudo. O médico, o enfermeiro, só sabe das coisas se o agente de saúde passar, se não ele não vai saber; eu posso ter um caso de tuberculose lá que se eu não passar ele nem vai ficar sabendo, porque ele só vai depois de mim, entendeu? Então eu acho que eles deveriam valorizar mais a gente; igual a carteira assinada; todos os direitos da gente bonitinhos; ter a carteira assinada é o principal, entendeu? E eles não fazem isso.*

Ao falar sobre a desvalorização, disse não ser apenas do governo, mas até dos outros trabalhadores da unidade – “eles acham que o agente de saúde não trabalha; eles acham que o agente de saúde não faz nada; é muito fácil eu também achar que eles não trabalham, que às vezes eu to na unidade fazendo serviço pra eles. Eu preciso de uma parceria pra fazer meu serviço bem feito”. Ao falar das dificuldades que enfrentam com outros trabalhadores da equipe relatou uma discussão que teve com a médica, ao pedir receita azul para um paciente.

*Ao pedir a receita a médica começou a falar que os agentes de saúde deveriam trabalhar mais, que não estão fazendo nada porque os pacientes estão reclamando aqui que não vão nas casas. Então eu disse ' a senhora já viu uma andorinha andar sozinha? Eu vim aqui pegar uma receita e a senhora fica reclamando e até agora não passou a receita pra mim; a senhora vai passar a receita pro meu paciente que eu estou pedindo, ou não? Porque uma andorinha não anda sozinha não, porque eu não sei passar receita; eu preciso da sua colaboração pra fazer o meu serviço.*

Então a ACS disse para a médica que o paciente era acamado e não tinha como vir buscar a receita. Também questionou – “*se eu não faço visita como eu sei de cada caso dos pacientes?*”

Nesse exemplo citado, a ACS entrou em conflito com a médica para ajudar um paciente da sua microárea. Mesmo não sendo sua obrigação levar a receita; ela julga fazer parte do seu serviço essa tarefa, devido à dificuldade de locomoção do paciente. A ACS ficou irritada com a postura da médica ao questionar que as ACS estavam trabalhando pouco.

Posturas como essas também foram verificadas em outros profissionais. Ao marcar a última parte da pesquisa com o grupo de ACS, o enfermeiro entrou em contato comigo para saber se era verdade, ou se elas estavam “enrolando” para não trabalharem. Antes disso, uma ACS me pediu por telefone para entrar em contato com o enfermeiro da ESF para confirmar que iria me reunir com elas, pois ele não estava acreditando.

Assim, não apenas as ACS desta pesquisa lidam com o paradoxo da “valorização prescrita e desvalorização real”, mas também os agentes de saúde da pesquisa de Lopes et. al. (2012), ao realizarem um trabalho que é fundamental na ESF para a melhoria da atenção básica, mas que muitas vezes é desvalorizado dentro da equipe, e até pelo próprio governo que, apesar de criar expectativas neste trabalhador para que haja avanços na atenção básica no país, não investe na capacitação destes trabalhadores, não garante a regularização de todos os direitos trabalhistas (carteira assinada, insalubridade, décimo terceiro salário, férias, etc.), não realiza investimentos necessários na compra de materiais, na infraestrutura das unidades básicas de saúde, na contratação e efetivação de outros trabalhadores da ESF. Portanto, contratar mais agentes de saúde sem que haja investimentos neste trabalhador, na

equipe da ESF e nas condições materiais das UBS, não irá atender a proposta da política de atenção básica, desse modo, os ACS continuarão trabalhando como “quebra-galhos”; como bombeiros apagando incêndios; ao invés de promover saúde e prevenir doenças.

## 5.2 – As Autoconfrontações

Ao assistirem o vídeo com a gravação da Instrução ao Sósia (IS) na Autoconfrontação Cruzada (AC), as agentes ouviram a voz da outra ACS que presenciou a gravação da IS e participou voluntariamente tecendo comentários, dialogando com a ACS que participou da filmagem. Ao escutarem ela falando disseram com a agente presente no vídeo *“tá pegando cola”*. Então a ACS da gravação justificou *“né não gente, é porque depois ela vai perguntar, então eu pensei – eu falo a verdade ou eu falo como eu faço?”*

Essa passagem ocorreu na A.C. ao assistirem a ACS que estava instruindo a sósia falar sobre os materiais que deveria carregar no cotidiano de trabalho. Porém, na versão da IS primeiro esta ACS relatou o que deveria levar – o prescrito – mas como não leva, isso suscitou risos entre a ACS do vídeo e também entre o grupo de agentes que estavam participando da AC, por saberem que o que ela havia ensinado, a princípio, não acontece no real da atividade com ela e nem com as demais agentes. Assim, outras ACS dialogaram:

*Na verdade, o agente de saúde não leva as fichas, as fichas ficam em casa; a gente leva o caderno, a gente geralmente anota no caderno, e quando precisa a gente passa a limpo; por isso não leva.*

[Risos entre as ACS]

*Todo mundo trabalha com o caderno, por isso a gente não leva.*

*Eu não soube responder por isso eu precisei de ajuda. [ A ACS que participou da gravação do vídeo se justificando sobre a dúvida; se explicava o modo “certo” de fazer – seguir a prescrição – ou o modo real, como ela faz].*

*As fichas descem e não voltam. [ ACS se referindo às fichas que vão para a Secretaria Municipal de Saúde].*

*O caderno tá sempre com a gente e as fichas ficam limpinhas em casa e se o enfermeiro pede alguma informação a gente tem todas ali e nem sempre a gente segue a ordem correta das fichas, as vezes você prioriza. [ACS justificando o porquê de substituir as fichas pelo caderno].*

Na Autoconfrontação Simples (AS), a ACS riu ao ver a situação de dúvida que vivenciou por não saber se explicaria o prescrito, considerado o “correto” por esta, ou se explicaria para a sócia como ela faz; o modo mais prático. Portanto, “o riso assinala a *veracidade* da atividade” (CLOT, 2010, p. 237). Por isso, na AC, quando as outras agentes assistiram o vídeo da IS- rindo, comentaram sobre esta cena: da ACS orientando o que a sócia deveria carregar – a prancheta com as fichas – então, esta ACS faz uma pausa e olha para a ACS que estava assistindo à gravação - rir, e esta ajuda ela a explicar como fazem e porque fazem diferente do prescrito.

Nesse momento é possível distinguir o diálogo realizado – aquilo que é externamente expresso – do real do diálogo – o silêncio, o não dito, aquilo que é capaz de revelar, transgredir, transformar o diálogo realizado. Clot (2010) afirma que a verdade teórica não é capaz de explicar a atividade real, mas é o real da atividade dialógica, na sua autenticidade e veracidade, que deve explicar-se, em seu sentido ambíguo, com a verdade teórica.

Durante a Autoconfrontação Cruzada, a ACS do vídeo também riu ao assistir ela orientando a sócia sobre o preenchimento dos BUP's (folha de produtividade das visitas domiciliares), que deve conter o nome de todos os pacientes atendidos nas casas - conforme a prescrição do trabalho - e ver a pausa que fez:

*Eu fiquei pensando: o que eu falo? [ Risos]. To ensinando o certo. Esse vídeo é só nosso hein, Renata! [Risos].*

Então explica outra ACS – *Você chegou na casa das pessoas, se você viu a criança, tem que anotar; se você viu o idoso, se você viu a mãezinha; esses três entra como uma visita, porque você visita uma família, você não visita uma pessoa, entendeu?*



*Mas a gente não coloca assim no BUP porque senão chove, multiplica e nem sempre tem folha de BUP, aí a gente coloca só o nome do responsável da família.*

*É Renata, pra você imitar a N<sup>46</sup> você vai ter que fazer isso [ risos] – ACS se referindo ao preenchimento “errado” do BUP.*

A dificuldade de explicar o que dizer e como fazer, vivenciada pela ACS que participou da gravação do vídeo, se refere ao real da atividade que é “difícil de dizer” (CLOT, 2010, p. 243), porque talvez, seja possível fazer de modo diferente, do que se faz. Assim, “o ‘difícil de explicar’ é, por assim dizer, o anel do jogo dialógico” (p. 243). Toda vez que esta ACS se depara com essa dificuldade de explicar sua atividade, com o obstáculo de falar como faz; o diálogo é disparado não apenas nela, mas também no coletivo de agentes de saúde, que se tornam observadoras da própria atividade.

O que conta é que o sujeito ou os sujeitos, “observados” em seu trabalho pelo pesquisador, venham a se tornar, finalmente, os observadores da própria atividade. Porque é por essa transformação, e somente do decorrer dessa transformação, que a experiência vivida pode vir a ser um meio de viver outras experiências. (CLOT, 2010, p. 247).

Nesse sentido, quando o trabalhador não consegue explicar o que e como ele faz, isso não significa a ausência de normas implícitas ou de conhecimentos conceituais acerca da atividade aliadas às escolhas. Estas são baseadas numa multiplicidade de elementos difíceis de serem explicados e verbalizados. Há uma lógica nas escolhas operadas que não são fáceis de serem verbalizadas. (CUNHA, 2007).

No diálogo sobre como realizam o preenchimento do BUP e como deveriam preenche-lo as ACS fazem distinção entre trabalho prescrito e trabalho real, justificando suas escolhas, utilizando modos diferente de se fazer, renormatizando as normas antecedentes.

Ao continuar a discussão sobre o preenchimento dos BUP's as agentes que estavam assistindo o vídeo, assim como, a ACS que participou da gravação, riram ao ouvir esta dizer:

*A N. não faz na casa das pessoas, faz o preenchimento do BUP em casa.*

---

<sup>46</sup> ACS que participou da gravação do vídeo, da adaptação da Instrução ao Sósia.

Então as agentes riram e disseram: “A N. né?! [Risos]”.

*A N. é terrível, ela fala o que é certo e o que não é também [Risos]* – disse a ACS que participou da gravação do vídeo, referindo-se, a si mesma.

Outras ACS dialogaram:

*A gente sempre faz em casa e sempre no dia de entregar.*

*Amanhã vou entregar, então vou fazer o BUP hoje.*

*A gente sempre deixa pro último dia e fica até tarde fazendo.*

As agentes de saúde informaram que o preenchimento dos BUP's deve ser feito diariamente nas casas dos usuários visitados durante as visitas domiciliares e cada paciente atendido deve ser inserido no BUP, apesar de que, somente é contabilizada a produtividade por família, e não por pessoa.

Entretanto, no cotidiano de trabalho, as agentes fazem o preenchimento dos BUP's em casa e próximo do dia da entrega para ser enviado à Secretaria Municipal de Saúde. Isso acontece por vários motivos: as agentes não levam a folha de BUP para as visitas - a folha fica em casa – apenas levam o caderno; não fazem o preenchimento durante as visitas para não atrasarem outras visitas; não escrevem o nome de todos usuários atendidos, pois não será contabilizado na produtividade, além de, dar mais trabalho; também não inserem o nome de todos, pois recebem uma quantidade pequena de BUP's - se fizerem conforme o prescrito, faltará material.

Várias são as condições reais que exigem das ACS outras formas de trabalhar para cumprir com o que está prescrito, no entanto, sem fazer conforme é orientado na prescrição. Assim, a distância entre trabalho prescrito e trabalho real possibilita um debate de valores que está em jogo na atividade, fazendo com que as ACS façam escolhas, orientadas por critérios conscientes ou inconscientes, através de debates de normas e valores; debates consigo e com os outros (ATHAYDE; BRITO, 2011).

Desta forma, Schwartz e Durrive (2007) utilizam a expressão “dramática do uso de si” (p. 193) ao se referirem a debates que cada trabalhador faz consigo ao fazerem escolhas, sendo estas, mediadas por valores, normas, riscos, regras, experiências. Ressalta-se que, apesar do trabalho ser sempre singularização ou ressingularização, ninguém age sozinho; ao fazerem escolhas os trabalhadores engajam outros com os quais também trabalham, pois, “fazer essas escolhas é também se engajar em um mundo humano atravessado de valores” (p. 194), já que, ‘os outros’ também atravessam a atividade.

Eles estão presentes em você, estão presentes na intimidade de suas escolhas e, conseqüentemente, há uma dialética muito profunda que não é constitutiva de você, mas que o trabalha profundamente, neste modo pelo qual, escolhendo esse ou aquele procedimento ou modalidade de ação, você escolherá, de uma certa maneira, a relação com os outros ou o mundo no qual você quer viver. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 194).

Enquanto Schwartz e Durrive (2007) falam de debates consigo e com outros que ocorrem no desenvolvimento da atividade, Clot (2010) em sua teoria, fala da presença de “destinatários” que interpelam diálogos e debates na ação. O subdestinatário, é utilizado para designar vozes do diálogo interior; do microdiálogo que o trabalhador faz consigo; assim como a ACS que participou da I.S. fez ao ser autoconfrontada “ *eu fiquei pensando o que eu falo? Falo a verdade ou eu falo como eu faço?* ”

Assim, a presença do observador-pesquisador na autoconfrontação possibilita que o observado, se observe em atividade. Possibilita o desenvolvimento da observação no observado. Assim, a observação do trabalhador em situação tira ele da situação, desnaturalizando seu olhar. “Desse ponto de vista, observar a atividade de outro para compreendê-la é, imediatamente, transformá-la ao incentivar o ou os sujeitos em questão a uma atividade interior específica no próprio momento da atividade exterior” (CLOT, 2010, p. 250).

Então, ao observarem a ACS do vídeo dar instruções a uma sócia acerca da sua atividade, as agentes tiveram a oportunidade de observar e dialogar com a atividade da colega e com sua própria atividade. Conforme afirma Clot (2010, p. 250) “toda observação equivale a interpor à atividade do outro entre o sujeito e sua própria atividade. ”

Assim, ao verem a ACS no vídeo explicando como se organiza para fazer as visitas domiciliares (VD's), quem prioriza; outras agentes de saúde relataram o modo como fazem essa gestão: algumas fazem as VD's nas casas que consideram serem "mais rápidas" primeiro e deixa as casas nas quais as visitas são mais demoradas por último - igual a ACS que instruiu a sócia orientou. Outras preferem priorizar as VD's mais demoradas; algumas disseram nunca ter reparado os critérios de escolha das casas a serem visitadas.

*Eu nunca fiz isso não, de regular.*

*Tem uma que eu acho que vai ser rapidinha e é a que mais demora.*

*Eu já sei as que demora.*

*Eu acho que depende de cada área, a minha é tudo morro, então eu vou subindo por uma rua e descendo por outra fazendo visita que aí não pesa tanto, independente de demorar e não demorar; às vezes acontece daquela pessoa que demora estar com pressa de despachar a gente e tem aquela outra que não demora e tá folgado, aí segura a gente ali.*

*Cada um encontra um jeito.*

As ACS vivenciam no cotidiano de trabalho direitos, deveres, prescrições, expectativas e dilemas comuns a todas. É o que Clot (2010) denomina de "sobredestinatório" - "é como uma senha conhecida apenas por aqueles que pertencem ao mesmo horizonte social e profissional" (p. 254). Nesse sentido, o sobredestinatório é:

A parte subtendida da atividade que os trabalhadores de determinado meio conhecem e observam, esperam e reconhecem, apreciam ou temem; o que lhes é comum e os reúne sob condições reais de vida; o que eles sabem que é seu dever fazer, graças a uma comunidade de avaliações pressupostas, sem que seja necessário re-especificar a tarefa sempre que ela se apresenta. (CLOT, 2010, p. 254).

Ainda que todas as ACS comunguem desta senha histórica e coletiva, há modos de trabalhar que são singulares – "no fundo, o trabalho é uma realidade profundamente coletiva. E ao mesmo tempo profundamente individual, visto que é profundamente singular" (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 194). Assim como foi enunciado nos relatos acima, cada ACS organiza suas VD's de

acordo com critérios baseados em valores, normas, conhecimentos sobre a rotina dos moradores, experiências, etc. Desse modo, as ACS fazem a gestão das visitas a partir destes parâmetros, mas que nem sempre são suficientes, pois, tem visitas que elas julgam ser rápidas, mas que demoram; outras, estimam demorar, e são rápidas. Isso denuncia a imprevisibilidade que está presente em toda atividade, na vida.

O meio é sempre infiel e convoca o sujeito a fazer novas escolhas diante das normas antecedentes fracassadas; a produzir novas ressingularizações, criando outras normas, exercitando sua capacidade normativa para recentrar este meio. A estabilização deste meio é impossível e a eliminação das suas variabilidades, torná-lo-ia invivível (CUNHA, 2007).

Se na abordagem ergológica a atividade é o ponto de encontro com o meio onde os debates acontecem, na Clínica da Atividade, ela é o oxigênio social da controvérsia, pois o conflito está no cerne da atividade em ação. Desta forma, o método de Autoconfrontação Cruzada (AC) possibilita o surgimento das controvérsias, ao comparar as diversas maneiras de fazer ou dizer, da situação observada pelo coletivo de trabalhadoras. Na AC desta pesquisa, as agentes de saúde por diversas vezes fizeram comparações, assinalando suas diferenças e também semelhanças, ao compararem suas próprias atividades com a da ACS no vídeo.

Assim, as ACS se identificaram quando a agente de saúde no vídeo falou sobre a dificuldade dos usuários em tomar os medicamentos receitados na unidade, então as ACS compartilharam as diferentes estratégias que utilizam para estimular e facilitar o uso dos pacientes.

*O paciente sempre quer enganar, sendo que o remédio tá lá cheio [Sobre o paciente não tomar o medicamento e mentir para o médico e o enfermeiro na frente da ACS].*

*Os idosos é mais complicado entender, eu já cheguei a fazer assim, a minha até faleceu; colocar solzinho pro dia e luazinha pra noite pra dizer que é pra tomar duas vezes ao dia aquele remédio, entendeu? Só que tem uns que não entende, entendeu? Já tentei colocar borrachinha vermelha, borrachinha azul e não adianta [Para facilitar os pacientes analfabetos a tomar o medicamento].*

*“Ah, vou tomar um chazinho”, mas o remédio, poucos são os que tomam direitinho.*

*É cultural preferir tomar o chazinho, ou então a pressão naquele dia tá boa e o paciente acha que não precisa tomar o remédio.*

*O que tem de paciente que não toma o remédio, muitos também porque não sabem ler, né? Aí é papel da gente de colocar o papelzinho, sol pra tomar de manhã...*

A ACS que havia participado da IS e também da autoconfrontação simples, ria ao se surpreender com o que havia falado na gravação – sua tática para essa situação era utilizar exemplos de pacientes que não tomavam regularmente o remédio e havia enfartado, para convencer outros pacientes que não gostam de tomar remédio a aderirem ao tratamento medicamentoso. A partir da fala desta ACS, outras agentes comentaram:

*Nossa! Que pressão psicológica.*

*Uma vez nós usamos o bolso, nós falou que se eles não fosse lá trocar a receita pra tomar o remédio eles ia perder o benefício [Sobre os pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos que precisam de renovar a receita para continuar pegando o medicamento na unidade, mas que deixam de retornar a UBS].*

Da mesma forma, também dialogaram sobre uma dificuldade relatada pela ACS no vídeo, mas que é comum a todas: convencer as gestantes a fazer o pré-natal. Disseram que é responsabilidade delas fazer o acompanhamento das gestantes e orientar sobre a importância do pré-natal, pois se houver algum problema durante a gestação, a culpa será do enfermeiro e este, cobrará diretamente das ACS por não terem feito o acompanhamento da gestante.

Todavia, disseram que é uma tarefa difícil - conseguir convencer algumas gestantes a fazerem o pré-natal - declararam que tem muitas gestantes irresponsáveis; outras dizem descobrir a gravidez já com 5 meses de gestação; algumas falam que vão fazer, mas não fazem. Então, assim como no caso do medicamento, as ACS fazem uso de estratégias, muitas vezes, utilizando o medo, para conseguir convencer estas gestantes.

*Eu boto o terror.*

*Um terrozinho [Risos].*

[Agentes se referindo que é necessário atemorizar as gestantes para que façam o pré-natal].

Outro ponto de discussão, foi quando as ACS dialogaram sobre as perguntas contidas na ficha A (de cadastro das famílias), pois, como algumas ACS não veem importância em determinadas perguntas, então, deixam de fazê-las, transgredindo a prescrição.

*Tem umas coisas que a gente pergunta e tem umas coisas que a gente acha imbecil e não pergunta.*

*Mas tem coisa que a gente acha que é boba e a gente fica surpresa, na minha área eu achava que tinha uma fossa no quintal e a mulher disse que o esgoto era a céu aberto.*

[Uma ACS justificou que tem moradores que não gostam que elas perguntem, por exemplo, se tem água filtrada].

Outra ACS respondeu rindo – *Mas é nossa obrigação perguntar.*

*Mas tem gente que não aceita.*

*Teve uma época que a prefeitura ia dar banheiros e um monte de gente nas casas que tinha banheiro, deixou de ter [ somente no papel, ao responderem na ficha A que não tinham], porque tava tendo um projeto na prefeitura que ia ganhar banheiro e isso não saiu do papel e ficou um monte de gente sem banheiro na ficha A, e ficaram um tempão enchendo o saco [cobrando os banheiros às ACS].*

Diante do fato ocorrido e por não acreditarem nas promessas feitas pela prefeitura, as ACS disseram que tem serviços que elas deveriam divulgar, mas não divulgam, devido à incerteza deles existirem.

*Por exemplo, tem o carro móvel agora do dentista, pediram pra divulgar, mas eu não divulguei, como eu não acreditei nisso, eu não divulguei nada; assim, eu esperei vim mesmo, como tem que agendar pros acamados, aí eu divulguei.*

*Ouvi falar que o aparelho não é tão bom.*

*Eles fizeram um ambulatório móvel de dentista, na casa da pessoa tem um acamado, ele não tem condição de ir ao dentista, então o dentista vai até ele; ela vai levar uma maleta, onde ali ela vai levar todos aqueles instrumentos de fazer limpeza, fazer*

*extração, só que a dentista não fica bem acomodada, então o serviço não fica tão bem feito igual na unidade; fora que ela não tem todo o material ali.*

*Às vezes que eu vi as fotos ela fica em pé, ela não tem cadeira pra sentar ali [ se referindo a dentista].*

*Parece que o sugador não tá funcionando, não sei se agora funcionou.*

Mais importante do que o diálogo sobre a funcionalidade ou não, do novo serviço de odontologia ambulante na comunidade, é a discussão que emerge a partir dele. Por terem vivenciado situações como esta, de divulgar um serviço e ele não estar disponível na unidade, ou não ser eficaz, as ACS preferem aguardar para ver se é verdade e se funciona, de fato.

Discutir sobre a funcionalidade do serviço odontológico é um meio para discutir sobre a eficácia dos serviços que as agentes têm que divulgar, sendo que, muitos desses serviços ficam apenas no prescrito, no papel; ou quando funcionam, por já conhecerem a defasagem de estrutura da unidade, da falta de materiais e de condições para que estes serviços sejam colocados em prática com qualidade - até mesmo a falta de equipes completas da ESF- as ACS preferem segurar a informação até que o serviço seja realmente implantado, a fim de evitar cobranças da população daquilo que elas informaram e que não funcionou; escolha essa, ancorada em experiências e histórias anteriores. Desta forma, filtrar a informação sobre os serviços a serem divulgados na comunidade também é uma forma de preservar a confiança, o respeito e a credibilidade da comunidade, conquistada pelas ACS.

Ao ouvirem a ACS no vídeo falando sobre a entrega de preservativo e da existência da “folhinha do preservativo”, a qual, os pacientes têm que assinar para constar que receberam, uma ACS relatou uma situação delicada que vivenciou nesse contexto.

*Na minha área tinha uma garota de programa e pra ela eu entregava uma caixa fechada de preservativo, mas na folhinha, você só podia dar uma quantidade X de preservativo – 12 por mês – aí na época pra assinar a folhinha, o que eu fazia, eu assinava, colocava meu irmão pra assinar, botava meu marido pra assinar, entendeu? Pra poder formar a caixa dela, aí teve um dia que eu tive que falar com ela - olha eu vou ter que falar pra minha enfermeira porque né? - aí ela ficou assim, porque ela ficou*



*com vergonha da enfermeira; aí eu falei, porque aí você pode pegar com a enfermeira e ela pode te dar até uma quantidade maior porque é pro seu ofício, é necessário e foi ótimo, porque ela foi, fez exames que ela não fazia, de preventivo, e nisso ela descobriu até que ela tava com HIV, entendeu? E isso mudou até a vida dela porque ela passou a se cuidar. Hoje ela não mora mais no bairro, depois que descobriu o HIV e tudo ela mudou daqui, não sei se foi por vergonha ou porque ficou com medo de vazar, não sei porquê, mas na época foi ótimo; mudou a vida dela o fato de visitar a casa dela e ela ter que usar a quantidade grande de camisinha e eu ter que passar o caso dela pra enfermeira; ajudou ela e ajudou muita gente tá, porque aqui no bairro tinha muita gente que consultava ela e eu acredito que boa parte dessas pessoas deve ter o vírus.*

No relato acima, é possível verificar como a ACS “driblava” a prescrição, criando para si e por outros, meios de conseguir uma quantidade maior de preservativos para fornecer a usuária que era garota de programa, de maneira que, esta não ficasse exposta. Nesse sentido, ao transgredir as normas, a ACS criava para si, outras normas (renormalizava), a partir de decisões baseadas em critérios de valores.

Nesse sentido, a ACS fazia uso de si por si e por outros, colocando outras pessoas da família para assinar a folha do preservativo, na tentativa e cuidado em manter o sigilo sobre o trabalho da usuária na unidade, e também na comunidade. Entretanto, ao seguir a prescrição a ACS possibilitou que a usuária não apenas tivesse acesso uma quantidade maior de preservativos, mas que estreitasse seu vínculo com a unidade de saúde - passando a se relacionar não apenas com a ACS, mas com toda a equipe; fazendo exames e sendo acompanhada.

Assim, ao ser sincera com a usuária de que não poderia continuar transgredindo aquela regra porque seria melhor a enfermeira conhecer a situação, a ACS cumpriu a prescrição sem expor a usuária e de forma cuidadosa. Nesse caso, seguir a prescrição trouxe benefícios para todos: para a ACS (que não precisou criar outros meios para conseguir assinaturas na folha do preservativo); usuária (que passou a ser acompanhada na unidade) e equipe da ESF (que ao ter acesso a este caso pode diagnosticar e tratar a usuária).

A partir do exemplo acima, as agentes comentaram que a unidade está recebendo poucos preservativos e que a quantidade atual recebida não está sendo suficiente para a distribuição feita por elas. Disseram que antes conseguiam pegar na unidade até duas caixas de preservativos por mês, mas que agora está faltando. Informaram que todo mês já tem as usuárias certas para entregar, àquelas que elas sabem que não fazem uso de nenhum outro método contraceptivo e dependem do preservativo.

*Aí depois todo mundo engravida e a culpa é de quem?*

*Da gente.*

*Da prefeitura que não manda.*

*Quem manda pra prefeitura? .*

*A Dilma.*

[Diálogo entre as ACS]

Assim, fica evidente que as agentes dependem do fornecimento de materiais e serviços para realizar seu trabalho. Dependem da chegada de vacinas para divulgar as campanhas de vacinação, da chegada de camisinha para fazer a distribuição, do funcionamento dos serviços da unidade para orientar e encaminhar os usuários, enfim, sua atividade está 'amarrada' a tudo o que acontece na UBS e na comunidade, por isso, são conhecidas como o elo entre o sistema de saúde e comunidade (SILVA; DALMASO, 2002).

Ao ouvirem a ACS no vídeo dizer sobre os favores que ela faz para os usuários – marcação de consultas, entregas de exames e requisições – as ACS comentaram:

*Você que mora na rua que você trabalha, conhece a pessoa e se alguém te pede um favor e você vê a pessoa todo dia, se você não faz né? Você fica constrangida.*

*Antigamente eu pegava, agora não pego mais não porque a unidade de saúde é dentro da minha área, se eles não puderem subir a rua deles, ali no começo da rua,*

*eles vão ir aonde, né? Aí eu não faço não; a unidade é dentro da minha área, é muito perto.*

*Teve uma paciente da minha área que ela me pediu pra pegar requisição que ela tava sem tempo pra ir lá, mas como eu entrei de férias e me acidentei, então eu fiquei um tempo sumida, mas ela teve tempo pra ir lá reclamar que eu tava sumida e pra pegar o exame não foi.*

*Eu não deixava claro não, mas agora to deixando [ACS se referindo que agora explica para os usuários que não é sua obrigação fazer esses favores para eles não reclamarem].*

Nesse sentido, ao comentarem sobre favores que fazem, de tarefas que não estão prescritas e, portanto, não são obrigações concernentes ao trabalho delas; a ACS na filmagem havia informado que tem agentes que não gostam de fazer esses favores. Ao se ver no vídeo, ficou incomodada com sua fala diante das outras ACS assistindo-a e esclareceu: *“Eu disse que não gosta gente; não fazer é outra coisa”*.

Nesse momento algumas ACS disseram que não fazem mesmo; a não ser em caso de marcação da especialidade que é uma exceção – quando os funcionários da unidade não conseguem informar os pacientes por telefone sobre a marcação da especialidade, estes pedem para as ACS levarem porque sabem a dificuldade que têm para conseguir marcar devido à demora; então pedem que agentes avisem aos usuários, para que estes não percam a consulta. Esse favor que as agentes fazem, mais uma vez foi questionado por uma ACS: *“ Mas também não é obrigação levar”*; iniciando a discussão: *“é obrigação ou não? ”*

Apesar de não estar prescrito, a maioria das agentes de saúde, no real da atividade, fazem esse favor porque sabem da dificuldade que é para conseguir uma consulta da especialidade; o que incitou questionamentos, pois, as ACS que fazem, sabem que tem outras que não fazem, mas que durante esta discussão afirmaram fazer:

*Entregar preservativo, troca de medicação, marcação de consulta, pegar receita, isso eu não faço. A única coisa que faço é a especialidade [Esclareceu uma ACS].*

*Pode brigar comigo que eu levo, mas eu sou humana.*

*Requisição simples não é minha obrigação, então eu não levo.*

*Especialidade todo mundo leva, é mais as outras coisas que cada um faz individual, então leva se quiser.*

*Marcação de consulta pra idoso todo mundo faz.*

Desta forma, a análise do trabalho a partir das confrontações, favoreceu o surgimento das controvérsias durante as discussões, visto que, modos e posturas diferentes de - realizar ou não - algumas tarefas e de pensar o trabalho foram colocados em questão. Apesar das tarefas acima descritas não fazerem parte das prescrições, muitas ACS encaram como uma obrigação, estranhando a postura daquelas que não realizam.

Outras ACS também afirmaram pegar receitas para acamados, quando a ACS do vídeo comentou que fazia, mesmo não sendo sua obrigação. Esse tema gerou polêmica acerca dos pacientes que mais fazem cobranças a elas:

*Os que mais exige de nós é aqueles que podem ir no posto, já reparou isso?*

*Os que mais cobra da gente é os que tem mais saúde.*

*Eles não entendem que o papel do agente de saúde não é fazer as coisas **por** eles, mas é fazer as coisas **com** eles, entendeu? Ai eles acham que a gente tem que fazer tudo por eles e dá na mão, de mão beijada e não é bem assim. O papel do agente de saúde é promover saúde e não fazer tudo pra eles. [Grifo nosso]*

*Às vezes a gente tira férias, fica 1 mês sumido e eles falam que tem 2 anos que a gente sumiu [Risos].*

*É o que mais tem! E agora que tá tirando férias, porque antigamente não tinha.*

*Tem casos também que você chega no portão e eles não querem te atender.*

*Tem uns que atende do interfone e fala 'já tenho plano.*

*Aí depois cobra lá no posto.*

*Tem aqueles que quando tão bem não querem te atender e quando passam mal reclamam no posto que a gente não passou, mas quando tinham saúde não quiseram te receber.*

Através deste diálogo entre as ACS, percebemos que a função “Agente Comunitário de Saúde” muitas vezes não está clara para a comunidade; ser ACS não é fazer favor para a comunidade quando esta, necessita dos serviços de saúde, apesar de quê, verificamos nos relatos acima que muitos favores são feitos por algumas ACS em benefício dos usuários. Ser ACS, conforme descreveu uma agente “*não é fazer as coisas por eles, mas com eles*”. É orientar, acompanhar, promover saúde, prevenir doenças; é também, levar informação para que estes usuários tenham autonomia e não, dependência do ACS.

No entanto, as normas antecedentes para o trabalho do ACS não definem claramente como essas ações devem ser feitas, não ancoram nem direcionam como as agentes devem realizar o trabalho; o que contribui em desvios de função e aumento de favores das ACS à comunidade, pois algumas ACS, mesmo sabendo que não tem a obrigação de fazerem tais favores, se sentem na obrigação de estarem à disposição para servir a comunidade; justificando essas ações como atos de bondade - “*pode brigar comigo que eu levo, mas eu sou humana*” - ao invés de estimular a participação social e a autonomia dos usuários, como coparticipantes na construção de uma política de saúde efetivamente pública e democrática.

As agentes de saúde também disseram que a população, por não compreender claramente sua função, confunde o trabalho delas:

*Tem muito isso de achar que o agente de saúde é médico – “apareceu um caroço aqui, pega aqui pra você ver”.*

*Muita intimidade, cria vínculo: Na minha área tinha uma senhorinha que eu tomava conta dela, e toda visita que eu fazia na rua dela, eu tinha que passar na casa dela; e quando ela morreu, que eu tive que passar lá pra pegar os dados, eu não sabia que ela tinha falecido; ela faleceu e levaram o corpo dela pra enterrar em Minas e quando eu cheguei pra pegar os dados com a família, parecia que tinha morrido alguém da minha família que eu abracei na filha dela e a gente chorou junta, terminou que eu não*

*peguei dado nenhum, que eu fui embora, fui chorando, fiquei mal, fiquei péssima; a enfermeira na época que me consolou e eu fiquei abaladíssima porque a gente cria um vínculo muito grande, o agente de saúde; eles confiam tanto na gente; que eles tem intimidade pra falar as coisas pra gente que eles não falam pra outras pessoas, tanto que, às vezes se sair algum boato eles acham que foi o agente, porque eles não escondem nada mesmo, num tem? É bonito de se ver, entendeu? O vínculo e a amizade que se cria.*

*Confiança que eles têm.*

O vínculo que as ACS têm com a comunidade é muito forte, principalmente, porque ao residirem no mesmo bairro que os usuários, frequentam espaços comuns e criam relações de amizade. Desta forma, todas as ACS moram no bairro de atuação, porém, nem todas residem na área de atuação conforme orienta a Lei 11.350/2006 que regulamenta as atividades do ACS, o que provocou discussão:

*O agente de saúde tem que trabalhar na área que mora por causa do vínculo.*

*Quando a gente entrou, a gente não teve escolha não. O enfermeiro colocou a gente nas áreas descobertas [Fala de uma das ACS nova na equipe].*

*Algumas entraram na área pelo vínculo, outras por sorteio quando duas ou mais querem a mesma área, ou por a área estar descoberta.*

*Quando eu fiz meu processo seletivo eles colocaram como exigência você ser morador de uma daquelas ruas, minha residência era dentro da minha microárea.*

*No começo era por microárea, depois passaram por área e hoje é por região.*

*Agora voltou a ser por área, não pode ser por região.*

*Não to entendendo nada, eu sei que tem que morar no bairro que você trabalha [ACS que participou da gravação da I.S.].*

Apesar de ser uma exigência da lei - ser morador da área de atuação - no real da atividade vemos que isso não acontece porque existem áreas descobertas (que não tem ACS) e áreas que moram mais de uma ACS. Então, nem todas puderam ficar na área em que residem; as ACS mais recentes na profissão não

tiveram escolha - tiveram que cobrir os lugares em que não havia cobertura de PACS/PSF.

Em contrapartida, Jardim (2007, apud BARALHAS; PEREIRA, 2011) menciona que não é o fato de o ACS morar ou não na comunidade em que atua que determinará a relação de vínculo e confiança com a população, portanto, questiona as normas do Ministério da Saúde que estabelecem a obrigatoriedade de morar na área em que irá atuar, conforme afirma a Lei 11.350/2006. Porém, outros autores como Ferraz e Aerts (2005) afirmam que o tempo de residência no local de atuação influencia parcialmente na qualidade do vínculo com a comunidade, sendo um forte fator para a integração do ACS naquele ambiente.

A Lei 11.350/2006 também assegura que para ser agente comunitário de saúde é necessário ser aprovado em processo seletivo/concurso público. As ACS desta pesquisa afirmaram que entraram através da aprovação em processo seletivo feito pela Prefeitura Municipal de Cariacica. Todas são contratadas e a cada 6 meses podem ter seus contratos renovados, ou não; disseram que a prefeitura sempre faz uma “*pressão psicológica*” nesta época. Apenas a ACS que participou da gravação da I.S. foi efetivada este ano porque iniciou o trabalho como ACS antes da Lei 11.350/2006, havendo mais de 10 anos na profissão. Assim, quando ouviram a ACS no vídeo falar que hoje está melhor para trabalhar do que há 10 anos atrás, outras ACS comentaram:

*Claro, agora ela foi efetivada.*

*Salário aumentou.*

*Tem décimo terceiro.*

Quando a ACS do vídeo fez esse comentário na I.S., não estava se referindo apenas a conquista dos seus direitos trabalhistas, mas a evolução que tem percebido com relação a melhor compreensão dos usuários quando esta informa que não é sua obrigação fazer alguns favores, que antes fazia achando que era sua obrigação.

Ao se ver no vídeo comentando sobre a importância de manter a confidencialidade daquilo que é dito pelos pacientes, a ACS da I.S. demonstrou incômodo por ter afirmado que algumas ACS comentam entre si assuntos que não deveriam ser comentados entre elas por se tratar da intimidade dos usuários. Diante da cena, ela justificou “*eu só to se explicando, tá gente?*” Mas não houve discussão, nem contradições.

Outro assunto que foi disparador de discussão, através do vídeo, foi o tráfico de drogas:

*Porque tem ruas que é mais pesado, entendeu?*

*Do mesmo jeito que tem casas que são obrigatórias ir, tem casas que a gente não precisa ir, porque são casas de risco, né? E nessas casas aí o enfermeiro termina fazendo o seguinte: ou você atende quando dá ou você não atende, porque uma vez que eu to ali, eu to no olho do furacão, eles não vão perguntar se eu sou agente de saúde, se eu to trabalhando ali; se o bicho tiver que pegar ali naquele lugar, naquele momento, entendeu?*

*Todas as minhas ruas por exemplo têm boca de fumo, mas tem casas específicas que eu não sou obrigada visitar, foi determinado até pela coordenação na época que tem casas que eu não sou obrigada a visitar, porque já aconteceu de eu entrar e eles tarem fazendo embrulho de droga; e se a polícia aparecer ali não vai perguntar se eu sou agente de saúde; vai achar que eu to usando o serviço de agente de saúde pra distribuir droga, porque isso já aconteceu até em outro bairro.*

Desta forma, apesar de estar prescrito realizar pelo menos uma V.D. em cada casa da área de adscrição, todas ACS não se arriscam a visitar as residências em que ocorre o tráfico de drogas. Isso acontece por vários motivos: medo da polícia aparecer e prender elas por presenciar situações de tráfico, medo de observar tais situações e serem ameaçadas pelos traficantes, medo de ocorrer tiroteios entre facções inimigas durante as VD's, etc.

Essa é uma realidade existente não apenas entre as ACS de Nova Rosa da Penha. Na pesquisa de Jardim e Lancman (2009), os ACS também se sentem inseguros, principalmente pelo fato de morarem na mesma comunidade em que trabalham e os usuários saberem onde moram e conhecerem suas



famílias. Temendo ameaças, evitam intervir em situações de denúncia policial e de conselhos tutelares.

Ao ouvirem a ACS no vídeo comentando sobre a instrução acerca de noções de limpeza/higiene nas casas dos usuários, as ACS disseram que orientam sobre os cuidados que cada família deve ter com o quintal, sobre a importância de manter a casa arejada, de abrir as janelas. Então dialogaram:

*Você lembra uma vez, N., que veio um pessoal, eu acho que falou que se fosse preciso era pro agente de saúde catar o lixo no quintal, era pra gente fazer? Só que isso deu um burburinho na época porque, por exemplo, na época era até questão da dengue, porque você chega na casa e como o agente de saúde promove saúde, por dentro, o interno da casa não, mas o quintal isso prejudica todas as casas naquela rua ali envolta, entendeu?*

*Não tem lixeira nas ruas.*

*Não tem nem aonde a pessoa jogar lixo.*

*Por isso que fica cheio de lixo.*

*Também não pode confundir humildade com sujeira.*

É interessante observar que, em vários diálogos entre as ACS, novas normas antecedentes são criadas para o trabalho das agentes. No relato acima, até catar lixo no quintal do usuário, foi orientado. Nesse sentido, novas normas são criadas na tentativa de solucionar problemas existentes que as normas antecedentes não preveem. Assim, exemplos como estes caracterizam “inflações de normas”, um aumento na criação de normas que, muitas vezes, geram sobrecarga de trabalho e desvios de função do ACS, ao realizarem tarefas que não concernem com o objetivo do seu trabalho.

Desta forma, ao verem a ACS no vídeo comentando que teve que ajudar na UBS pela manhã devido à greve dos funcionários, as ACS disseram que quando os ônibus entram em greve, “sobra” para elas ajudarem nos serviços da unidade porque são as únicas trabalhadoras que moram no bairro e não dependem do transporte público. Os demais funcionários não conseguem chegar, exceto os médicos quem vem de carro; o único médico que não tem

carro, é o cubano. Assim, reclamaram que não apenas nessas situações, mas também quando não há greve, sempre há outras tarefas para elas que extrapolam sua função.

*Às vezes a gente tem que ficar a manhã toda na unidade grudada pra ajudar a fazer alguma coisa.*

*Quebrar galho; ajudar.*

*Como assim? [Indaguei]*

*Por exemplo, esse mês foi agosto azul então a gente teve que ficar a manhã toda pra ajudar a enfeitar a unidade.*

*Depois pra retirar também, é o agente de saúde, tudo é o agente de saúde.*

Quando a ACS no vídeo disse que o erro é perguntar ao paciente se ele precisa de alguma coisa, porque então, ele responde que precisa de tudo, as ACS que estavam assistindo à gravação riram. Uma delas comentou: *“Teve uma casa que eu perguntei ‘precisa de alguma coisa’ aí a pessoa respondeu ‘to precisando de dinheiro’”*. [ Risos no grupo].

Nesse sentido, ao buscarem conhecer as necessidades dos usuários com a pergunta *“precisa de alguma coisa”*, várias possibilidades são abertas aos usuários, com diferentes necessidades, muitas das quais, estas trabalhadoras não poderão suprir. Outros aproveitam a oportunidade da pergunta para desabafar suas angústias com as ACS – *“virei psicóloga”* comentou a agente da gravação.

É interessante observar que ao perguntarem aos usuários quais são suas necessidades, as ACS se surpreendem com as respostas, pois aguardam respostas referentes a saúde dos usuários. Saúde numa concepção limitada a um corpo fisiológico, biológico; saúde relacionada a cuidados médicos e medicamentosos. Ao contrariarem as expectativas de respostas das ACS os usuários rompem com o paradigma da saúde ligada a ausência de doenças.

Nesse sentido, Clot (2013) difere higienismo de saúde, pois o primeiro tem como proposta a erradicação da doença e não a promoção da saúde. A

característica do trabalho das ACS na ESF deve ser a promoção de saúde e a prevenção de doenças, no entanto, o trabalho das agentes ainda é marcado por práticas higienistas que valorizam uma concepção de saúde arraigada na ausência de doenças e não na capacidade de criar outras relações, de poder adoecer e se recuperar; ter saúde é poder criar outras normas de vida; é ter autonomia; não é sobreviver a contextos já dados.

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

As ACS também comentaram situações de ciúmes entre pacientes, pois têm usuários que não entendem que existem casas que as ACS precisam de visitar mais de uma vez ao mês (acamados, por exemplo) e tem casas que não têm essa necessidade; assim, alguns pacientes ficam “controlando” as visitas feitas por elas. Uma ACS relatou:

*Eu tenho um caso na minha área que são duas vizinhas de idade que não se entendem, se a gente ficar muito na casa de uma, a outra fica com ciúme, então tem que ficar de olho no balanço e é muito ciúme mesmo, e elas chegam a se agredir; quando começa uma a falar da outra, é ficar caladinha [se referindo a como se comportar nessa situação] porque a situação é bem complicada e você fica constrangida [...] e eu aqui nesse fogo cruzado [...] **Você vai ser neutra, você vai ouvir, você tem que ouvir, tentar sair da situação de algum jeito – “ah, a gente quer saber da saúde”** - porque é tenso, tá? “Você fica mais na casa de fulano do que na minha”. [Grifo nosso].*

Ao contar a situação de ciúme que vivencia entre duas usuárias, a ACS deu instruções - detalhes de como agir, de como se comportar, do que fazer e de como fazer; deu exemplo de como tentar sair da situação referida “*ah, a gente quer saber da saúde*”. Assim, as verbalizações na análise da atividade trazem à luz as realidades de trabalho e possibilitam que as trabalhadoras coparticipantes da análise, encontrem meios de agir, transformando assim, a atividade (CLOT, 2006).

Ao ver a ACS na gravação comentando sobre a necessidade de terem cursos de capacitação, uma ACS discordou:

*Vocês vai me desculpar gente, mas a capacitação serve pra gente saber quanto pessoa, você saber daquela informação e tudo, mas pro cotidiano de trabalho, não serve pra nada; aquele negócio mesmo do transporte de medula, você usou aquilo quantas vezes no trabalho?*

Esta agente de saúde estava se referindo a um curso que todas ACS fizeram sobre o transporte de medula, entretanto, foi um curso que não teve aplicação à realidade de trabalho daquelas agentes. Então outras ACS comentaram que deve haver capacitação, mas tem que ser direcionada às necessidades de trabalho delas.

Gomes et. al. (2009) e Schubert (2009) ao discutirem sobre a formação e capacitação dos ACS também afirmam a importância de serem direcionadas às circunstâncias e necessidades de trabalho dos ACS e justificam que a atual formação que muitos ACS têm recebido não são suficientes para subsidiar o trabalho destes, pois, ao não conhecerem suas atribuições, muitos ACS se sentem responsabilizados por situações que fogem da sua atuação.

Nesta pesquisa, percebi que muitas ACS conhecem suas atribuições, apesar de também assumirem outras funções que não condizem a sua atuação. Entretanto, fazem isto, **não** por não conhecerem suas prescrições de trabalho, mas por estas não serem claras o suficiente para direcionar **como** as agentes devem trabalhar. Desta forma, as ACS trabalham diante de um “vazio de normas”, conforme denominou Schwartz, que sempre existirá em qualquer atividade; reinventando assim, outras normas de viver, de trabalhar, de ser ACS, na tentativa de recentrar o meio - de tornar o trabalho possível e vivível face a sua infidelidade.

Ao debaterem sobre (des)valorização do trabalho suas insatisfações vieram à tona:

*Mas a gente nunca é valorizada com nada; qualquer um tá na nossa frente.*

*Eles valorizam o agente de saúde, botam o agente de saúde lá em cima quando é na hora de fazer o serviço, mas quando é na hora de reconhecer remunerando bem, dando todos os seus direitos, nem uniforme o agente de saúde tem uniforme decente;*

*eles não valorizam a gente; fica questionando, a insalubridade eles dão uma merreca, ficam exigindo usos e fundos, eles não dão EPI, a gente tem que comprar.*

*É um abuso que eles fazem com os agentes de saúde, tratam a gente igual cachorro.*

*Eles quem? [Perguntei]*

*A prefeitura. O governo [federal] não, que até onde eu sei, faz tudo direitinho; o nosso salário até onde eu sei, pelo governo é outro, pelo governo a gente tem todos os direitos, quando chega na mão da prefeitura, ela não repassa.*

*O idoso é o que mais valoriza, reconhece o trabalho do agente.*

*O que mais bate perna é o que menos reconhece.*

Também declararam que falta valorização dos trabalhadores da unidade de saúde, da prefeitura e da comunidade, mas disseram que não podem generalizar pois não são todos; os idosos são exemplos desta exceção. Diante da falta de valorização, uma ACS declarou:

*Teve uma época que eu tava tão desmotivada, tão desmotivada; eu pedi pra sair uma vez e deu vontade de pedir pra sair de novo, entendeu? Não saí, porque na época que eu ia pedir pra sair, na verdade surgiu a hipótese de eu também ser efetivada, aí eu falei “então vou esperar”, entendeu? Mas aí não fui efetivada.*

Nesse sentido, as ACS vivem diante de um paradoxo: valorização *versus* desvalorização. Conforme descreveu uma ACS, são valorizadas na hora de realizar o serviço, entretanto, no momento de serem gratificadas, de terem seus direitos trabalhistas garantidos, são desvalorizadas. Ressalta-se que há 3 anos atrás, as ACS desta pesquisa não tinham direito a férias e também não recebiam insalubridade. Estas ACS continuam com vínculos de trabalho precarizado e temporário, através de contratos que são renovados a cada semestre e que perduram por anos, sem terem a carteira assinada e outros direitos garantidos.

Em contrapartida, dizem ser valorizadas pelo governo ao realizarem seu trabalho “*eles botam o agente de saúde lá em cima na hora de fazer o serviço*”. Entretanto, “[...] *quando é pra reconhecer, não valorizam a gente*”. Nesse

sentido, Nogueira (2002) expressa que muitas vezes os governantes apresentam o trabalho dos agentes comunitários de saúde como mais uma “obra de governo” (p. 92).

Desta forma, o trabalho das ACS é valorizado quando vira alvo de campanhas político partidárias e de interesses estatistas, quanto estas são vistas enquanto “agentes da solidariedade” nos serviços básicos de saúde do SUS. As ACS também são valorizadas quando a população compreende que o seu papel está relacionado ao assistencialismo, ao fornecimento de favores e ajuda à comunidade.

São valorizadas, quando expectativas são depositadas no trabalho das ACS para a reorientação do modelo de atenção à saúde, para a efetivação da atenção básica e para a expansão da Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, Nogueira (2002, p. 90) afirma que,

[...] o ACS suporta um “peso” excessivo de tarefas e responsabilidades, cada vez mais ampliadas, trazendo consigo múltiplas e contrapostas expectativas depositadas pelos gestores do SUS, expectativas que não podem ser correspondidas na prática e diante das quais os profissionais de desenvolvimento de recursos humanos também não sabem o que fazer.

Nesse sentido, Nogueira (2002) aponta que ideias, tais quais, de que o ACS precisa de um preparo técnico, de um perfil estruturado, de um cargo nas modalidades organizacionais do Estado, reverberam em exigências de um modelo estatista e afirma que tem faltado investimentos e instrumentos adequados na preparação destes trabalhadores, indicando que o Estado “ainda não sabe que estatuto lhe conferir de um ponto de vista trabalhista” (p. 91) “com um preço que, infelizmente, é pago pelo próprio ACS” (p. 92).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“É a poesia que deve nos lembrar que à nossa frente existe algo que nos escapa” (Jean Starobinski).*

Assim como nos lembra a poesia, a atividade escapa a qualquer prescrição e previsibilidade, ainda que se possa antecipar parcialmente, ela nunca será plenamente previsível, e desloca o trabalhador a pensar, a viver, a escolher e fazer de outros modos, nunca antes planejados. Não apenas a capacidade inventiva e criativa de criar outras formas e normas para si e para outros, consiste a atividade. Ela nos instiga, pois é também aquilo que não se fez; que fez sem querer fazer e também, aquilo que se faz para não fazer o que tem que ser feito (CLOT, 2006).

Portanto, esta pesquisa foi pensada, de modo a fazer disparar nas ACS co-analisantes - embates, afrontamentos, estranhamentos, contradições e controvérsias - que produzissem desvios, deslocamentos, análises e descobrimentos acerca da própria atividade, antes naturalizada e encoberta por aquelas que a realizam todos os dias.

Buscou-se fazer com que as agentes de saúde olhassem para a própria atividade com outras lentes, outros olhares, outros pontos de vista, outras histórias e experiências, vislumbrando a potência de não apenas descobrir sua atividade, mas de podê-la transformar.

Fazer uma adaptação, de dois principais métodos da Clínica da Atividade, foi um trabalho desafiador. Filmar a técnica “Instrução ao Sósia”, possibilitou não apenas o detalhamento do trabalho, voltando-se mais para a questão do “como” do que do “porque”, como também, o acesso aos conflitos e escolhas que presidem a constituição das intenções da ação do trabalhador (CLOT, 2006).

Foi a partir da gravação da Instrução ao Sósia que foi possível realizar as autoconfrontações. Num primeiro momento foi realizada a Autoconfrontação Simples, confrontando a ACS que participou do vídeo na instrução ao sósia

com sua imagem, com suas verbalizações, ao dar orientações, dicas e macetes sobre o próprio trabalho.

A autoconfrontação simples teve seu objetivo atingido, visto que, fomentou estranhamentos, surpresas, conflitos, descobertas e análises da própria ACS participante, pois a autoconfrontação possibilita o diálogo interior desde a realização da filmagem - quando o trabalhador se serve da observação do pesquisador e da câmera para observar a si mesmo – até quando o trabalhador é solicitado a dar explicações diante do filme da sua própria atividade (KOSTULSKI, 2013).

Ao se ver com os olhos de um outro, o trabalhador passa a questionar suas escolhas e modos de fazer, tendo a possibilidade de construir outros pontos de vista que lhe possibilitará entrar em diálogo com seus colegas nas autoconfrontações cruzadas (KOSTULSKI, 2013).

A partir da análise da atividade desenvolvida pelas próprias ACS pudemos compreender os porquês das transgressões às prescrições viabilizando outros modos e meios de agir e de transformação do trabalho pelas trabalhadoras.

Vimos que a atividade das ACS é atravessada por dilemas e expectativas que abarcam, não apenas, expectativas destas ACS, mas da comunidade, dos gestores das políticas de saúde, da equipe de trabalhadores na unidade e do governo.

Engendradas nessas circunstâncias, as ACS vivem o paradoxo da “valorização prescrita *versus* desvalorização real”. Enquanto são valorizadas nas cartilhas, nas políticas de assistência à saúde e em campanhas político-partidárias; as ACS são desvalorizadas por não terem seus direitos trabalhistas garantidos, pelos vínculos de trabalho precarizado e pela falta de melhores condições e meios de trabalho. São desvalorizadas pela equipe de trabalho, quando esta a coloca numa hierarquia inferior por não terem o mesmo nível de escolaridade e pela comunidade, quando esta acredita que o agente de saúde é apenas um “agente da solidariedade”, estando a serviço dos usuários, para atender seus favores.



Cercadas por diferentes expectativas que correspondem a “um mar de inflações de normas<sup>47</sup>”, às ACS tem vivenciado conflitos no desenvolvimento da atividade. Tensionamentos advindos das possibilidades de atender ou não às diversas perspectivas - que muitas vezes se opõem - posto que vem de diferentes lugares e interesses; e embates que surgem por não terem normas antecedentes que subsidiem suas ações, caracterizando “vazios de normas”.

Diante desse vazio de normas e na tentativa de corresponderem às expectativas impostas, as ACS desenvolvem atividades outras, não pertinentes as atribuições prescritas, levando-as ao desvio de função e a sobrecarga de trabalho.

Outro fator que caracterizou a atividade das ACS foi a presença constante da imprevisibilidade. Nos relatos sobre as visitas domiciliares, a infidelidade do meio afirmada por Canguilhem (2014), se fazia constante. Nesse sentido, a lacuna existente entre trabalho prescrito e trabalho real se fazia notória, levando as ACS a criarem outras normas, na tentativa de recentrar o meio, com suas próprias normas.

Entretanto, essa renormalização não ocorria de modo simples, antes envolvia dramáticas dos usos de si - ancoradas por afetos, histórias, experiências, conhecimentos e valores em jogo nas situações de trabalho, os quais determinam que os trabalhadores façam escolhas baseadas nestes critérios (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

E foi a partir da busca de conhecer a incessante imprevisibilidade da atividade das agentes comunitárias que esta pesquisa foi constituída. Desta forma, acreditamos que as metodologias aqui escolhidas e utilizadas, contribuíram para que as variabilidades dos processos de trabalho das ACS viessem à tona enunciando contradições e divergências nos modos de trabalhar, em circunstâncias marcadas por frágeis prescrições – pois são insuficientes para direcionar as ACS no desenvolvimento do trabalho – assim também, revelando um vazio de normas existente entre normas antecedentes e real da atividade;

---

<sup>47</sup> Inflações de normas, pois muitas “normas” são criadas a partir de expectativas que são geradas no trabalho das ACS.

produzindo conflitos, elaborações e reelaborações nas análises produzidas, ampliando as possibilidades de ação.

Esperamos que as análises produzidas nesta pesquisa, não apenas pela pesquisadora, mas por todas as agentes comunitárias de saúde que aceitaram participar deste desafio, reverberem na formação de novas ACS e sejam um início e não um fim, para a produção de novas interlocuções que vislumbrem outros conflitos, deslocamentos, controvérsias, e transformações que nos façam lembrar que, assim como a poesia, o real da atividade nos escapa...

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, U.R. **Tramas e Urdiduras: O Protagonismo como Exercício na Atividade de Professores de Educação Física**. 2014. 308 f. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Revista Brasileira De Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n.1, p. 19-25, jan./fev., 2004.

ATHAYDE, M.; BRITO, J. Ergologia e clínica do trabalho. In: Bendassolli, P.F.; Soboll, L.A.P. (orgs.) **Clínicas do Trabalho**. São Paulo, Ed. Atlas S.A., 2011.

BACHILLI, R.G.; SCAVASSA, A.J.; SPIRI, W.C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 51-60, 2008.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, 2011.

BATISTA, M.; RABELO, L. Imagine que eu sou seu sócia... Aspectos técnicos de um método em clínica da atividade. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. 2013, v. 16, n. 1, p. 1-8.

BENEVIDES, R. de. B.; BARROS, M. E. B. de. Da dor ao prazer no trabalho. In: FILHO, S. B. S.; BARROS, M. E. B. de. (orgs.). **Trabalhador da Saúde Muito Prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ed. Unijuí, 2007.

BRASIL. **PORTARIA N° 1.886, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997**. Disponível em:

<[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21\\_Portaria\\_1886\\_de\\_18\\_12\\_1997.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf)> Acesso em 4 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. **DECRETO Nº 3.189 DE 4 DE OUTUBRO DE 1999.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3189.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm)> Acesso em 2 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, jan.2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia\\_psf1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf)>.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 10.507 DE 10 DE JULHO DE 2002.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10507.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm)> Acesso em 2 de out. 2013.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 11.350 DE 5 DE OUTUBRO DE 2006.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm)> Acesso em 8 de abril 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Grupo de Trabalho de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Grupo%20de%20Trabalho%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>> Acesso em maio de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Redes de Produção de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011.** Disponível: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> Acesso em 22 de ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Formação em Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, J.; MUNIZ, H.P.; SANTORUM, K.; RAMMINGER, T. O Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde: Entre a inflação e a ausência de normas. In: Assunção, A.A.; Brito, J. (orgs). **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2011.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl.1, p. 1509-1520, 2010.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. 2. ed.: Vozes, 2006.

\_\_\_\_\_. **Trabalho e Poder de Agir**. Ed. FABREFACTUM, 2009.

\_\_\_\_\_. A Psicologia do Trabalho na França e a Perspectiva da Clínica da Atividade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22 – n.1, p. 2-7-234, Jan./Abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P (orgs.). **Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade**. Ed. Atlas, São Paulo, 2011.

\_\_\_\_\_. O ofício como operador de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2013, vol.16, n. especial 1, p. 1-11.

COSTA, S.L.; CARVALHO, E.N. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Santos, v.17, n.11, p. 2931-2940, 2012.

COSTA, S.M.; ARAÚJO, F.F.; MARTINS, L.V.; NOBRE, L.L.R.; ARAÚJO, F.M.; RODRIGUES, C.A.Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Montes Claros (MG), v.18, n.7, p.2147-2156, 2013.

CUNHA, D. M. Notas Conceituais sobre a Atividade e Corpo-si na Abordagem Ergológica do Trabalho. UFMG, GT: Trabalho e Educação, n. 9, 2007.

\_\_\_\_\_. Trabalho, humana atividade. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. 2013, v. 16, n. especial 1, p. 25-35.

DAL POZ, M. R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de Saúde. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. n. 54, 1984.

\_\_\_\_\_. **Trabalho Vivo**: Trabalho e emancipação. Tomo II. Brasília: Paralelo 15, 2012.

DUC, M.; DURAFFOURG, J.; DURRIVE, L. O Trabalho e o ponto de vista da atividade. In: Schwartz, Y. Durrive, L. (orgs). **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Ed. UFF, 2007.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FILGUEIRAS, A.S.; SILVA, A.L.A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011.

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.70-75, maio/ago., 2004.

\_\_\_\_\_. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, set./out., 2004.

GERNET, I.; DEJOURS, C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (orgs). **Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade**. Ed. Atlas, São Paulo, 2011.

GOMES, K.O.; COTTA, R.M.M.; CHERCHIGLIA, M.L.; MITRE, S.M.; BATISTA, R.S. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, p.744-755, 2009.

\_\_\_\_\_. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p. 1143-1164, 2010.

GOMES, R. da S. **O trabalho no programa saúde da família do ponto de vista da atividade**: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial. 2009. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da Ergonomia. São Paulo: Blucher. 2001.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**; v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009.

JORGE, M.S.B.; ALBUQUERQUE, K.M.; PEQUENO, L.L.; ASSIS, M.M.A.; GUIMARÃES, J.M.X. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no Programa de Saúde da Família. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v.10, n.2, p.128-136, jul./dez., 2007.

KOSTULSKI, K. A Linguagem na análise da atividade: formas de realização e funções psicológicas. **Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho**. 2013, v. 16, n. especial 1, p. 59-68.

LOPES, D.M.Q.; BECK, C.L.C.; PRESTES, F.C.; WEILLER, T.H.; COLOMÉ, J.S.; SILVA, G.M. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 46, n. 3, p. 633-40, 2012.

MATURANA R. H.; VARELA G. F. **A Árvore do conhecimento**: as bases biológicas do entendimento humano. Campinas, SP. Editorial Psy II, 1995.

NASCIMENTO, C.B.M. **Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde**: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife. XXI Curso de Especialização em Saúde Pública, 2005, Fundação Oswaldo Cruz.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis- O Agente Comunitário de Saúde. ISSN 1415-4765, RJ, 2000.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n..10, p.75-94, fev. 2002.

NUNES, M.O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B.A.; HOMEM, C.R.; MELO, M.C.I.C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639-1646, nov./dez., 2002.

OLIVEIRA, G.N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. 168 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2011.

OSÓRIO, C. da S. As Ações de Saúde do Trabalhador como Dispositivo de Intervenção nas Relações de Trabalho. In: ROSA, E. M.; NOVO, H. A.; BARROS, M. E. B. de.; MOREIRA, M. I. B. **Psicologia e Saúde**: Desafio às Políticas Públicas no Brasil. Ed. Edufes, Vitória, 2007.

PAULON, S. M. A. A Análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, v. 13, n. 3, pp. 18-25, 2005.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. A Cartografia como Método de Pesquisa-Intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. (Org.). **Pistas**



**do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PEZZATO, L. M.; PRADO, G. do. V. T. Pesquisa-Ação e Pesquisa-Intervenção: Aproximações, Distanciamentos, Conjugações. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (orgs). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. Ed. Hucitec, 1 ed., São Paulo, 2013.

PUPIN, V.M.; CARDOSO, C.L. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**, Ribeirão Preto (SP), v. 13, n. 2, p. 157-163, 2008.

QUEIRÓS, A.A.L.; LIMA, L.P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10 n.2, p.257-281, jul./out. 2012.

REZENDE, M.; BRITO, J.; ATHAYDE, M. A automobilização de uma teleatendente para enfrentar as adversidades do trabalho em um Call Center. **Laboreal**, v.5, n.2, p. 63-75, 2009.

ROBLES, A.F. Las agentes comunitarias de salud em el Brasil contemporâneo: la “policía amiga” de las madres pobres. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**. ISSN 1984-6487 / n.12, p.92-126, 2012.

RODRIGUES, C.; TEDESCO, S. Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo. In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L. do. (orgs.). **Ética e Subjetividade: Novos impasses no contemporâneo**. Ed. Sulina, 2009.

RODRIGUES, D. L. D. I. **A Autoconfrontação Simples e a Instrução ao Sósia:** entre diferenças e semelhanças. 2010. 165 f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2010.

ROOSLI, A.C.B.S.; ATHAYDE, M. Gestão, Trabalho e Psicodinâmica do Reconhecimento no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In: Assunção, A.A.; Brito, J. (orgs). **Trabalhar na Saúde:** experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2011.

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S.M. Articulação das ações e interação dos agentes comunitários de saúde na equipe de saúde da família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 665-672, 2012.

SANTOS, K.T.; SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A.S.; ARCIERI, R.M.; CARVALHO, M.L. Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.16, Supl.1, p. 1023-1028, 2011.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 240 pp. 2002.

SEGATTO, A. C. **Formação de Apoiadores: Histórias e Caminhos Possíveis num Processo de Territorialização da Atenção Primária à Saúde do Município de Cariacica**. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. de. C. A Percepção do Usuário do Programa Saúde da Família sobre a Privacidade e a Confidencialidade de suas Informações. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 42-49, 2009.

SCHUBERT, J. **Modos de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Entre o Discurso Institucional e o Cotidiano de Vulnerabilidade**. 2009. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SCHWARTZ, Y. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, 2004.

\_\_\_\_\_. Trabalho e Gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. et. al. (Orgs.). **Labirintos do Trabalho: Interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

\_\_\_\_\_. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: Schwartz, Y. Durrive, L. (orgs.) **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Ed.UFF, 2007.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L.; DUC, M. Trabalho e Ergologia. In: Schwartz, Y. Durrive, L. (orgs) **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Ed. UFF, 2007.

\_\_\_\_\_. Técnicas e Competências. In: Schwartz, Y. Durrive, L. (orgs.) **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Ed.UFF, 2007.

\_\_\_\_\_. Trabalho e Usos de Si. In: Schwartz, Y. Durrive, L. (orgs.) **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Ed.UFF, 2007.

TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M. et. al. (Orgs.). **Labirintos do Trabalho: Interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.10, p.75-94, fev. 2002.

## APÊNDICES

### Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

A atividade dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família: entre dramáticas e (re)criações.

Universidade Federal do Espírito Santo - UFES /Centro de Ciências Humanas e Naturais - CCHN /Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional - PPGPSI

- Responsável pela pesquisa: Renata Oliveira Sampaio
- Nome do voluntário:
- Idade: N° identificação:

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa de mestrado “A atividade dos Agentes Comunitários de Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: entre dramáticas e (re)criações”.

Compreendemos que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um trabalhador fundamental para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e também para o modelo de Atenção Primária à saúde. Considerando a importância da atividade desenvolvida pelos ACS's, esta pesquisa pretende colocar em análise o trabalho dos ACS no contexto da ESF.

O objetivo desta pesquisa é colocar em análise a atividade dos agentes comunitários de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família da Unidade de Saúde do bairro Nova Rosa da Penha, no município de Cariacica, ES. Objetiva-se conhecer suas formas de organização e gestão do trabalho e analisar as ações destes trabalhadores diante das imprevisibilidades que constituem a realidade de trabalho dos ACS. Portanto, a finalidade da pesquisa não será avaliar a atividade dos agentes comunitários de saúde, mas colocá-la em análise com os próprios trabalhadores.

Os métodos utilizados serão três encontros grupais com duração de 3 horas cada, para discutir assuntos como: saúde; trabalho do ACS e desafios deste trabalho. Após esses encontros, uma agente de saúde será escolhida para participar da técnica “Instrução ao Sósia” que consiste em pedir a um trabalhador que dê instruções a um sósia – trabalhador com características físicas semelhantes- sobre como realizar o trabalho, de modo que ninguém o perceba que será substituído pelo sósia. Essa atividade será filmada e depois exibida a ACS participante que poderá comentar, fazer sugestões e críticas ao vídeo assistido. Essa segunda etapa também

será filmada. Após essas duas filmagens o vídeo será editado e exibido ao grupo com os 10 ACS'S que participaram das discussões grupais iniciais e debatido. O objetivo desse dispositivo será a discussão e análise da atividade dos ACS's através da confrontação das agentes participantes com o vídeo exibido; o objetivo é que o vídeo seja um disparador de diálogos e análises da atividade, feita pelos próprios trabalhadores, e não a exposição do trabalhador participante da filmagem.

É importante ressaltar que as imagens obtidas não serão exibidas em nenhum momento fora da perspectiva da pesquisa, e a identidade dos participantes será mantida em sigilo. Esse material (encontros grupais, vídeo e discussão do vídeo) será fundamental para os resultados finais da pesquisa.

Não há indícios de riscos ou desconfortos aos participantes quanto ao método a ser utilizado, sendo que o contato com eles está centrado nas conversas referidas e não há nenhum tipo de material invasivo a ser utilizado nesta pesquisa.

Os benefícios que se pretendem com esta pesquisa são contribuir para o conhecimento, atuação e desenvolvimento de novos saberes do trabalho do ACS a partir do próprio trabalhador.

A participação nesta pesquisa é *voluntária* e o participante tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. Mesmo assim o voluntário pode sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados a esta pesquisa, mediante contato direto com a pesquisadora. Os participantes que aceitarem participar desta pesquisa receberão uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido –TCLE.

As informações geradas desta pesquisa serão divulgadas em eventos ou publicações pertinentes, mas não haverá identificação dos participantes envolvidos, sendo assegurado o sigilo dos responsáveis pelo estudo, garantido o anonimato dos voluntários. Em relação ao material coletado, como gravações, áudios e filmagens, estes serão mantidos em arquivo magnético, depois de concluída esta pesquisa, sob a guarda da pesquisadora, por 5 anos e posteriormente serão destruídos.

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura deste documento declaro ter sido informado (a) suficientemente do projeto de pesquisa acima descrito e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, pelo que acredito ter clareza de tudo o que foi explicado, sabendo que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar como voluntario deste estudo.

Cariacica - ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do voluntário

Cariacica – ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Universidade Federal do Espírito Santo –UFES.

Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional - PPGPSI

**Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP - Goiabeiras**

Campus Universitário de Goiabeiras (Prédio Administrativo do CCHN),

Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória – ES.

CEP: 29.075-910

Telefone: 27-3145-9820

E-mails: [aroeiraka@hotmail.com](mailto:aroeiraka@hotmail.com) / [cep.goiabeiras@gmail.com](mailto:cep.goiabeiras@gmail.com)

## Apêndice B – Ficha A

	FICHA A	<b>PACS/PSF</b>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			UF <input type="text"/>
ENDEREÇO		NUMERO	BAIRRO		CEP	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNCIA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

*Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas*

ALC - Alcoolismo  
CHA - Chagas  
DEF - Deficiência  
DLA - Diabetes

EPI - Epilepsia  
GES - Gestação  
HA - Hipertensão Arterial  
TB - Tuberculose

HAN - Hanseníase  
MAL - Malária












## Apêndice F – Ficha de Acompanhamento de Pessoas com Tuberculose

FICHA B - TB		PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA										SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE DA FAMÍLIA										ANO	
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:										ANO	MÊS							
<b>ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE</b>																							
Identificação	Sexo	Idade	Tarefas	Meses												Outras Informações							
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Nº Comunicantes	Comunicantes < 5 anos						
Nome:			Toma medicação diária																				
Endereço:			Reações indesejáveis																				
			Data da última consulta																				
			Exame de escarro																				
			Comunicantes examinados																				
			< 5 anos com BCG																				
Nome:			Toma medicação diária																				
Endereço:			Reações indesejáveis																				
			Data da última consulta																				
			Exame de escarro																				
			Comunicantes examinados																				
			< 5 anos com BCG																				
Nome:			Toma medicação diária																				
Endereço:			Reações indesejáveis																				
			Data da última consulta																				
			Exame de escarro																				
			Comunicantes examinados																				
			< 5 anos com BCG																				
Nome:			Toma medicação diária																				
Endereço:			Reações indesejáveis																				
			Data da última consulta																				
			Exame de escarro																				
			Comunicantes examinados																				
			< 5 anos com BCG																				
Nome:			Toma medicação diária																				
Endereço:			Reações indesejáveis																				
			Data da última consulta																				
			Exame de escarro																				
			Comunicantes examinados																				
			< 5 anos com BCG																				
Nome:			Toma medicação diária																				
Endereço:			Reações indesejáveis																				
			Data da última consulta																				
			Exame de escarro																				
			Comunicantes examinados																				
			< 5 anos com BCG																				

**Apêndice G – Boletim Único de Produtividade (BUP)**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA**  
Secretaria Municipal de Saúde

### BOLETIM ÚNICO DE PRODUTIVIDADE

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_


Nº	Prontuário	Unidade Saúde			Especialidade				Cód.		Uso exclusivo do DCA		
		Código	Nome Completo	Sexo	Data Nasc.	F.E	Bairro/Munic.	Tipo Atend.	Grupo Atend.	Diagnóstico			

Assinatura e Carimbo do Profissional


Visto e Assinatura da chefe da US



### Apêndice I – Cartão da Criança



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**Cartão da Criança**

Nome da criança: _____	Data de nascimento: ____/____/____	Local: _____	Mãe: _____	Pai: _____	Mês de Nascimento: _____	N° Familiar: _____	
Endereço: _____							
Seg: _____ Avul: _____ Microárea: _____							
Observações: _____							
Comprimento (cm): _____ Peso em (gramas): _____ Perímetro cefálico (cm): _____							
Apgar 5': _____							Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Cesárea
1 <sup>a</sup> dose	2 <sup>a</sup> dose	3 <sup>a</sup> dose	Reforço	1000	1000	1000	1000
Data/Refeição	Data/Refeição	Data/Refeição	Data/Refeição	Pele Amarela	Tórax Amarelo	Tórax/Secreç.	Tempo Verde
VACINAS OBRIGATORIAS NO PAIS DE VIDA	VACINAS OBRIGATORIAS NO PAIS DE VIDA	VACINAS OBRIGATORIAS NO PAIS DE VIDA	VACINAS OBRIGATORIAS NO PAIS DE VIDA	VACINAS OBRIGATORIAS NO PAIS DE VIDA	VACINAS OBRIGATORIAS NO PAIS DE VIDA	VACINAS OBRIGATORIAS NO PAIS DE VIDA	VACINAS OBRIGATORIAS NO PAIS DE VIDA
DTP/DTaP	DTP/DTaP	DTP/DTaP	DTP/DTaP	DTP/DTaP	DTP/DTaP	DTP/DTaP	DTP/DTaP
C/Com. Hepat. B	C/Com. Hepat. B	C/Com. Hepat. B	C/Com. Hepat. B	C/Com. Hepat. B	C/Com. Hepat. B	C/Com. Hepat. B	C/Com. Hepat. B

Documento válido em todo o Território Nacional como comprovante de vacinação. Não pode ser retido.

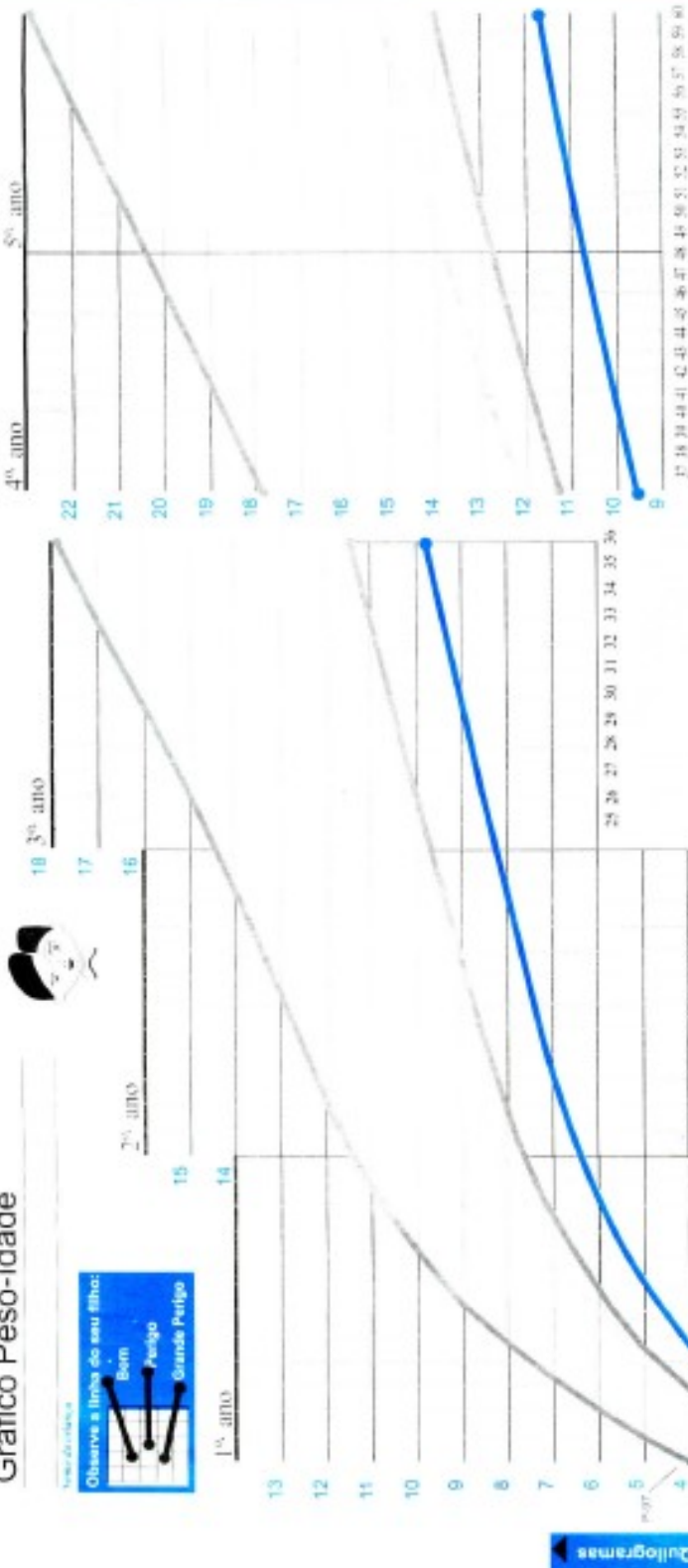
<b>A vacina está em dia?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
--	--

ALEITAMENTO: 1 - EXCLUSIVO    2 - MISTO    3 - ARTIFICIAL

## Gráfico Peso-Idade

**Observa a linha do seu filho:**

- Bem
- Pesado
- Grande Perigo



Analisar a evolução para a idade de 100 kg

Faça a anotação da ocorrência no mês correspondente

**A** Início da introdução de novos alimentos      **D** Diaréia      **H** Hospitalização

**P** Presença      **C** Outros doenças





## Apêndice L – Declaração de Não Aceitação da Visita do ACS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenação de PSF/ACS

### DECLARAÇÃO

Eu não aceito a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde  
\_\_\_\_\_ lotado na equipe \_\_\_\_\_  
microárea \_\_\_\_\_, por motivos pessoais.

Cariacica/ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Ass. do morador: \_\_\_\_\_

Ass. do Funcionário: \_\_\_\_\_

Ass. do Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Testemunhas (caso de não assinatura do morador):

1ª testemunha \_\_\_\_\_

2ª testemunha \_\_\_\_\_

Av.: Brasil, 38, Jardim América, Cariacica Cap:29140-490  
Tel.: (27) 3346-5526  
E-Mail: psfcariacica@yahoo.com.br

