

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

Carlos Augusto Piccinini

**“A saúde bate a sua porta”: estratégias de cuidado dos Agentes Comunitários de  
Saúde na Atenção Básica**

Porto Alegre

2012

Carlos Augusto Piccinini

**“A saúde bate a sua porta”: estratégias de cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Básica**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Rosane Azevedo Neves da Silva

Porto Alegre

2012

## Agradecimentos

Gostaria de oferecer este escrito à todos aqueles que possibilitaram sua produção. Primeiramente, à professora Rosane Neves pelo empenho e atenção na leitura e orientação deste trabalho. Aos colegas de pesquisa, André e Gustavo, pelo cotidiano de trabalho e reflexões de parada de ônibus, que em muito contribuíram na provocação e construção destes questionamentos.

Às queridas professoras que aceitaram o convite para comporem a banca deste trabalho: Cláudia Abbês, pelo acolhimento oferecido aos convites de qualificação e defesa, e por sua leitura atenciosa, que resultaram em contribuições precisas e intensas! À professora Simone Paulon, que acompanhou este trajeto mais de perto, pela parceria na construção destes trabalhos e pela alegria contagiante com que possibilita à luta pela saúde e pela vida. À professora Gislei Lazzarotto, em nossas aproximações tímidas e intensas desde a época da graduação; pela admiração que tenho com seu trabalho (“é uma artista!”) e pelo orgulho de tê-la compondo a leitura/avaliação deste trabalho.

Aos amigos, Gabriel, Pedrão, Pedro Lunaris, Petry, Bera, Iuri, Alexei, Michel e Caetano, pelas presenças e ausências, pelos inúmeros convites e encontros, pelas palavras. Aos companheiros de cervejaria, Lucas, Lívia, Ricardo e Julia, que em nossas diversões concretas, possibilitamos a construção de sonhos malucos e delírios lupulados. Aos professores Danichi e Marceu, por suas inspirações nesta jornada, pelas leituras, pelo exemplo que precede e pelo incontáveis butecos. Aos grandes amigos Pablo e Mari, por sempre nos surpreender com a possibilidade de novos olhares para a vida. Aos companheiros de Palavraria! Pelos muitos filmes e músicas trocados, pelos cafés filosóficos, e pela tentativa frustrada de escrever em um lugar estranho, quando ele se torna próximo.

Que sigam presentes por estes caminhos!

Um agradecimento especial à minha família, Ademir e Teresinha, que aguentaram (e sempre aguentam) os silêncios e as distâncias entre Montenegro e Porto Alegre, pelas discussões inflamadas que se fazem presentes nos sábados à noite, pelos churrascos de domingo ao meio-dia. Ao “mano”, Dudu, que de uma forma ou de outra segue pedalando a Antonia comigo em sua garupa, a desbravar esta estranha vida, tão próxima. À sua companheira de jornada, Tenille, que lhe traz a alegria nos olhos, que por vezes desequilibra as discussões pro meu lado, e por compor tão bem à nossa mesa da cozinha.

Por fim, a minha companheira Bárbara, pelo intempestivo, pela história, pelo acontecimento, pelo trágico, por todo o acolhimento e cuidado que temos construído juntos e essa *vida loka* que nos ampara.

## **Resumo**

O presente escrito objetiva a analisar a singularidade da ação dos Agentes Comunitários de Saúde em sua circulação pelo território. Considerou-se que os encontros entre agentes e território extrapolam as prescrições e expectativas das políticas de saúde. Problematizou-se a produção de uma imagem idealizada dos agentes, no qual são vistos como a “mola propulsora” das transformações esperadas à Atenção Básica. Analisando a complexidade das demandas presentes em seu cotidiano de trabalho, destacou-se a multiplicidade de estratégias de cuidado produzidas pelos agentes comunitários. A singularidade de cada território, das equipes de saúde, da gestão, entre outras inúmeras variabilidades, pressionam os agentes e os demais trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família a encarar uma “realidade” bastante distinta do que se supõe. Destacou-se, portanto, a importância de se produzir uma posição crítica e reflexiva, colocando em questão os limites e possibilidades dessa prática. Logo, o objetivo é produzir uma cartografia do trabalho dos agentes, dando visibilidade ao modo como realizam seu trabalho em ato no território, a fim de potencializar as estratégias de cuidado ali existentes. Tomaram-se como analisadores a questão da resolutividade, a gestão das informações e a relação território-vínculo.

**Palavras-Chave: Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Básica, trabalho vivo em ato, estratégias de cuidado.**

## **Abstract**

This writing aims to analyze the singularity of the action of the Community Health Agents (Agentes Comunitários de Saúde – ACS) in their movement through the territory. It was considered that the meetings between agents and territory go beyond the prescriptions and expectations of health policies. The production of an idealized image of the agents was problematized, image in which they are seen as the "propelling spring" of transformations expected to Basic Care. Analyzing the complexity of the demands in their daily work, it was emphasized the multiplicity of care strategies produced by community agents. The singularity of each territory, of health staff, of health management, among many other variabilities, push agents and other employees of the staffs of the Family Health Strategy to face a "reality" very different of that which is supposed. It was emphasized, therefore, the importance of producing a critical and reflective position, questioning the limits and possibilities of this practice. Therefore, the aim is to produce a cartography of the agents work, giving visibility to the way they do their work in act on the territory, in order to potentiate the care strategies existent there. The issue of resolvability, information management and relationship bond-territory were taken as analyzers.

**Word-keys: Community Health Workers, Basic Care, live work in act, Care strategies.**

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>6</b>
<b>1. A territorialização do cuidado e os Agentes Comunitários de Saúde....</b>	<b>8</b>
<b>2. Olhares sobre a prática dos Agentes Comunitários de Saúde.....</b>	<b>16</b>
<b>3. Operadores Conceituais.....</b>	<b>26</b>
3.1 O Trabalho Vivo em Ato.....	26
3.2 A Construção do Plano da Clínica.....	32
<b>4. Método.....</b>	<b>37</b>
<b>5. O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em ato.....</b>	<b>42</b>
5.1 Resolutividade.....	46
5.2 Gestão da Informação.....	57
5.3 Território e Vínculo.....	63
<b>6. Considerações Finais.....</b>	<b>77</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>79</b>
<b>Anexo I.....</b>	<b>86</b>

## Introdução

Desde seu surgimento, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde suscita várias questões no que se refere aos efeitos de suas ações de cuidado na Atenção Básica. Ao proporcionarem o vínculo entre serviço de saúde e comunidade – pelo fato de residirem na comunidade e estarem mais familiarizados com as demandas da população – espera-se que esses trabalhadores possam ser os articuladores de uma transformação no modo de se produzir o cuidado no território. A configuração do seu trabalho implica, portanto, uma capilaridade entre vida e política que extrapola a função prescrita do mesmo. O encontro entre agentes comunitários e território aponta para um conjunto de agenciamentos singulares e inusitados, no qual os trabalhadores, dentro de seus limites e possibilidades, têm que dar conta. Estratégias vão sendo construídas nesta complexa trama que envolve a produção de um cuidado que “bate à porta de sua casa” e se depara com uma multiplicidade de demandas. Os relatos desses trabalhadores expressam a disparidade entre a proposta prescrita para o seu trabalho no território, e como tal trabalho se efetiva no cotidiano.

Processo complexo, permeado por melindres e meandros, que por vezes produz paradoxos e contradições na proposição de ações no território; o trabalho dos agentes comunitários pode ser tomado como um analisador para se pensar as estratégias de cuidado na Atenção Básica.

Nossa intenção é dar visibilidade a esta complexa trama que atravessa e constitui o trabalho dos agentes, a fim de afirmar a potência das estratégias de cuidado ali presentes.

Como “estrangeiros” a olhar para sua prática, pretendemos destacar algumas linhas que compõem a ação desses trabalhadores da saúde.

No primeiro capítulo, faremos um levantamento sobre o surgimento da função “Agente Comunitário de Saúde” no processo de territorialização do cuidado.

No segundo capítulo, realizamos uma análise da produção bibliográfica sobre os Agentes Comunitários de Saúde, desde uma perspectiva mais ufanista e entusiasmada que os coloca como protagonistas de uma transformação nos paradigmas de saúde até uma perspectiva mais crítica e prudente quanto ao trabalho dos agentes, principalmente no que se refere aos limites de sua ação como agentes de saúde.

No terceiro capítulo, apresentaremos a estratégia metodológica que orientou a realização do presente trabalho. Faremos uma breve descrição do que entendemos como um método cartográfico na produção de nossos questionamentos sobre a prática dos agentes, além de apresentarmos os operadores conceituais utilizados na construção do nosso problema de pesquisa. A idéia de trabalho vivo em ato desenvolvida por Merhy (1997; 2002) e a construção de um plano da clínica proposta por Passos e Barros (2001; 2002; 2004) possibilitaram a articulação

entre problema e método. Encontramos nestes operadores conceituais uma importante sustentação do que gostaríamos de afirmar em nosso escrito: a potência inventiva do trabalho na produção de rupturas com o instituído.

No quarto capítulo, falaremos de nossos encontros com os agentes comunitários, dividindo e organizando a multiplicidade de relatos e experiências em três vias principais: as expectativas por uma certa resolutividade dos casos atendidos; os efeitos da circulação dos agentes pelo território, principalmente no que se refere a um certo envolvimento (sobre)implicado; e a produção de uma escuta acolhedora e de vínculo com a população.

Por último, nas considerações finais, amarraremos este emaranhado de questões e experimentações, indicando alguns caminhos e pistas que nos chamaram a atenção ao longo dos encontros com os agentes.

Cabe ressaltar que estes encontros com os agentes ocorreram da participação deste pesquisador na pesquisa “Estratégias de cuidado em saúde mental na interface com a atenção básica: o trabalho dos agentes comunitários de saúde nas equipes de saúde da família”, iniciada em 2010. Este projeto, que chamaremos de “Pesquisa do PPSUS” - apelido conferido carinhosamente pelos pesquisadores ao longo do ano de trabalho – realiza a continuidade de alguns resultados concernentes à pesquisa “Repercussões da inclusão da saúde mental no PSF: estudo comparativo em serviços da Atenção Básica no Rio Grande do Norte e no Rio Grande do Sul” (SILVA *et al*, 2010). Essa pesquisa ocorreu em parceria com a UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), entre os anos de 2007-2008. Um melhor detalhamento deste trabalho, questões, objetivos e resultados, são encontrados em anexo ao final do trabalho.

## 1. A territorialização do cuidado e os Agentes Comunitários de Saúde

Ao longo dos anos, as transformações no campo da saúde ocorrem de modo complexo, tanto em referência às lutas pela implementação de políticas públicas em saúde, como no processo de consolidação dessas políticas. De modo geral, presenciamos lacunas na maneira como o trabalho é previsto e legislado, e no encontro entre os trabalhadores da rede com o território de atuação. No caso específico dos agentes comunitários, os trabalhadores deparam-se constantemente com questões bastante complexas, sobretudo, no campo da saúde mental.

Um dos principais objetivos do processo de consolidação do SUS e das muitas políticas de saúde é a territorialização do cuidado, aproximando as estratégias de cuidado da região onde reside a população, articulando os serviços aos diversos saberes presentes no território. É neste contexto de investimento em uma rede de produção de cuidados territorializados que surge a função “Agente Comunitário de Saúde”.

O conceito de território constitui um dos princípios nos processos de trabalho das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2007). Atua como um eixo de ação das equipes, na medida em que toma como diretriz a complexidade da população, seus fatores de risco e a dinâmica da comunidade. As ações de saúde, por conseguinte, são dependentes desse encontro entre os trabalhadores e os territórios existenciais dos moradores. Tais ações não se restringem à adscrição de uma área geográfica, mas compõem uma trama complexa que não se restringe apenas à repetição de procedimentos técnicos.

Passadas duas décadas do surgimento dos Agentes Comunitários de Saúde, muitas questões ainda inquietam nosso olhar sobre sua ação no território. A data oficial que regulamenta o trabalho dos agentes comunitários é 1991, quatro anos após as primeiras experiências no Ceará<sup>1</sup>. De acordo com Tomaz (2002), essa atividade de cuidado junto à população tinha um “objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança” (p. 84). Lima e Moura (2005) apontam para esse momento inicial como o principal motivador da expansão do programa ao restante do país: “Podemos dizer que a experiência mais sistematizada, e talvez a mais próxima do PACS, foi a do Ceará (...) dado seu êxito na redução da mortalidade infantil, foi transformado em programa permanente” (p. 116).

Dessas experiências surgidas no Ceará com os Agentes de Saúde, até a expansão gradativa ao restante do país, muitas transformações ocorreram e culminaram na criação dos Agentes Comunitários de Saúde (NOGUEIRA *et al*, 2000). Em 1991, o Ministério da Saúde cria o

---

<sup>1</sup> “Agentes de Saúde” foi uma criação do Estado do Ceará no ano de 1987 com o objetivo de diminuir a mortalidade infantil durante a época da seca, bem como possibilitar uma via de emprego às mulheres da região. Devido ao sucesso desse programa transitório, as primeiras experiências tornam-se referência, o que resulta na criação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) e, posteriormente, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1992 (LEMKE, 2009, p. 39). Com a criação do PACS, acarretaram algumas transformações no espectro de ações destes trabalhadores.

De acordo com Franco e Merhy (2003), a criação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994<sup>2</sup>, surge exatamente com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde marcado “pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos em uma visão biologicista dos processos saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, in FRANCO e MERHY, 2003, p. 56). Especificamente sobre a função do PSF, os autores destacam, além deste caráter substitutivo, a atuação pelos princípios da integralidade do atendimento (equipe multiprofissional), da hierarquização da rede, constituindo o primeiro contato com a população, isto é, um serviço que toma o território como lócus de atuação. Atua, assim, na

articulação da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, então no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental e, politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais de adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania e os mecanismos de *empowerment*<sup>3</sup>. (NUNES *et al*, 2007, p. 2378)

Tomando em análise o trecho destacado acima, a presença dos serviços nos coloca algumas questões sobre o modo de funcionamento desse dispositivo com foco no território e na população: promoção de saúde que se desenrola pela vigilância/risco, prevenção/promoção e o estímulo à cidadania. Cuidar, portanto, não se desvincula de uma lógica de vigilância, e sim articula todo um aparato tecnológico, científico e institucional na organização de ações preventivas e curativas com foco no usuário. Franco e Merhy (2003) destacam no movimento de deslocamento da atenção à saúde para o território a presença de “todo o arsenal de conhecimentos disponíveis no campo da epidemiologia/vigilância à saúde, cujo instrumental ocupa um papel central nas práticas da Equipe Saúde da Família” (p. 57).

<sup>2</sup> “A partir de 1998, o programa é concebido pelo conjunto dos atores institucionais (em âmbito nacional, estadual e municipal) como importante norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, ganhando status de estratégia de reorientação assistencial” (Souza, 2001, in GOMES e PINHEIRO, 2005). É sabido que a política de atenção à saúde muda o status do “programa”, para o termo “estratégia”, a partir do decreto nº 648 do Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que em nossos encontros com os agentes comunitários, em nenhum momento os trabalhadores se referem ao termo “ESF” ou o posto de saúde enquanto uma “estratégia”. Seguem utilizando o termo PSF no contexto atual de sua prática.

<sup>3</sup> O termo *empowerment* nos causa estranhamento, como mecanismo que, à primeira vista, visa “o empoderamento da população”. Lógica que entende o poder como “substância”, como algo que pode ser passado de um estrato a outro da população. Articulado a esta aproximação da produção de estratégias de cuidado em composição com os conhecimentos técnico e popular, temos a impressão de que esta lógica, como diretriz do trabalho visa a garantir legitimidade ao saber popular nessa relação. Carvalho (2004), ao abordar este conceito no movimento que articula a participação popular na produção do cuidado, reconhece seu aspecto complexo e perigoso: É uma ideia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, esse conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90, recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais, a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico. (p. 1090)

Como sustentação a essa ação, temos na organização dos serviços a proposição de “visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório”, sendo as visitas domiciliares “apresentadas como o grande trunfo do Programa para mudar o modelo de assistência”, pois “essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil 'higiênico' da população” (*ibidem*, p. 58). As críticas dos autores, as quais encontram ressonância em nossas reflexões, tomam essa expectativa para o modo como as equipes têm atuado nos territórios: a organização dos serviços tem conseguido colocar em questão as ações de saúde pautadas por um modelo médico centrado? Qual a função do agente comunitário nesse contexto?

Após 1994, o PACS estreita suas relações com as equipes de PSF, podendo os agentes comunitários ser integrados ou não a essas equipes (é possível estarem ligados apenas ao PACS). Em 1997, através da portaria 1886/GM, abre-se uma via de estímulo ao crescimento do número de PSF e PACS no Brasil: regulamenta-se a ação dos agentes a uma região delimitada, com a promoção de ações preventivas e curativas às famílias que residiam naquela área (BRASIL, 1997).

Passados dois anos, surge o Decreto nº 3.189/99 que fixa as diretrizes da atividade dos ACS. Além de promover ações para fortalecer o laço entre população e serviço, cabe aos agentes comunitários o trabalho de: diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação; executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva; registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida e realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família.

Somente em 2002, no dia 10 de julho, o trabalho dos agentes comunitários se transforma em profissão regulamentada, através da Lei 10.507 (BRASIL, 2002). Uma nova regulamentação surge em 5 de outubro de 2006, com a promulgação da Lei 11.350 (BRASIL, 2011), mas que não altera os objetivos traçados anteriormente.

Inseridos nesse campo de lutas e disputas que envolvem o processo de implementação e consolidação das políticas de saúde, os agentes surgem com uma função estratégica: juntamente com a criação dos PSFs, têm como objetivo operacionalizar a implementação do SUS, na transformação de uma lógica hospitalocêntrica e biomédica para um modelo de assistência centrado na família e inserido no contexto singular do território da população atendida.

Articulando, no entanto, esses movimentos à questão que estamos desenvolvendo, a singularidade dos acontecimentos produzidos entre agentes e território não ocorre tal qual o esperado por esse conjunto de regulações e prescrições de seu trabalho. A multiplicidade de cada território, a singularidade de cada equipe técnica, a gestão das estratégias de cuidado, entre outras inúmeras variabilidades, pressionam os agentes e os trabalhadores a encarar uma “realidade” bastante distinta daquela que está prescrita nas regulamentações de sua atividade.

Nosso objetivo, então, é tomar a complexidade inerente a este trabalho com a população

de um determinado território, dando visibilidade à potência inventiva nos modos de se produzir cuidado que caracteriza a singularidade da ação desses trabalhadores no contexto da Atenção Básica. Ao se depararem com as mais diferentes demandas em seu cotidiano de trabalho, os agentes têm realizado ações de cuidado, criando alternativas criativas, dentro de seus limites e possibilidades. No caso específico do cuidado à saúde mental, essa questão torna-se ainda mais importante.

A recente implementação da portaria nº 2.488 de 5 de outubro de 2011, não faz uma referência explícita ao cuidado à saúde mental. Regula a organização dos serviços, a área de cobertura e suas diretrizes ético-políticas, incluindo as diretrizes de trabalho dos agentes comunitários. Dentre os pontos elencados nessa portaria, gostaríamos de destacar as referências ao cuidado territorial, descentralizado; o acesso universal aos serviços tanto em relação à “prevenção” quanto à ação de vigilância à saúde; a criação de vínculos com a comunidade; a expectativa de que os serviços possibilitem a resolução (“resposta positiva”) dos problemas surgidos; e que a produção de estratégias de cuidado estimule o diálogo entre os profissionais envolvidos e a participação popular (BRASIL, 2011). Destaca-se que o termo “saúde mental” não se faz presente no referido documento.

Embora não apareça explicitamente nas diferentes regulamentações, a saúde mental tem se mostrado um campo de ação de extrema importância na atenção básica, sobretudo para o trabalho dos agentes comunitários. Pode-se dizer que essa questão estaria presente nas entrelinhas dos documentos ao preconizarem um cuidado integral, o acesso universal e o acolhimento de demandas espontâneas.

O conceito de integralidade mostra-se como um importante articulador dessas ações dos trabalhadores no território, uma vez que não distingue um cuidado à saúde de um cuidado à saúde mental. Previsto pela Lei Orgânica da Saúde, a integralidade seria um modo de compreender a assistência à saúde: “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). **Ou seja, prevê a transformação na gestão do cuidado**, levando em consideração as singularidades encontradas no território.

No primeiro conjunto de sentidos, a integralidade, um valor a ser sustentado, um traço de uma boa medicina, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, e um cuidado para que ela não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (GOMES e PINHEIRO, 2005, p. 288-289)

Tomando de empréstimo essas definições sobre o conceito de integralidade, podemos estabelecer que a produção de cuidado no território encontra um norte possível às ações dos

agentes comunitários, principalmente no que se refere a uma mudança nas estratégias de cuidado propostas na Atenção Básica. Nesse sentido, o cuidado à saúde mental não se diferencia de um cuidado à saúde, não se restringe a um “aparelho psíquico” em detrimento de um corpo. Amplia-se no sentido de um trabalho inventivo, de um cuidado que extrapola sua prescrição técnica.

Domingos Sávio Alvez (2006) explicita a vinculação entre a integralidade e a inclusão da atenção à saúde mental no território e traz à tona esse campo de lutas que compõe o movimento de produção de um novo paradigma em saúde: “A negação do papel do isolamento, aliada à compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente o seu diagnóstico, determinam um olhar 'integral' da situação” (p. 172). A aposta incide sobre a integralidade como uma via de se investir, na prática cotidiana, a organização e tradução do novo entendimento sobre o cuidado que habita o interior desta transição nas políticas de saúde. O autor aponta para a dupla natureza desse conceito no contexto de lutas pela implementação de um novo modelo de atenção: a integralidade com uma ação ideológica, que “diz respeito à condenação da segregação, por ferir direitos à convivência e ao livre arbítrio”, e sua ação técnica que contraria “o isolamento como instrumento terapêutico, paradigma essencial à sobrevivência do hospício” (*ibidem*, p. 173).

Ao mesmo tempo, vemos que a discussão da integralidade se insere na problematização da lógica de oferta de serviços/programas que têm como um dos critérios de seleção a inclusão de pacientes com somente um problema: “A presença de várias deficiências ou desvantagens torna o cliente não selecionável para o 'programa' e ainda hoje o critério da exclusão é hegemônico” (*ibidem*, p. 169). Nesse sentido, não seria o modelo ou o programa que deveria definir de que modo será atendido um usuário (do programa), mas o foco estaria na demanda que deve indicar o acesso e o acolhimento a ser realizado. A organização do serviço em relação ao território parte, neste caso, do próprio território:

Se estes são comunitários, se inserem em determinada cultura, em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena onde as 'crises' devem ser enfrentadas, resultado que são, geralmente, de fatores do indivíduo, de sua família, eventualmente de seu trabalho, e seguramente de seu meio social. (ALVES, 2006, p. 173)

A articulação da rede de serviços que oferecem acesso à multiplicidade de problemas/demandas que surgem nos territórios é, portanto, crucial para as ações de saúde. Gomes e Pinheiro (2005) indicam essa relação com um segundo sentido da integralidade, “a necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade” (p. 289). Aspectos sociais, econômicos, afetivos e existenciais se fazem presentes, e a singularidade de cada encontro potencializa a integralidade das ações de saúde. A expectativa é que a produção de cuidado articulado ao território e centrado

na família possibilitaria um acesso diferenciado das demandas em saúde.

Deparamo-nos novamente com a proposição das políticas de saúde para a Atenção Básica, na qual uma de suas funções estratégicas seria a transformação dos paradigmas de cuidado. De acordo com Alves (2006), “os maiores problemas são, além da forte influência do modelo tradicional de cuidado, a grande dificuldade dos profissionais para renunciarem a 'um' papel específico – afinal são especialistas, e compartilhar saberes é exercício contínuo e muito difícil” (p. 175). Em decorrência da proposta de desvinculação do ato cuidador vinculado somente ao olhar do especialista, cria-se uma demanda por uma transformação desse olhar, cuja sustentação se efetua por nomes/categorias e diagnósticos, na medida em que uma crescente demanda “bate à porta dos serviços”<sup>4</sup>.

No caso específico dos agentes comunitários, esse movimento se mostra problemático em dois sentidos: se por um lado esta lacuna entre a política e sua prática não ganha sustentação na criação de regulamentações e normativas, cria-se uma dificuldade em reconhecer a importância de ações não referenciadas a fundamentos técnicos, enquanto atos de cuidado; por outro lado, o encontro entre agentes comunitários com o modo como os processos de trabalho e a hierarquização dentro das equipes de ESF/UBS se dá, por vezes produzindo uma organização puramente normativa do trabalho.

Segundo Lemke (2009), o trabalho dos agentes comunitários é um dos mais normatizados, seja no conjunto de regulamentações e metas de produtividade, seja no modo como essa organização do trabalho em equipe se efetiva: “A tendência nestes casos é um uso utilitarista dos agentes, que se tornam simples agentes burocráticos, um recurso humano simplificado” (p. 42-43). Por esse motivo o investimento na noção da integralidade, enquanto um princípio e uma diretriz, supriria a demanda por um cuidado mais amplo, não restrito à mera repetição de procedimentos. As experiências com os agentes comunitários em seu cotidiano de trabalho apontam para essa indiferenciação na ação do cuidado. Nesse entendimento, a ação integral não diferencia um cuidado em “saúde mental” de um cuidado primário, tendo em vista um olhar integral da situação. Segundo o Ministério da Saúde (2006):

A realidade das equipes de Atenção Básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de 'saúde mental': 56% das equipes de saúde da família referiram realizar 'alguma ação de saúde mental'. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. (p. 79)

Ao mesmo tempo, o acolhimento de casos como referência em saúde mental deveria levar

<sup>4</sup> Referência ao slogan criado pelo governo do Ceará em 1987, na criação dos Agentes de Saúde: “a saúde bate à sua porta” (PUPIN e CARDOSO, 2008). O histórico do surgimento dos Agentes Comunitários de Saúde, e essas primeiras experiências no estado do Ceará serão trabalhadas mais adiante no texto.

em consideração não somente a sustentação pelo diagnóstico, mas a efetiva participação dos usuários, enquanto sujeitos de seu próprio tratamento: “as terapias saíam do escopo medicamentoso exclusivo, ou preponderante, e o sujeito ganharia destaque como participante principal no tratamento” (NUNES *et al*, 2007, p. 2377). A implementação de serviços descentralizados e territorializados teriam como função este movimento de transformação de um modelo de atenção centrado em conhecimentos técnicos e procedimentais. A ação dos agentes viria como uma alternativa para a produção de cuidados que extrapolassem essa visão.

Como bem sabemos, ainda há um longo caminho a ser percorrido para que efetivamente tenhamos uma transformação nessa lógica de funcionamento dos serviços. Discussão atual, pois ainda encontramos a organização de serviços que privilegiam um cuidado médico centrado, com uma hierarquia muito bem definida em relação ao conhecimento e à orientação das estratégias de cuidado produzidas.

Pensamos que é uma questão superável: haverá PSFs e PSFs e, em alguns, prevalecerá, de fato, o modelo tradicional, hierárquico e biológico. O Programa, no entanto, é, como concebido e formulado pelo Ministério da Saúde e vivido nos diversos municípios, uma estratégia de agregação de conhecimentos. Além disso supõe, para seu sucesso, que tenha um olhar “integral” do problema, do contrário não faria sentido ser local, territorial e portanto, comunitário. (ALVES, 2006, p. 176)

Outra questão importante relacionada ao tema da integralidade visa à problematização da lógica de cuidado que toma como base a vigilância/epidemiologia<sup>5</sup>. Essa lógica, que sustenta a organização do SUS, traz certas contradições ao pensarmos a consolidação de práticas de cuidado territorial via agentes comunitários. Como destacam Franco e Merhy (2003), a aproximação das políticas de saúde nos territórios ainda carrega consigo esse caráter epidemiológico, na busca pela preservação de um “ambiente saudável” (p. 21):

Desta forma, o PSF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato<sup>6</sup>, em saúde, em normas e regulamento definidos conforme o ideal da vigilância à saúde, transformando suas práticas em “trabalho morto” dependentes. (...) É como se o PSF estivesse delimitando os terrenos de competência entre ele e a competência médica: “da saúde coletiva, cuidamos nós o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica”. (FRANCO e MERHY, 2003, p. 22)

A abertura para os diversos contextos presentes no território parece pouco articulada ao modo como as equipes têm organizado os processos de cuidado. Uma organização médico-centrada, bem como o foco na epidemiologia despotencializam a ação transformadora dos

<sup>5</sup> “§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.” (BRASIL, 1990); “VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (*ibidem*, 1990).

<sup>6</sup> A perspectiva do Trabalho Vivo em Ato (MERHY, 2002) será abordada posteriormente, como um dos investimentos teóricos que sustentam o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e do restante dos trabalhadores na produção de atos de cuidado.

serviços. Sendo o território o palco de atuação dos trabalhadores na Atenção Básica, é preciso redirecionar os esforços para que se possa produzir uma reflexão séria e crítica sobre o modo como se têm produzido ações de cuidado. Para uma efetiva atuação de um cuidado integral à saúde seria preciso o investimento nos encontros micropolíticos, que revelam novos modos de atuação nos casos singulares que se atravessam no território.

Não podemos perder de vista que nenhuma técnica garante a ação singular que nos demandam os territórios, e que mesmo essa articulação tem de ser colocada como uma produção local e singular. Partindo da própria proposta de descentralização dos serviços, com base na universalidade, integralidade e equidade, é contraditório partirmos de “modelos de atenção”, a não ser por algumas diretrizes éticas que possibilitem a experimentação constante e flexível de cuidados singulares a demandas singulares. O próprio procedimento técnico faz parte destas experimentações.

O cuidado é sempre a produção de paradoxos, pois não temos como afirmar, o contexto contemporâneo, a definição do que seria um “melhor cuidado”. A demanda por uma posição crítica aponta para a incompletude de nossas certezas e modelos. Nossa prática (no sentido ativo e reflexivo) é sempre parcial e produtora de verdades parciais. É por isso que não podemos olhar para a ação cuidadora sem considerarmos sua dimensão paradoxal.

Dentro da lógica que entende a atuação dos agentes comunitários articulados à produção subjetiva, o próprio “saber popular” é também produtor/produzido o embate que legitima práticas de cuidado centradas somente em um saber biomédico: “isso requer de início esclarecer que não estamos advogando uma posição basista que entende que o saber está no povo – como se o povo fosse o outro –, mas afirmando que o povo, o comum, somos todos e qualquer um” (BENEVIDES, 2007, in HECKERT, 2007, p. 207).

O que precisamos salientar em relação ao trabalho específico dos agentes comunitários é o tanto que se tem escrito sobre sua função e sobre as expectativas quanto ao seu trabalho na Atenção Básica, sem que se encontrem definições claras nas próprias políticas de Saúde.

Nossa intenção é produzir uma reflexão sobre essas expectativas quanto ao trabalho dos agentes comunitários em meio à complexidade da própria situação dos serviços de saúde junto à população, procurando evidenciar o dispositivo clínico-político que atua enquanto plano de composição das diversas forças na produção/reprodução de ações em toda essa trama de cuidados.

## 2. Olhares sobre a prática dos Agentes Comunitários de Saúde

Realizando um levantamento bibliográfico sobre a prática dos agentes comunitários, encontramos uma variedade de olhares sobre os efeitos de sua ação no território. É amplo o campo de discussões sobre a ação dos agentes. Alinhados em nossas indagações sobre sua prática, tomamos como referência a lacuna entre as propostas/expectativas das políticas e um posicionamento mais crítico em relação ao encontro em ato entre trabalhadores e território.

Com esse intuito, destacamos duas linhas de análise do material encontrado o levantamento bibliográfico. Em uma primeira linha, encontramos muitos artigos que apontam para uma valorização ampla do trabalho dos agentes comunitários. Tomados pelas primeiras experiências exitosas com os agentes de saúde, cria-se um entusiasmo de que sua função possa ser “a mola propulsora” (SILVA e DALMASO, 2002) das transformações esperadas na Atenção Básica. As análises comumente referem-se aos agentes como um “personagem/ator”, o que nos remete a um certo idealismo sobre sua função. Imagem idealizada em relação às expectativas depositadas nos trabalhadores e ao conjunto de ações esperadas por sua função, o que, por vezes, mostra-se distante da realidade do seu trabalho. Como indica o “Manual do Agente Comunitário de Saúde” (2009), produzido pelo Ministério da Saúde: “Você, agente, é um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce”. (BRASIL, 2009, p. 24).

Em uma segunda linha de análise, agrupamos os textos que fazem uma maior reflexão sobre o trabalho dos agentes, considerando a complexidade do campo onde tal trabalho se produz. Passado o ufanismo inicial sobre a função desse trabalhador no contexto da Atenção Básica, reconhece-se a sua importância sem deixar de trazer à tona a discussão das inúmeras dificuldades e problemas que os agentes têm enfrentado em seu trabalho. Sem desconsiderar a importância dos agentes, entendem sua ação cotidiana como uma composição complexa, a qual, por vezes, situa-se para além do esperado pelas políticas de saúde: “É possível que, com a carga de doenças e de necessidades desses grupos populacionais, o número de famílias sob responsabilidade de cada equipe extrapole sua capacidade de resposta” (FERRAZ e AERTS, 2005, p. 353); “Muitas vezes, esgotam-se suas habilidades para gerir o tempo, a excessiva demanda de tarefas, as críticas, a preservação de seu descanso e espaço junto à família, a incompletude e desqualificação de seu trabalho e o cansaço físico” (BRAND *et al*, 2010, p. 41); “Com frequência, há uma desproporção entre o perfil real X perfil esperado (...) Este descompasso existe de forma muito nítida e acredita-se que é uma das maiores causas de sofrimento cotidiano” (MARTINES e CHAVES, 2007, p. 428).

Para pensarmos a função “Agente Comunitário de Saúde”, articulando-a aos nossos questionamentos iniciais, produzimos três agrupamentos temáticos: os agentes enquanto

operadores da transformação dos paradigmas de saúde; a ideia de que realizem uma “mediação/tradução” entre os saberes científico e popular; e, por último, que exerçam a função de “elo/vínculo” entre serviço e população.

Abordaremos, primeiramente, as análises que tomam a ação dos agentes enquanto operadores das transformações nos paradigmas de saúde e que orientam para este processo de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): articulação do território como dispositivo de cuidado, a descentralização dos serviços, a aposta no deslocamento do olhar do “especialista” como a única resposta às demandas, considerando outros fazeres/saberes na produção de estratégias de cuidado. Como nos mostra Tomaz (2002), “a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios agentes, que, sem dúvida, têm um papel fundamental” (p. 85). Como temos visto, a presença dos agentes comunitários no território é resultado de importantes lutas político-sociais. Movimentos que tomam forma com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, cujos processos e fluxos ainda seguem em seu embate cotidiano.

A ação dos agentes comunitários no território tem se mostrado como fundamental para esse processo, no entanto, não se pode “super heroificar” sua prática, depositando neles a expectativa de serem “a mola propulsora da consolidação do SUS” (SILVA e DALMASO, 2002;inTOMAZ, 2002, p. 85). Não temos ciência das implicações e dos efeitos desta ação, pois partimos do pressuposto de que há uma disparidade entre a proposta prescrita de seu trabalho e o modo como o trabalho se efetiva em cada contexto. Reconhecemos sua potência de ação, mas tomamos como principal ponto de problematização a singularidade e os variados modos como o encontro entre agentes e território ocorre em ato.

É por esse caminho que Lemke (2009) atribui à prática dos agentes comunitários uma dupla característica: uma dimensão técnica e uma dimensão política. Isto é, a sua presença no território tem como consequência a circulação do restante da equipe pelo território, o aumento da abrangência do cuidado a áreas que os serviços não alcançavam anteriormente; na mesma medida, espera-se dessa prática um caráter político de problematização e transformação dos paradigmas de saúde (p. 41). A idealização do trabalho dos agentes comunitários em geral vislumbra uma ação que facilita e potencializa o processo.

Na ideia de missão do Agente Comunitário de Saúde ser o agente de mudanças, a ordem dos empecilhos fica praticamente inexplorada, como se na conjugação desses verbos, os recursos oferecidos pela atuação dos demais profissionais da equipe não fizessem parte, como também pela estrutura da UBS, pelo dimensionamento desfavorável do número de famílias (que ultrapassa o número preconizado pelo Ministério da Saúde) e pelo déficit de agilidade da rede de atenção complementar do SUS local – dificuldade de acesso a especialidades e recursos de maior complexidade, diagnósticos e outros da atenção secundária e terciária. A Vigilância à Saúde, necessária para subsidiar a ideia de transformação, sem dúvida alguma, passa pelo encadeamento de todos esses recursos. Desse modo, seria demasiadamente ingênuo, pensá-la como missão isolada do ACS. (MARTINES e CHAVES, 2007, p. 430)

A mesma ingenuidade, apontada pelos autores, está presente nas recorrentes afirmações sobre os benefícios esperados com o trabalho dos agentes sem que se leve em consideração a complexidade (dificuldades, variabilidades, etc.) de cada região, da ação singular dos trabalhadores na realização de seu trabalho. Nesse sentido, o reconhecimento da importância dos agentes não pode estar vinculado somente à positividade de suas ações, sem considerar um posicionamento crítico sobre as dificuldades e limites que compõem sua realidade de trabalho, bem como a função “Agente Comunitário de Saúde”.

Mesmo reconhecendo que o trabalho dos agentes comunitários possibilita um maior acesso à população, isso não garante uma efetiva transformação nos modos de se produzir cuidado no território. No interior das casas da população, os agentes têm se deparado com um conjunto de situações no qual não há respostas prontas, soluções simples, e se produzem nesses encontros ações imprevisíveis. Têm de lidar, portanto, com situações que, por vezes, não “sabem” como agir, mas não deixam de propor ações dentro de seus limites.

Como expõe Lancetti (2008), os agentes estão “metidos na vida comunitária, no 'mosto' *larvar* pré-comunitário e, ao mesmo tempo, ficam de fora da problemática, pois pertencem a uma organização sanitária, uma espécie de polícia médica revolucionária” (p. 93). Implicam-se o turbilhão de acontecimentos, e têm de lidar com isso da forma que seja possível. Que elementos implicam os agentes nestas problemáticas? Inúmeros e incontáveis. No “mosto larvar pré-comunitário”, os agentes se deparam com a abertura que sua articulação territorial possibilita, e têm de “dar conta” das demandas que daí advêm.

É nesse caminho que nos aproximamos do trabalho de Merhy sobre a ação do trabalho vivo em ato, que iremos nos aprofundar mais adiante, e em relação ao processo complexo que envolve uma reestruturação produtiva no setor da saúde (MERHY, 2002; FERREIRA *et al*, 2009). O trabalho dos agentes se produz em meio a uma tensão entre uma dimensão prescritiva/técnica e uma potência inventiva: “a primeira, centrada na lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado; a segunda privilegia atividades centradas nas necessidades do usuário e prioriza as tecnologias relacionais” (FERREIRA *et al*, 2009, p. 899). É importante ressaltar que não há uma contradição entre esses polos, pois são constitutivos desse entendimento do trabalho enquanto atividade: as normas e o modo singular com o realizam.

Podemos, inclusive, podemos afirmar que mesmo em organizações de trabalho em que há uma forte captura dessa dimensão inventiva (trabalho vivo) por um trabalho morto, encontramos nestas ações a produção de linhas de fuga, “formas singulares de cuidar são exercidas, sendo o trabalho vivo, que opera em alto grau de liberdade, o propulsor destas linhas” (FERREIRA *et al*, 2009, p. 899). Não podemos perder de vista, portanto, que enquanto um dos elementos que faz funcionar a “máquina de fazer saúde”, essa proximidade potencializada pelos agentes comunitários produz-se em uma dimensão híbrida: articula-se a uma singularização do cuidado,

mas também a uma aproximação/capilarização do controle sobre a população.

O trabalho enquanto atividade sempre se direciona para esse campo de tensão, em que às normativas do trabalho se resiste pela ação dos sujeitos em ato. Vitaliza-se o trabalho em sua dimensão criativa, no encontro com as demandas cotidianas. Como nos afirma Túlio Franco(2006):

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. (pág. 2)

Essa problematização tem como base a ideia de rizoma apresentada por Deleuze e Guattari (1995), pois considera os processos de trabalho são atravessados pelos movimentos de múltiplas conexões com as várias possibilidades em potência, ao mesmo tempo em que contempla a articulação com os processos de captura em ato as possibilidades. Movimento que vislumbra o paradoxo da territorialização do cuidado e dos processos de des(re)territorialização das práticas, num fluxo constante de arraigamento e transformação.

Finalizando, Bornstein & Storz (2008), a partir de uma revisão da literatura, trazem para a discussão essa referência ao agente comunitário como um elemento importante para a produção de estratégias de cuidado, mas também tecem críticas importantes sobre ser apenas sua a responsabilidade na realização de mudanças dessas proporções. Criticam, portanto, o discurso que em geral é encontrado em documentos oficiais que, muitas vezes, depositam uma ampla expectativa na inserção dos agentes comunitários como sendo suficiente para a modificação do paradigma de atenção à saúde.

O segundo eixo de análise que destacamos refere-se à expectativa de que os agentes possam tecer uma “mediação” entre serviços de saúde e comunidade (TRAD *et al*, 2002; BORNSTEIN e STOTZ, 2008), o que remeteria uma articulação entre os “conhecimentos técnico e popular”. Entende-se que a condição de moradores da região onde atuam, confere uma certa “proximidade” que facilitaria a ação mediativa pretendida.

Uma característica dessa categoria de trabalhadores está no fato de pertencerem à comunidade em que atuam, sem exigências de um conhecimento técnico específico. Este pertencimento pressuporia uma familiaridade com os problemas da comunidade, o que permitiria atuar com maior eficiência e conquistar a *confiança* dessa população. Em outros termos, são trabalhadores selecionados a partir do *capital social* que dispõem, o que facilitaria os objetivos dos Programas voltados à obtenção de informações gerais de higiene e saúde e o atendimento básico em saúde da população (LIMA e MOURA, 2005, p. 103).

Como mostram os autores no trecho acima, essa expectativa compõe uma imagem idealizada dos agentes, principalmente devido a alguns elementos: pertencerem à comunidade em que trabalham; a pressuposição de que essa proximidade lhes facilita o acesso à população, pela familiaridade com as situações vivenciadas na comunidade e por serem dotados de um

“capital social”. O fato de os agentes estarem dotados de um capital social está articulado à proximidade com o território e, portanto, com as relações e “saberes comunitários”. Como esclarece Nunes *et al* (2002), “o fato de ser o ACS um membro da própria comunidade, torna as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas” (p. 1644). A ação de “mediação” envolve, portanto, a aproximação dos serviços à comunidade.

Em função desta pré-condição de serem habitantes da micro-área de atuação, deposita-se a esperança de que a ação dos agentes comunitários possa operacionalizar a produção de cuidados mais adequados aos modos de vida da população. O que nos parece curioso, no entanto, é que essa característica em geral é considerada pelos diferentes autores sem um posicionamento mais crítico quanto a sua efetuação no cotidiano dos serviços. Isto é, sem que se produza uma reflexão de como os encontros entre agentes e território ocorrem em ato. O “pertencimento” dos agentes não abrange tampouco os distanciamentos entre agentes e moradores, a falta de sensibilidade diante de situações difíceis e a captura do trabalho por um fluxo normativo, no qual o cuidado tecnificado legitima-se como um “melhor cuidado”.

A relação hierárquica e a legitimação de outros saberes, além do saber técnico científico, também são considerados um problema: “De acordo com nossos entrevistados, a comunicação entre as instituições de saúde e os agentes comunitários ainda se dá de forma predominantemente verticalizada, com pouco espaço para diálogo e participação.” (CARDOSO e NASCIMENTO, 2010, p. 1516). Vinculada a essa ideia dos agentes como um “personagem”, como uma categoria que transcende ao encontro singular entre o trabalhador e o território, a realização do trabalho em ato e o conseqüente uso de seu “capital social”, também parecem não ser levados em consideração nas análises: “o agente comunitário de saúde (ACS) tem-se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos” (*ibidem*, p. 1640).

Nesse sentido, além da expectativa de realizarem a mediação entre serviço de saúde e população, espera-se que articulem a tradução de cada uma dessas categorias à outra: “papel de ‘tradutor’ do agente comunitário, veiculando na comunidade saberes e práticas biomédicos” (NUNES *et al*, 2002, p. 1645). Nesta perspectiva, mantêm-se a lógica que atribui a categorias abstratas determinadas lógicas de pensamento e funcionamento: à categoria do “serviço de saúde” se atribui uma lógica biomédica de funcionamento; já à “população/comunidade”, entende-se que são dotados de um “saber popular”. Caberia aos agentes comunitários a mediação/tradução dos saberes entre as categorias.

Segundo Nunes *et al* (2002), essa seria a caracterização do agente enquanto “um personagem híbrido e polifônico”, na medida em que habita as duas categorias distintas. A afirmação que vincula o saber popular à população, bem como o saber biomédico/científico às equipes de saúde, desconsidera a presença de ambos os saberes, seja na equipe ou na população. Portanto, a expectativa de que os agentes comunitários realizem a

“mediação/tradução” é algo que se complexifica na medida em que levamos em consideração os diferentes níveis de formação e os diversos saberes que compõem cada território singularmente: “Este é o dilema permanente do agente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnica assistencial. Ao incorporar essas duas facetas em suas formulações, o conflito aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana” (SILVA e DALMASO, 2002, p. 78).

Essa complexidade de relações é apontada como um dos principais fatores para que a ação de mediação e aproximação entre serviço e comunidade não recaia somente aos agentes comunitários:

A interação desta dupla inserção do ACS é exercitada a cada dia de trabalho, na medida em que este profissional consegue consolidar seu espaço na equipe de saúde e na comunidade. Uma prática que aproxima relações de afeto e amizade a ações técnicas e resolutivas, mas que também inclui resistências, sensações desagradáveis e situações de conflito diante do desafio de integrar as cobranças realizadas pela equipe e as demandas apresentadas pelas famílias. Integração esta que exige não apenas a mobilização do conjunto dos profissionais da equipe de saúde, mas também sua integração intersetorial, com a participação da sociedade e de outros segmentos do poder público (CARDOSO e NASCIMENTO, 2010, p. 1511).

A questão “os agentes comunitários têm realmente conseguido tecer uma composição entre os diversos saberes presentes nos serviços de saúde?” perde espaço nesta linha de análise, pois não só não cabe exclusivamente aos agentes esta responsabilidade, como esta tensão é constitutiva de todos os envolvidos neste processo: agentes comunitários, equipe técnica e população. A reflexão sobre como a tensão passa pela ação dos agentes, que efeitos têm produzido, parece mais pertinente na construção de um posicionamento crítico.

O terceiro e último eixo de análise, que gostaríamos de destacar, refere-se a algo muito próximo a esta função de mediação entre serviços e comunidade: espera-se que os agentes sejam operadores da produção de vínculos com a população. Em relação a essa prescrição de seu trabalho, diversos estudos trazem a ideia do agente comunitário como “elo de ligação” (SILVA e DALMASO, 2002; FORTES e SPINETTI, 2004; SILVA *et al*, 2004; MOTA e DAVID, 2010; LANZONI e MEIRELLES, 2010). Na medida em que sua função implica a atuação na mesma área em que residem, uma “ideia que apoia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a ideia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde (SILVA e DALMASO, 2002, p. 77).

Segundo Fortes e Spinetti (2004), a posição singular do agente, bem como a função de criar vínculos com a população, possibilita-lhe uma posição privilegiada na realização de atos de cuidado: “uma vez que deve obrigatoriamente residir na área de atuação da equipe e exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde” (p.71). Parte-se do princípio, portanto, de que a aproximação e a relação afetiva com o território possam criar vias de

trabalho que componham outros saberes que não somente um cuidado tecnicado: “O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2011).

A criação de vínculos atenderia, portanto, não somente a necessidade de um “elo” com a população, mas estimularia a “corresponsabilização” dos usuários nos tratamentos e, assim, um certo “potencial terapêutico”. Dos agentes comunitários se espera uma ação bastante peculiar em relação ao território: “Captar as necessidades de cada um dos envolvidos requer dos profissionais abertura, escuta, estabelecimento de vínculo, laços de confiança, oferecendo possibilidade para a fala e para o diálogo, com compreensão empática das necessidades” (CARDOSO e NASCIMENTO, 2010, p. 1519).

Gomes e Pinheiro (2005), retomam o trabalho de Silva *et al.* (2004), para mostrar sua reflexão sobre o uso de “figuras de linguagem” – metáforas (elo, laço e nó) - que simbolizam as maneiras como o agente comunitário de saúde se coloca diante de seus saberes e de suas práticas (p. 293). Encontram uma diferença significativa entre as noções de “elo” e “laço”. Silva *et al.* (2004), ao produzir esses questionamentos, remetem à diferença entre construir a proximidade com a população, como o preconizado, e a construção de laços efetivos e produtores de cuidado: “Elo, na medida em que serve apenas como veículo de informações; laço, quando consegue estabelecer um território comum onde os sujeitos e seus saberes interagem e dialogam, gerando ações comuns que sustentam a existência desse espaço de encontros.” (p. 90).

Articula-se, portanto, o vínculo como a produção de um acolhimento que compõe com a singularidade de cada território mais do que uma mera “aproximação”. Nesse sentido, só é possível considerarmos a consolidação das políticas nesse movimento propiciado pelo vínculo entre serviço e população, se houver uma efetiva construção de laços afetivos e participativos entre todos os envolvidos: “essa função de “ponte” pode ser concebida de maneira mais vasta, compreendendo o acesso aos direitos de cidadania de modo geral” (NOGUEIRA *et al.*, 2000, p. 7). Assim, essa expectativa dos agentes como operadores de laços efetivos/afetivos com a comunidade, implica a problematização e a consequente transformação dos paradigmas de saúde, o que por sua vez requer uma posição crítica e reflexiva.

Atribuídos os três eixos presentes nas análises sobre o trabalho dos agentes comunitários, podemos dar seguimento aos nossos questionamentos sobre as expectativas com relação a este trabalho e um posicionamento mais crítico quanto aos efeitos desse trabalho no território. Na medida em que a aposta sobre os agentes incide sobre a singularização da produção de saúde, cria-se o entendimento de que as práticas de saúde não se restringem somente aos protocolos de atendimento que buscam por uma saúde estritamente vinculada à “ausência de doença”, mas também em ações singulares e inventivas. Dessa forma, levando em consideração as questões

levantadas até então, podemos dizer que a ação dos agentes comunitários é sempre uma composição híbrida e singular. É sobre essa composição e sua complexidade que pretendemos inserir nossas problematizações.

Acreditamos que, neste ponto específico, a passagem do agente comunitário como um “personagem” quase fictício passa a ganhar contornos de realidade. Ao nos aproximarmos do que efetivamente ocorre no cotidiano de trabalho, passamos de um plano implicado com aquilo que se espera desses trabalhadores, para a produção de um posicionamento que nos articula com as complexidades enfrentadas. Não há a menor dúvida de que os agentes comunitários são produtores de ações de cuidado e que devem contribuir para o processo de consolidação de outra perspectiva de saúde. No entanto, é preciso ter em mente que este é um processo lento, requer esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os cidadãos (TOMAZ, 2006, p. 86).

Em nossa incursão sobre o trabalho dos agentes comunitários, vamos encontrando ressonância em algumas reflexões e críticas sobre os efeitos de sua prática e a potência de produzir saúde pelo território. Permeado por paradoxos e afirmando sua singularidade em uma zona híbrida, na qual as polaridades envolvendo o cuidado e a vigilância/controle se diluem, Lancetti (2008) aponta para a complexidade do trabalho dos agentes comunitários. Trabalho que “parte de dentro”, por habitantes da própria “comunidade”. Processo de territorialização do cuidado que se agencia nesta multiplicidade de linhas que tanto constitui nesta lógica a “polícia”, quanto sua dimensão “revolucionária” (p. 91). É nesse caldeirão híbrido e paradoxal que reside, portanto, sua potencialidade.

É nesse intervalo que emerge a produção do novo: uma aposta que incide sobre a invenção de novos modos de cuidado que implicam novos modos de experimentação da vida num “‘entre meio’ afirmado como o plano de engendramento constante da vida, do coletivo, em todos os seus liames, e não como polos de uma relação, ou, mesmo, espacialidades e temporalidades inscritas em dualidades opostas, justapostas ou coincidentes.” (NEVES e MASSARO, 2009, p. 511).

Cabe ressaltar que nossa inquietação em relação a este campo de disputas não pretende desconsiderar a importância, no campo do cuidado, do conjunto de tecnologias, saberes e procedimentos. Por esse motivo, ao mesmo tempo em que não compete somente aos agentes, com base em seu conhecimento experimental e cotidiano, a responsabilidade por uma reestruturação produtiva no campo da saúde, não se pode esperar que esse objetivo seja alcançado com uma tecnicização do cuidado.

Sem dúvida, o surgimento dos agentes comunitários atende a um desenvolvimento tecnológico das práticas de saúde, que aproximam os serviços de saúde da vida da população. São ao mesmo tempo formados e formadores de subjetividade, em meio à produção de micro rupturas cotidianas.

Os agentes comunitários de saúde vivem na alma da periferia e são por definição paradoxais. (...) Eles e elas estão articulados com a clínica praticada pelos médicos e enfermeiros, que busca defender a vida, e pela clínica de saúde mental, que busca reduzir internações psiquiátricas, o suicídio e o homicídio, e gerar uma subjetividade cidadã e livre. Eles e elas são o dedo do Estado na comunidade, entram nos território onde somente a Rede Globo consegue entrar. Educam, promovem a tolerância e infinitos empreendimentos coletivos. Eles são o dedo do Estado, mas de um Estado constituinte por produção biopolítica (LANCETTI, 2009, p. 95).

Nesse sentido, a articulação entre vida e política se faz atuante na prática dos agentes comunitários. Faz parte desta construção híbrida, pois não é necessariamente resultado da produção de cuidados inventivos, não resulta necessariamente na criação de laços efetivos, de vínculos cuidadores. A construção das estratégias de cuidado levando em consideração a participação popular, como preconizada pelas políticas de saúde, encontraria aí um potente caminho para ser efetivada. Mas se entendemos que essa articulação é ainda um plano de tensão, corremos o risco de que o vínculo componha somente a evolução insidiosa das estratégias pela qual se produz a gestão e o governo da vida.

Compondo essas vicissitudes, como coloca Lancetti (2008), sem a efetiva participação do restante da equipe na construção de novos modos de se produzir o cuidado, a Atenção Básica perde sua potência transformadora, e recai na articulação de um serviço centralizador dentro de micro-regiões de atendimento. Articulado aos movimentos político-econômicos já abordados, Lemke (2009) vai falar exatamente sobre o risco embutido no advento dos agentes como uma política de saúde:

o trabalho dos ACS tem esta dupla direção: a de ser um modo de racionalizar custos e a de ser um modo de ampliar o acesso e de focalizar a atenção em grupos vulneráveis, atendendo a um princípio equitativo de justiça social. Por esse motivo, a prática dos ACS comporta o risco de ser uma cesta básica simplificada para os pobres, que por meio das práticas de educação em saúde e das visitas domiciliares tenha como efeito a medicalização, a normalização e o controle da vida no território comunitário (p. 41).

Sendo o agente parte de um dispositivo complexo e paradoxal que toma o território como foco do cuidado, a função de serem articuladores entre as ações de saúde e o contexto de cada comunidade, carrega um risco. “Parece que cabe aos ACS, em suas caminhadas pela comunidade e no contato com as populações, integrar diversas políticas fragmentadas na produção do cuidado. Sobre o corpo desse trabalhador pesa todo esse campo de tensões” (LEMKE, 2009, p. 42).

É preciso, então, que a análise do trabalho dos agentes possa reconhecer o que de potente se faz presente em cada situação, reconhecendo que existem importantes ações sendo realizadas, mas que não se constituem como a salvação dos problemas encontrados na Atenção Básica. “Se por um lado essas experiências podem facilitar o trabalho junto das famílias; por outro, o que deu certo em suas experiências pessoais pode não ser o adequado para a população por eles assistida” (FERRAZ e AERTZ, 2005, p. 352). É importante que o saber produzido pelos

agentes em suas experiências cotidianas esteja presente na produção de estratégias de cuidado. No entanto, do mesmo modo como se pretende problematizar a produção de cuidados levando em consideração somente o conhecimento técnico científico, a prática dos agentes precisa ser olhada e analisada com uma certa prudência.

É nesse turbilhão de acontecimentos que compõem a própria vida, que o trabalho se efetua. Implicando nossas reflexões a essas tensões que habitam o campo da atenção à saúde no território, sustentamos nossa escolha pela análise dos processos no qual os agentes comunitários estão inseridos. Não pactuamos que aí encontramos somente esta potência inventiva, mas um plano complexo, cujas dificuldades são cotidianamente enfrentadas na composição do cuidado como algo que está para além de sua dimensão técnica. É sobre esta multiplicidade que pretendemos incidir nossas análises posteriores, em torno destes fluxos intensivos e seus efeitos. Como veremos a seguir, encontramos no método cartográfico uma estratégia para o acompanhamento dos processos, conduzindo o registro de nossas escolhas e afirmações parciais sobre sua prática.

### 3. Operadores Conceituais

Como problematizar esta dimensão inventiva do trabalho dos agentes comunitários? Contribuindo para a produção destes contornos, o modo que encontramos para sustentar nossos traçados cartográficos, articula-se em torno de dois operadores conceituais. Um primeiro operador refere-se às análises de Emerson Merhy (1997; 2002) sobre as tecnologias de trabalho no campo da saúde e a potência micropolítica do trabalho vivo. Perspectiva sustentada pela ideia de que todo trabalho implica um uso realizado pelos trabalhadores/sujeitos (do próprio corpo, valores, princípios, habilidades, etc), demandando-nos um outro posicionamento sobre o campo da gestão do trabalho e, conseqüentemente, para o modo como vem sendo pensado o trabalho dos agentes comunitários. Destaque a perspectiva das tecnologias leves como potência de transformação dos modos de se produzir cuidado.

Um segundo operador refere-se aos dispositivos clínico-políticos (PASSOS e BARROS, 2000; 2001; 2004) que privilegiam a produção de desvios e de rupturas e que estão presentes na composição de um campo de forças que marca a potência do encontro com os agentes comunitários na produção de novos territórios existenciais.

Enfim, acreditamos que essas duas perspectivas conceituais nos auxiliam a sustentar nossos questionamentos sobre a prática dos agentes comunitários, em sua potência instituinte.

#### 3.1 O Trabalho Vivo em Ato

Avançando nesta discussão sobre a aproximação aos processos de trabalho, tomamos a produção teórica de Emerson Merhy sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato (MERHY, 2002; FRANCO e MERHY, 2011). O autor traz para o contexto de discussões das transformações das políticas públicas de saúde a reflexão sobre os processos de trabalho, em que envolve um método de análise sobre o cotidiano de trabalho e a produção de encontros singulares. Alinha-se, portanto, à nossa intenção de análise sobre a potência do trabalho em ato, e a demanda por um olhar próximo aos processos e gestão realizada pelos próprios trabalhadores, bem como o reconhecimento dessa dimensão subjetiva nas ações de saúde.

Tomando como referência o trabalho de Denise Pires, no livro “Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo” (2002), Merhy aborda este plano de discussões que colocam em evidência as transformações na saúde, especificamente no que se refere às tecnologias de cuidado e ao modelo biomédico:

Atualmente o trabalho em saúde é, majoritariamente, um trabalho institucionalizado (...). O ato assistencial resulta de um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde e por diversos não específicos de saúde. (...). O médico é o elemento central no processo assistencial. Decide sobre o diagnóstico; sobre os exames complementares; sobre a terapêutica e sobre o uso, ou não, de vários dos equipamentos de tecnologia de

ponta (...). Delega partes do trabalho assistencial a outros profissionais de saúde (...). Apesar disso, dependem do trabalho médico para que seu trabalho se realize (PIRES, 1996, in MERHY, 2002, p. 23-24).

Esse trecho utilizado por Merhy traz esta dimensão tecnológica nos processos de promoção de saúde, mas que se efetua no encontro entre o técnico de saúde, no caso o médico, e um alto desenvolvimento nos equipamentos de saúde. Mesmo conferindo grande destaque a esta entrada dos equipamentos no contexto de saúde, Merhy (2002) aposta que a reestruturação dos processos de produção de saúde se efetua em outra dimensão do trabalho: tanto “pela própria 'modelagem' da gestão do cuidado em saúde, quanto pela possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos” (p. 27). O que se passa é a tensão na convergência para um especialismo cada vez mais profundo, devido ao desenvolvimento tecnológico e a consequente necessidade de melhor qualificação dos trabalhadores. Por outro lado, não há uma transformação efetiva no produto final destes atos de cuidado.

Por não imaginar que a reestruturação produtiva é algo mais intenso e que está estrategicamente articulada a novos territórios tecnológicos não materiais, a autora não consegue evidenciar que as alterações mais significativas em seu campo de investigação, não são as articuladas por seu campo de investigação, não são as articuladas por remodelagens da própria medicina tecnológica e sua base profissional – o médico especialista e os seus equipamentos tecnológicos – mas, pelo contrário, devem estar ocorrendo no terreno das tecnologias não-equipamentos, o território das tecnologias leves e leve-duras (MERHY, 2002, p. 29).

Ele traça, portanto, três dimensões tecnológicas: a primeira se refere às tecnologias duras, cuja alta tecnologia e especialismo conferem uma linha rígida e protocolar às ações de saúde; a segunda, é o plano das tecnologias leves, caracterizado pelos processos relacionais; e, por fim, a terceira dimensão que abrange as tecnologias leve-duras, classificadas por Merhy (2002, p. 49) como “saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde”, isto é, trata-se de um conjunto de saberes técnicos (duros) que dependem da ação humana (leve) em sua aplicação. Carregam, portanto uma certa flexibilização e não somente sua ordem diretiva. Esta perspectiva de análise do trabalho compreende as transformações das práticas em saúde como uma potência que atua nos próprios atos de cuidado. Vê nesta ação um caráter inventivo inerente ao próprio processo de trabalho, que no caso da Atenção Básica sempre será realizado por humanos, e por isso sendo efetivado com uma certa liberdade de atuação. É nesta dimensão relacional (tecnologias leves) que incide a aposta na potência do trabalho prescrito específico dos agentes comunitários, a criação de vínculos com a população, como um modo de operacionalizar as transformações das práticas de saúde.

Importante ressaltar que o autor trata o termo tecnologia com uma amplitude característica, compreendendo não somente equipamentos e máquinas, mas “certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares” (MERHY, 2002, p. 45). Ou seja, o

desenvolvimento de conhecimentos, sejam eles acadêmicos ou com base na “capital relacional”, há uma produção singular e concreta nos atos de saúde. Isto é, para Merhy quando falamos de cuidado, a produção e o consumo se realizam em ato (ao contrário da produção industrial, por exemplo, em que a função do consumidor se dá em outro tempo, distante dos processos produtivos). Denomina “interseção partilhada” (*ibidem*, p. 60), esse processo de produção em ato. Uma característica que destaca é a influência do jogo de necessidades e intencionalidades que se fazem aí presentes, ao envolver no próprio processo produtivo o trabalhador e o consumidor (trabalhador/usuários).

O encontro é determinante no modo como se efetua uma ação de cuidado. Neste sentido, não somente os conhecimentos prévios, equipamentos e tecnologias dos trabalhadores afetam a produção de cuidado, mas também o próprio usuário, presente na atividade, “tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor” (*ibidem*, p. 59). O que isso implica? Dependendo do modo como o usuário entende a produção de “saúde”, isso influencia o modo como o cuidado será realizado, afinal ele também é um ator neste processo de produção de saúde, ao consumir essa produção em ato.

Como aponta Túlio Franco (2006), “o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações” (p.4). Fazendo uso da concepção do trabalho enquanto vivo, o autor afirma a potência dos trabalhadores em sua capacidade de articulação de uma rede micropolítica, imanente ao trabalho.

A questão central é pensar o perfil que assumem as redes constituídas no cenário de produção da saúde. Há aquelas que se organizam nesses cenários, com práticas de reprodução da realidade, repetindo velhos métodos de gestão do cuidado. Essas redes são modelares, capturadas por sistemas normativos de significação da realidade, serializam as práticas de cuidado quebrando a lógica das singularidades existentes tanto no trabalhador quanto no usuário. Há outras que se organizam em conexões e fluxos contínuos de cuidado, onde são produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos singulares que se colocam como protagonistas em um determinado serviço de saúde (FRANCO, 2006, p.5).

Retomando o caráter inventivo que envolve a ação do trabalhador na atividade, o jogo entre as normas (prescrito) e a ação (real) é sempre um campo de tensão. Na experiência de trabalho com os agentes comunitários, a todo o momento a tensão entre um trabalho protocolar e uma dimensão inventiva do trabalho surge, tendo em vista, principalmente, o fato de os agentes comunitários não possuírem uma formação técnica específica. O que não impede aos agentes referirem suas intervenções como sendo “de médico” ou “de psicólogos”, uma vez que são pautadas na inventividade experimental da própria vida, do cotidiano de trabalho.

Essa distinção entre trabalho prescrito e trabalho real, tem como referência a ideia de “uso de si” trabalhada por Yves Schwartz (2000; 2006). A hipótese do autor remete à questão: “Como

se poderia pensar que o exercício profissional não remete o indivíduo a algo como suas escolhas e seus dramas interiores?” (SCHWARTZ, 2000, p. 35). Isto é, como podemos pensar a análise de um trabalho sem levar em consideração o contexto no qual um trabalho é realizado e a singularidade que envolve o uso que cada trabalhador faz de suas próprias aptidões e experiências no cotidiano de trabalho. De acordo com o autor, toda atividade implica esta “dramática”<sup>7</sup> tensão inerente à prescrição do trabalho e sua realização.

Produz uma crítica ao taylorismo, na medida em que implica um afastamento na gestão do trabalho entre a prescrição da atividade e o modo como cada trabalhador realiza seu trabalho. A atividade, neste sentido, entende o trabalho em seu caráter repetitivo, “negligenciando” a subjetividade do próprio trabalhador nesta ação. A gestão do trabalho, segundo Taylor, incide sobre o controle do tempo e do corpo, com o objetivo calcular e prescrever os movimentos do trabalhador, suprimindo o espectro inventivo de sua prática.

O autor recoloca o problema da atividade, o que envolve uma torção na ação da gestão do trabalho até então:

Entendemos que, se algo como atividade existe, isso quer dizer que uma situação de trabalho (em parte, mas não inteiramente singular) é sempre, em parte, ‘ressingularizada’. (...) em qualquer situação, a atividade sempre se desenvolve enfrentando a necessidade de gerir a singularidade da dramática do uso de si. Então, temos que fazer circular, fazer esse vai-e-vem entre a riqueza dos saberes envolvendo as normas antecedentes – que estão na nossa vida, no social e no trabalho – e tudo que será recriado pela atividade, em uma situação sempre, em parte, singular. Mas essa segunda parte não pode ser antecipada. Com nossos conceitos e saberes desengajados<sup>8</sup>, não podemos antecipar nem entender exatamente que jogo de valores pesa sobre as dramáticas do uso de si, sempre singulares. Ora, os saberes trabalhados através dessas dramáticas do uso de si são, ao contrário, engajados na história concreta do meu trabalho, dos encontros que fazemos entre homens e mulheres e o meio de trabalho técnico e organizacional, que tem sempre uma singularidade (SCHWARTZ, 2006, p. 461).

Como afirma o autor, é impossível considerar a realização de um trabalho somente pela prescrição técnica, uma vez que este carrega um conjunto de ações prescritas que, embora sejam importantes ao trabalho, não dão conta de sua realização. É preciso que o trabalhador se envolva “por inteiro” para que, na efetivação do seu trabalho, esteja presente não somente a dimensão técnica ou a dimensão da experiência propriamente dita, mas um posicionamento crítico que inclua a análise da situação e o seu contexto, assim como a capacidade de negociação. Implica, assim, um uso que o trabalhador faz de si para a realização de determinada atividade. A essa divisão entre a prescrição do trabalho e o modo como ele é realizado, Schwartz denomina de o “trabalho prescrito” e o “trabalho real”<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> “utilizo uma expressão um pouco grandiloquente, mas não é à toa: ‘uma dramática do uso de si’. Trata-se para mim de recolocar, digamos, algo de drama, de grandeza naquilo que sempre foi considerado como infinitamente pequeno ou negligenciável” (SCHWARTZ, 2000, p. 193)

<sup>8</sup> Saberes e conceitos “desengajados”, pois anteriores à realização do trabalho. Isto é, como aponta Schwartz (2006) neste mesmo trecho: “temos que trabalhar juntos os saberes que chamarei ‘engajados’ e aqueles ‘desengajados’ de uma situação singular, neste caso os saberes conceituais, gerais, fecundos porque gerais, mas insuficientes.” (p. 461)

<sup>9</sup> “Qual seria a conseqüência dessa ideia de atividade considerando-se a questão da prevenção, da saúde? (...) O

Carga de trabalho e fadiga deixam de ser dados objetivos que agridem do exterior o indivíduo; eles se negociam em uma alquimia sutil onde tudo depende da maneira pela qual o indivíduo, nas suas virtualidades singulares e seus limites, encontra o objetivo a realizar como ponto de apoio ou, ao contrário, como restrições de seus possíveis particulares. (SCHWARTZ, 2000, p. 37)

A ideia de uso de si vai afirmar a radicalidade deste diálogo entre o sujeito e sua ação como um “uso”: “quando se diz que o trabalho é uso de si, isto quer dizer então que ele é o lugar de um problema, de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a se negociar: há não execução, mas uso, e isso supõe um espectro contínuo de modalidades” (SCHWARTZ, 2000, p. 41). Isto é, mesmo se levamos em consideração um trabalho repetitivo, o modo como cada trabalhador realiza sua atividade (trabalho prescrito) se efetua de modo singular (trabalho real); logo, cada trabalhador realiza a gestão do trabalho, produzindo saberes singulares sobre sua prática.

De acordo com Sato e Oliveira (2008), “o que a análise do cotidiano de trabalho revela é que a gestão é em si mesma um processo interativo e não apenas a aplicação de prescrições sobre outros. (...) gerir o trabalho revela-se, não como simples prescrição e obediência, mas como a produção de uma existência negociada” (p. 195). Trata-se, portanto, de identificar como os trabalhadores lidam com as normatividades e com as variabilidades no trabalho: “a contribuição da psicologia para a gestão – ao tomar o cotidiano de trabalho como objeto de sua análise, na perspectiva de uma psicologia social crítica – é chamar a atenção para o fato de que a gestão do trabalho não é feita apenas por aqueles que são reconhecidos como gestores” (SCHWARTZ, 2004).

A gestão do trabalho, do tempo e de sua efetivação é algo singular a cada trabalhador. Sem espaços efetivos de diálogo e reflexão, essa ação singular engendra um campo de tensões que afeta diretamente o modo com a produção do cuidado se efetua. Há ainda questões quanto à equidade na realização do trabalho, pois “as relações de poder, as relações hierárquicas dão pesos desiguais às negociações de certas instâncias em relação a outras, e isso é fundamental nessas negociações (SCHWARTZ, 2006, p. 31).

É neste campo de disputas e tensões que o trabalho, enquanto um “uso de si”, se efetua. Híbrido, pois ao mesmo tempo em que a atividade envolve uma constante inventividade e criatividade, corre sempre o risco de ser capturada pela dimensão prescritiva. Nesse sentido, o uso de si parte tanto desta ação de cada trabalhador por si, de forma singular, como também de um “uso de si pelos outros”: “é o fato de que todo o universo de atividade, de atividade de trabalho, é um universo em que reinam normas de todos os tipos: quer sejam científicas, técnicas,

---

trabalho real, na verdade, é o resultado das renormatizações, não da estrita aplicação e execução das normas. Ou melhor, é a ‘execução’ das normas através das renormatizações. Daí concluímos que os riscos para a saúde não podem ser antecipados somente a partir da análise das normas antecedentes, mas a partir do que se faz efetivamente com todas as normas sociais que pesam sobre o trabalho”. (SCHWARTZ, 2006, p. 462)

organizacionais, gestonárias, hierárquicas, quer remetam a relações de desigualdade, de subordinação, de poder” (SCHWARTZ, 2000, p. 196).

É sobre essas tensões, levantadas por Yves Schwartz, que Merhy indica o plano de disputas por uma reestruturação produtiva no setor da saúde via tecnologias leves (MERHY, 2002). Essa perspectiva não tem a intenção de desvalorizar o desenvolvimento tecnológico e científico. Ao contrário, entende que no campo da produção de saúde, há sempre a ação dos sujeitos, e é por meio dessas ações que as transformações das práticas de cuidado podem acontecer. Nesse sentido, é a Atenção Básica que constitui um trabalho de “alta complexidade”, pois, embora não disponha de equipamentos de alto nível tecnológico - como um hospital -, esse aspecto relacional presente no território se depara com uma profunda complexidade de casos que requerem, muitas vezes, uma ação flexível dos trabalhadores. As tecnologias duras, ao contrário, operam com um nível tecnológico altíssimo, mas sua “operatividade” não se transforma, não requer esta plasticidade, e sim o seguimento de um protocolo rígido de atuação (trabalho morto, sem liberdade de atuação).

Nesse sentido, a lógica do encontro e o investimento nesta gestão do cotidiano constituem a aposta dos autores por uma efetiva reestruturação produtiva no setor da saúde:

É possível haver, portanto, várias formas de reestruturação produtiva, sempre centradas na ideia de que há mudança nos processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado. Mas se estas mudanças conseguem de fato alterar o núcleo tecnológico do cuidado, passando a operar centralmente as tecnologias leves, organizando um modo de produção centrado no trabalho vivo, com determinação dos sujeitos, trabalhador e usuário, que conduzem o processo de cuidado (FRANCO e MERHY, 2005).

Nessa dimensão do trabalho vivo em ato, de sua ação micropolítica, segue-se a linha daqueles que consideram os processos de trabalho o *lócus* no qual as transformações nos modelos de saúde podem ser efetivados de forma mais consistente<sup>10</sup>. A complexidade que envolve essas transformações põe em jogo muitos elementos, valores, disputas políticas, de mercado, entre outras.

Ao propormos nossa questão neste caminho, problematizamos a abordagem analítica que afirma os agentes enquanto “personagens” ou enquanto “mola propulsora”, sendo necessário aproximar nossa análise em como efetivamente realizam seu trabalho em ato para que possamos potencializar o que já realizam. Como aponta Liberman (2010), “o foco desta abordagem clínica está na ação efetivamente realizada pelo sujeito, imerso em uma proposta aberta ao devir, à diferença, à surpresa e à singularidade de cada experiência.” (p. 123). Acreditamos que, juntamente com as reflexões em torno do trabalho vivo em ato e da necessidade de nos

---

<sup>10</sup> “Nestes muitos anos de militância e de acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de se produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macroestruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada”. (MERHY, 1997, p. 2)

aproximarmos das tecnologias leves presentes nos usos que os trabalhadores fazem de si em seu cotidiano, esta dimensão da clínica pode nos auxiliar a tecer algumas linhas para pensar a potência do trabalho dos agentes comunitários.

### **3.2 A Construção do Plano da Clínica**

Para finalizar esta articulação conceitual, pretendemos apresentar algumas ideias que envolvem a construção de um “plano da clínica”, principalmente no que se refere à potência de produção de desvios e rupturas com o instituído (PASSOS e BARROS, 2000, 2001, 2004; NEVES e MASSARO, 2009). Perspectiva que não se reduz a um “conceito” de clínica enquanto “terapêutica”, mas que coloca em questão um conjunto de reflexões que envolvem a produção de uma clínica em sua experiência de um cuidado que extrapola a técnica e toma a vida enquanto foco de atuação.

A ação prescrita para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde não prevê o que de fato ocorre em suas atividades cotidianas, pois a complexidade de situações com as quais eles se deparam vai muito além daquilo que está prescrito. Isso nos leva a pensar em uma possibilidade de expressão clínica em sua prática, onde se atravessam as problematizações sobre as lacunas existentes entre as políticas de saúde, suas prescrições e expectativas, afetando as ações dos agentes. Tais questões nos demandam um posicionamento crítico e reflexivo sobre os processos de trabalho e envolvem uma noção de contemporâneo que aponta para uma experiência constante de paradoxo. Trabalhemos principalmente com dois autores, Eduardo Passos e Regina Benevides, que indicam a “construção de um plano da clínica”, vinculada a um conjunto de reflexões sobre a potência dos encontros. Sobre essa questão do contemporâneo afirmam:

Seguindo a inspiração foucaultiana, entendemos por contemporâneo essa experiência sempre desestabilizadora que convoca a nos deslocar de onde estamos, a pôr em questão o que somos e a nos livrar das cadeias causais que nos tornam figuras da história. O contemporâneo, portanto, nos põe sempre numa situação crítica, tomada aqui, em sua dupla acepção: exercício crítico do instituído e experiência de crise (PASSOS e BARROS, 2001, p. 91).

Nesse artigo intitulado “Clínica e Biopolítica na experiência do contemporâneo”, os autores propõem um deslocamento do nosso olhar sobre uma noção de tempo e história linear no qual, ao invés de olharmos o passado com o fascínio da “referência, da definição e explicação determinista”, somos impelidos à experiência do novo, à ação sobre o já dado. É sobre esse processo vivo que os autores apontam o direcionamento da clínica fazendo referência à ideia de “clinamen”, por se tratar de uma clínica que busca no encontro, no desvio dos pequenos movimentos a produção de novos territórios existenciais, de novas possibilidades de conduzirmos nossas vidas. Noção que marca sua diferença do termo “clínicos”, vinculado ao movimento de “debruçar-se sobre o paciente”, cuja prática tem como expressão a produção de atos de cuidado

pela técnica, por uma terapêutica, mas sem a abertura para novos modos de se conceber o sujeito.

Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista de Epicuro (1965). Esse conceito da filosofia grega designa o desvio que permite aos átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem articulando-se na composição das coisas. Essa cosmogonia epicurista atribui a esses pequenos movimentos de desvio a potência de geração do mundo. É na afirmação desse desvio, do *clinamen*, portanto, que a clínica se faz. (p. 91).

Podemos dizer que na ação dos agentes comunitários, em seus “pequenos movimentos de desvio” pelo território, encontra-se um potencial de desestabilização micropolítico que produz efeitos clínico-políticos. Prática que habita a instabilidade, a problematização do instituído, “que nos convoca a uma ação clínica, ou o que se produz como uma demanda de análise, não pode ser pensado fora desta situação crítica” (*ibidem*, p. 91). Isto é, não está relacionado à descoberta da “verdade sobre os sujeitos”, mas na ação que opera no encontro, no acolhimento e na prática do desvio produtivo. O encontro enquanto um dispositivo que marca sua força e potência na produção de um espaço reflexivo, de ruptura e de crise, que não aprisiona o fluxo da vida por meio de uma regulação normativa do cuidado. É a clínica que busca ir além da divisão das diferentes disciplinas da saúde, cada qual centrada em sua própria técnica/saber. Na clínica enquanto “clinamen”, não há um objeto de cuidado anterior à relação de cuidado. Tal clínica é produzida em ato e se localiza no encontro e nos desvios ali implicados.

Ao falar sobre esses processos de produção de saúde em um contexto contemporâneo, Neves e Massaro (2009) tomam como referência o movimento antropofágico de Oswald de Andrade, cuja operação busca “devorar o que é diferente de nós, avaliar o que, nesta diferença, dá potência ao corpo, desviante de todas as catequeses” (p. 504). Ação crítica, que envolve a escolha dos sujeitos, e não a moral dos valores e princípios que regulam a divisão do certo e do errado. No encontro entre a ação clínica e as estratégias biopolíticas, não há barricadas e grandes bandeiras revolucionárias, mas um movimento de singularização que aí procede pela exclusão-inclusiva, pela maquinação do novo em constante captura e articulação com suas engrenagens. Por outro lado, ao aceitarem o desafio antropofágico, os autores elevam na ação esta mesma incompletude a demarcar na vida sua insistente potência desejanse e produtiva.

Apontam, ainda, na política de Humanização do SUS<sup>11</sup>, uma perspectiva que vai tomar essa diretriz de problematização do trabalho no SUS, de dentro do Estado. Movimento híbrido, permeado por esses acontecimentos cotidianos que agenciam fluxos de diferenciação constantes, e que nos demanda, não somente na análise deste escrito, mas na ação crítica de uma clínica vinculada à acepção deste termo “clinamen”, em que se trata da “abertura à porosidade de práticas e sentidos que (re)produzem a realidade para além, e aquém, das configurações e

<sup>11</sup> Melhores informações em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1342](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342)

interpretações homogêneas nas quais se apresenta e é apresentada” (*ibidem*, p. 506). Sustentação que leva em consideração o processo da vida em mutação. Lógica que toma o acontecimento em sua dimensão macro e micro: a potência do trabalho do agente comunitário; assim, não se constitui por sua anterioridade, mas na medida em que olhamos para esses encontros singulares, para o conjunto de tensões e conflitos que envolvem seu trabalho no território:

nossas práticas de gestão e produção de cuidado em saúde se fazem em meio a este funcionamento paradoxal da biopolítica contemporânea, imanente nos funcionamentos do biopoder (...) e, ao mesmo tempo, imersos na potência constitutiva do vivo, em sua biopotência, como produção de liberdade, de reexistência e autonomia (*ibidem*, p. 511).

A problematização desses dispositivos que tomam o território e a população como foco da intervenção articula na singularidade do encontro a sua potência produtiva. O reconhecimento dessas dimensões e a busca pela potencialização de estratégias de cuidado inventivas no trabalho dos agentes comunitários marca esta ação de resistência a lógicas de cuidado que privilegiam os aspectos biológicos da população: ação de cuidado via biopolítica, no qual a vida passa a ser foco de dominação.

De acordo com Peter Pal Pelbart (2001, 2006), é na própria vida que encontramos a potência de resistência. Este movimento traz a ideia de cuidado vinculada ao que Pelbart denomina “Biopotência”:

Poderíamos resumir esse movimento do seguinte modo: ao poder sobre a vida responde a potência da vida, ao biopoder responde a biopotência, mas esse 'responde' não significa uma reação, já que o que se vai constatando é que tal potência de vida já estava lá desde o início (PELBART, 2006).

A análise do cuidado enquanto clinamen, enquanto problematização do instituído e sua potência clínico-política, articula a ação como invenção de novos modos de vida. Resistência não por oposição, que “responde”, mas pela potência imanente a sua ação. Cartografar essas ações de cuidado implica dar visibilidade à potência que já se faz presente em seu trabalho. Não se trata de ensinar algo “novo”, mas de criar uma posição crítica sobre os afetos e as relações produzidas em ato no trabalho. Como diz Pelbart (2001, p. 5), “todos e qualquer um inventam, na densidade social da cidade, na conversa, nos costumes, no lazer – novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação”.

Produção micropolítica que compõe esta concepção do contemporâneo e os efeitos de uma ação clínica. Esse processo não explicita uma “nova e mais desenvolvida” técnica a nos amparar as ações de cuidado, mas de um processo de desnaturalização do instituído. Partimos do pressuposto de que o encontro é sempre produtivo, e que as idéias e os afetos que daí derivam estão sempre em constante movimento, produzindo novos sentidos e sendo produzidos por eles.

São sempre criações parciais. É preciso estar atento a esse movimento, pois é aí que a captura dos modos de vida se fazem presentes.

Retomamos as considerações de Eduardo Passos e Regina Benevides (2004), parafraseando a questão espinosiana, “O que pode um corpo?”, em outra e importante questão: “O que pode a Clínica?”. Esforço empreendido neste movimento de construção de um espaço de reflexão, em que as linhas de segmentaridade duras e flexíveis transbordam o conceito, e nos fazem deparar com a complexidade inerente à prática dos agentes comunitários e sua multiplicidade de ações no encontro com os territórios de atuação. Ali também encontramos a todo momento este embate entre linhas de resistência, de invenção e composições que legitimam uma prática clínica centrada no indivíduo, da “inclinação sobre o sujeito” que o escrutina como objeto naturalizado, estanque e segmentado.

Partimos assim para a produção de uma clínica-política, isto é, situada num “entre”, de modo transversal às práticas dos sujeitos e seus encontros. Diretriz ética, que ampara “a experiência clínica como a devolução do sujeito ao plano da subjetivação, ao plano da produção que é o plano do coletivo” (PASSOS e BENEVIDES, 2004, p. 170).

Trata-se de colocar em discussão os campos de saberes instituídos, tomando as problemáticas com as quais nos defrontamos de forma singular: são produções desejanter tomadas como expressões de um campo político e social e que não podem mais ser tratadas somente como da ordem do indivíduo. O mesmo cabe a consolidações de saberes, na medida em que compreendemos a dimensão do cuidado para além de uma disciplina ou de um saber técnico, mas como algo que se produz no encontro entre sujeitos.

A questão “O que pode a Clínica?” tensiona a discussão sobre a atuação da clínica nesse encontro com múltiplas possibilidades, com outras áreas de conhecimento, com a experiência, com o que se produz em ato. O “sujeito” compõe-se nessa ação produtiva, efetuação de forças de subjetivação e produto dessas mesmas forças. Ele é, ao mesmo tempo, uma prática produtora e consumidora de sua produção. O que pode a clínica? É uma questão que nos coloca diante desta mutação constante. O afeto e o encontro são as condições necessárias para a invenção da/na clínica:

O trabalho da clínica é o de acompanhar os movimentos afectivos da existência construindo cartas de intensidade, ou cartografias existenciais que registram menos os estados do que os fluxos, menos as formas do que as forças, menos as propriedades de si do que os devires para fora de si. Traçamos, então, as linhas, sedentárias, nômades, de fuga. Estas últimas são as que se evadem dos territórios, que desmancham estados pelo efeito do aumento dos quanta afectivos de uma dada existência. (PASSOS E BARROS, 2006, p.91-92)

Operando sua prática nos espaços entre disciplinas, a clínica vai compor sua prática com um objeto híbrido e paradoxal (PASSOS e BARROS, 2004), caminhando sempre por contornos do clínico e do não clínico, entre disciplinas e produções de conhecimento das mais diversas.

Trabalha com a diferença e com a produção de diferença na multiplicidade dos encontros em ato.

#### **4. Método**

a cartografia se apresenta como valiosa ferramenta de investigação, exatamente para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que a acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas. Contudo, mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo. Entendemos que a cartografia pode ser compreendida como método, como outra possibilidade de conhecer, não como sinônimo de disciplina intelectual, de defesa da racionalidade ou de rigor sistemático para se dizer o que é ou não ciência, como propaga o paradigma moderno (ROMAGNOLI, 2009, p.169).

Nos encontros do pesquisador com os agentes comunitários evidencia-se um campo de multiplicidades. As inúmeras experiências relatadas por esses trabalhadores apontam para a necessidade de problematizarmos os efeitos desta prática no território. Os múltiplos acontecimentos produzidos entre agentes e território não ocorrem tal qual o esperado no conjunto de regulamentações e prescrições de seu trabalho. A singularidade de cada território, das equipes de saúde, da gestão das estratégias de cuidado, entre outras inúmeras variabilidades, pressionam os agentes e os demais trabalhadores das equipes de saúde da família a encararem uma “realidade” bastante distinta do que se supõe.

Há uma intensidade de afetos produzidos nesses encontros, no qual as particularidades dos agentes em relação aos outros integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF) trazem implicações importantes de serem analisadas. Dentre as características: serem residentes da área onde atuam, não haver a necessidade de uma formação técnica ou acadêmica, terem como foco do trabalho a criação do vínculo com a população, a realização de visitas domiciliares e a possibilidade de aí já realizarem atos de cuidado.

Tomamos a prática dos agentes, portanto, como um analisador das práticas de saúde no território, tendo em vista a assimetria entre a prescrição do trabalho e como ele é realizado em ato. Nesse contexto, onde há um hiato entre o que é proposto para os agentes e o que de fato se produz no seu encontro com o território, é preciso tecer uma análise próxima às questões levantadas pelos próprios agentes em seu cotidiano de trabalho para saber como se efetuam esses processos em ato: a importância dessas ações, a expectativa de articulação de um eixo de transformação dos paradigmas de cuidado, tudo isso faz com que tais ações não sejam realizadas por um mero “personagem”, muito menos por um “super-herói”. Procuramos não falar “de fora”, mas sim implicados nesta complexa trama.

As ações dos agentes comunitários sinalizam para um conjunto ilimitado de experimentações. Tal processo constitui o campo de problematização entre o pesquisador e seu objeto de estudo e consiste em dar visibilidade aos fluxos intensivos e à potência inventiva que atravessa e constitui a prática dos agentes comunitários do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal. Mostrar o traçado destes fluxos e suas múltiplas possibilidades constitui-se na principal característica de uma abordagem cartográfica: “A cartografia como método é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação” (PASSOS e BARROS, 2009, p. 17-18).

Ao propormos, não a criação de um “personagem Agente Comunitário de Saúde”, mas a imersão neste plano afetivo que compõe as práticas desses trabalhadores, a produção de conhecimento ocorre a partir do encontro com os diferentes territórios existenciais nos quais se dão esses afetos, dando consistência aos conceitos, sensações, percepções e signos que tomam o cartógrafo. Produção que busca romper com a idéia de um conhecimento verdadeiro sobre a essência dos objetos, colocando a ênfase sobre a experimentação do mundo a partir da singularidade daquela experiência. A cartografia é o testemunho desse encontro: já não é o próprio sujeito, nem o objeto descrito, mas a composição de novos possíveis e a criação de outros sentidos. Cartografia é, sobretudo, invenção.

Demanda-se do pesquisador a proposição de uma escuta sensível, de uma atenção específica ao cartógrafo sobre esses processos. Seguimos as “pistas” levantadas por alguns autores sobre a construção de uma disponibilidade cartográfica (PASSOS, KASTRUP e ESCÓSSIA, 2009). Dentre as oito pistas levantadas pelos autores, indicamos seis que nos chamam a atenção e se alinham a nossa proposta: pista dois, sobre a função da atenção no trabalho do cartógrafo; pista três, sobre a cartografia enquanto um acompanhamento de processos; pista cinco, no qual os autores indicam o plano coletivo de forças como o *locus* da experiência cartográfica; pista seis, em que se problematiza a neutralidade do pesquisador; e por fim, a pista sete, sobre a imersão do cartógrafo em um território existencial, habitando sua multiplicidade de signos.

Articulando essas pistas, vislumbramos um modo de se conceber a pesquisa que toma como questão o encontro como potência problematizadora, “habitação de um território” que, em princípio, não se habita (BARROS e KASTRUP, 2009, p. 56). Cartografar é habitar territórios existenciais, é acompanhar processos. Por sua vez, é tomar o plano da pesquisa enquanto um coletivo de forças ao qual se precisa estar atento e aberto para seu potencial afetivo/intensivo. Busca-se mapear estes fluxos aos quais “o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (*ibidem*, p. 57),

Retomando, vivenciamos um contexto de grandes implementações institucionais e transformações cotidianas nas práticas de cuidado. Ainda não está claro o que implicam estas ações na constituição de um plano de forças singular que compõe o território de atuação dos agentes comunitários. A indissociabilidade entre vida e política indica um processo de cuidado territorializado que “bate à porta de sua casa”. Proximidade flexível e capilar, agenciada por tecnologias relacionais desenvolvidas pelos próprios trabalhadores nos encontros com a “vizinhança”.

Levando em conta essas considerações, nossa intenção aqui é dar visibilidade ao modo como ocorre nosso encontro com os agentes comunitários e os modos como eles expressam sua ação no território, a fim de potencializar as estratégias de cuidado ali existentes. Destacamos alguns elementos desses encontros que realizamos com os agentes comunitários enquanto

analísadores dos processos de trabalho/subjetivação, cujas práticas se efetuam e são efetuadas de modo contínuo neste “fio da navalha” que habita a lógica do cuidado/controle (NEVES, 2004). Isto é, em um contexto contemporâneo biopolítico, trata-se de pensar como esse trabalho se efetua, que forças se mostram aí atuantes, “em movimento”.

Tomar o processo de trabalho dos agentes comunitários em análise, é produzir uma demanda pelo acompanhamento dos efeitos e dificuldades desta prática em ato, é possibilitar o encontro com a multiplicidade de afetos que estas ações produzem. É nesse sentido que afirmamos a potência inventiva dos agentes que já se faz presente em sua ação. Como mostram Franco e Merhy:

A realidade social pode se manifestar, não na produção, mas na reprodução, em processos de captura subjetiva dos sujeitos, em que a ética do cuidado está aprisionada pela normatividade da vida e do trabalho, pela repetição de sentidos, a desfiguração dos signos, havendo assim um borramento do campo de visão do “olho vibrátil”. É disso que a cartografia deve dar conta de analisar, seja no plano de intensidades de produção da vida, ou no plano de captura molar da existência (FRANCO e MERHY, 2011, p. 10).

É neste turbilhão de acontecimentos que devemos incidir nossa análise: é na produção do trabalho em ato que as novas práticas em saúde flexibilizam as polaridades entre as estratégias de cuidado e as estratégias de controle. É nesta dimensão que a vida se produz, em sua potência múltipla, sendo o território de atuação o plano de engendramento dessas forças e da emergência da diferença (novos modos de cuidado, novos modos de vida).

É como se estivéssemos num instante resistindo a um determinado movimento de alisamento do *socius* e, neste mesmo movimento de resistir, nos víssemos em meio a ele. Percebemos, então, que a questão está em outro lugar ou, melhor dizendo, num ‘não-lugar’, que é o plano de variação imanente do desejo onde a vida e as interferências se engendram como signos de movimentos (NEVES e MASSARO, 2009, p. 508).

Esse ponto (como um nó) retoma a afirmação de que toda prática implica um efeito (micro)político e, por este motivo, caminhamos sobre uma linha tênue. Como resistimos – resistência entendida como produção de diferença, de novos modos de existência – a essas engrenagens do poder, sendo o território existencial, em sua multiplicidade, o plano em que estas relações de forças habitam? É preciso traçar dispositivos de análise, vias para tensionar estas práticas no cotidiano, puxar linhas que compõem os dispositivos gerados em nossos modos de produzir saúde. No plano coletivo de forças “não existem regras fixas, modos privilegiados de relação” (ESCÓSSIA e TEDESCO, 2009, p. 96), sendo cada encontro uma composição deste “caos” momentâneo. Nem por isso, o cartógrafo deixa de registrar suas andanças.

A cartografia surge como alternativa que vislumbra um acompanhamento dessas marcas em nossos encontros e nas andanças dos agentes. Trata-se de um modo de aproximação dessas composições na prática dos agentes, por uma via de experimentação não totalizante. As classificações, as hierarquias de saber, as dicotomias, “precisam desaparecer, mesmo que por

instantes” (*ibidem*, p. 100), para que se possa criar uma disponibilidade ao encontro e os afetos produzidos. Uma produção de traços e linhas em que esses processos encontram breves contornos. O grau de afetação de cada corpo varia de intensidade, de disponibilidade, enfim. Somos um grau de potência (PELBART, 2006), a afetar e sermos afetados.

Partimos da não neutralidade entre pesquisador e objeto, na medida em que esta divisão se mostra como artificial. Partimos do meio, deste campo afetivo, “estrangeiros” (BARROS e KASTRUP, 2009, 61), buscando aguçar nossa curiosidade sobre o plano intensivo que compõe a prática dos agentes.

O cartógrafo se encontra sempre na situação paradoxal de começar pelo meio, entre pulsações. Isso acontece não apenas porque o momento presente carrega uma história anterior, mas também porque o próprio território presente é portador de uma espessura processual. A espessura processual é tudo aquilo que impede que o território seja um meio ambiente composto de formas a serem representadas ou de informações a serem coletadas. (BARROS e KASTRUP, 2009, 58).

É preciso uma imersão neste plano de forças, nesta processualidade imanente à vida, sem necessariamente criar uma representação sobre “o que é” (forma), mas sim sobre “aquilo que passa em determinado momento” (forças). Demanda-se outra estética do sensível ao acompanharmos estes processos.

Nesse sentido, retomamos a segunda pista para a construção de um método cartográfico que “diz respeito ao funcionamento da atenção durante o trabalho de campo” (KASTRUP, 2009, p. 32). Alinhada ao movimento de inserção do cartógrafo em territórios existenciais e o acompanhamento de tais processos, a autora fundamenta seu trabalho sobre a atenção a partir de dois conceitos baseados em Freud e Bergson (in KASTRUP, 2009), respectivamente, a atenção flutuante e o reconhecimento atento.

A atenção flutuante se refere a uma certa pausa quanto às “inclinações e expectativas”, que poderiam contribuir para uma seleção daquilo que se espera encontrar em um determinado campo. A contribuição dessa perspectiva freudiana aponta o risco de “um predomínio da reconhecimento e da conseqüente obturação dos elementos de surpresa presentes no processo observado” (p. 36). Um dos limites a essa perspectiva indicada pela autora se refere a um predomínio da escuta na atenção, sem agregar à atenção todos os outros sentidos para o corpo do pesquisador: “A utilização pelo cartógrafo de outras modalidades sensoriais além da audição, como é o caso da visão, exigirá explorar um desdobramento da contribuição freudiana” (p.17).

O Reconhecimento Atento seria o resultado de um processo do encontro entre pesquisador e campo, que articula uma dimensão afetiva, que toma o corpo do pesquisador e com o qual ele busca sentidos. Esse processo passa por quatro etapas: rastreo, toque, pouso e, por fim, o reconhecimento atento. Primeiramente, uma posição de abertura, sem foco, mesmo que alinhada com a questão de pesquisa (p. 40); em um determinado momento há uma afetação com

esse plano, algo chama a atenção do cartógrafo (p.42). Implica uma certa intensidade, pois se articula a esse plano de forças o qual se está inserido; o terceiro movimento indica uma focalização naquilo que nos afeta, uma espécie de “zoom”, formando um novo território e reconfigurando nosso “plano de observação” (p. 43); por último, então, um reconhecimento atento, que não indica a natureza do “objeto”, mas uma condução aos contornos de determinados processos.

O que fazemos quando somos atraídos por algo que obriga o pouso da atenção e exige a reconfiguração do território da observação? Se perguntamos “o que é isto?” saímos da suspensão e retornamos ao regime da reconhecimento. A atitude investigativa do cartógrafo seria mais adequadamente formulada como um “vamos ver o que está acontecendo”, pois o que está em jogo é acompanhar um processo, e não representar um objeto. É preciso então calibrar novamente o funcionamento da atenção, repetindo mais uma vez o gesto de suspensão (p.44-45).

Busca-se uma atenção que não se limita a uma mera “reconhecimento” ou automação da atenção. Essa ação implica habitar territórios enquanto “estrangeiros” (referência), na medida em que não sabemos tudo o que se passa neste campo de multiplicidades.

Essa complexidade da atenção e seu uso, apontado pela autora, indica a necessidade de problematizarmos a “coleta de dados” em uma dada pesquisa na medida em que não partimos da ideia de um mundo pronto ao qual selecionamos o que nos interessa. Tomamos o “campo”, o “plano” da pesquisa como um emaranhado de linhas subjetivantes, de forças que se digladiam, por “signos e forças circulantes” que compõem modos de ser, processos subjetivos. É sobre esse movimento que a posição de uma cartografia demanda um movimento do próprio pesquisador em deslocar o olhar de uma posição distante, supostamente neutra, para assumir sua implicação com esta multiplicidade de acontecimentos que compõem este “cenário”.

## **5. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em ato**

Como trazer aos olhos do leitor a complexidade das situações de trabalho relatadas pelos agentes comunitários em nossos encontros? Essa questão segue pulsante, e assim permanece durante nosso caminho de escrita. Alguns direcionamentos já se apresentam: a lacuna entre as políticas de saúde e o trabalho dos agentes comunitários; a ideia do trabalho vivo, com foco nas tecnologias leves; a demanda por uma aproximação desses processos de trabalho e o modo como a potência de um dispositivo clínico-político passa pela ação de cuidado dos agentes comunitários no território. Em composição aos movimentos de nossos encontros com os agentes, buscamos a sedimentação de algumas linhas, escolhas parciais de pequenos disparates que se destacam nos afetos. Ao falarmos sobre um trabalho que transborda sua prescrição, de um modo de se conceber a potência clínica como a produção de rupturas do instituído, vamos tecendo pistas, tal qual os agentes em seu processo de trabalho: tateando experiências, compondo marcas que (em nosso ponto de vista) apontam para ações instituintes e inventivas.

Qual nossa implicação com este escrito? Produção de analisadores em meio ao turbilhão de experiências e acontecimentos, pontos que explodem em sentidos múltiplos, e que talvez aos olhos dos agentes não passem de conformidades cotidianas. Não pretendemos neste movimento afirmar qualquer resultado específico, neste caso a produção de uma nova técnica de cuidado, ou mesmo propor aos agentes uma “melhor prática”. Intentamos produzir questões sobre aquilo que já está sendo feito pelos agentes, em seu trabalho, e que escapa às previsões, inerentes a uma gestão prescritiva, ou mesmo as nossas próprias análises. Questões que podem, ou não, reverberar no modo como os agentes realizam seu trabalho.

Ora, ao produzir o mundo, se está sempre em relação com o *socius*, o que significa operar também e simultaneamente a produção de si mesmo. E essa produção de subjetividade se dá por “fatores de afetivação”, isto é, acontecimentos que impactam no micro-cosmo, que de alguma forma chegam até o sujeito e impactam a sua forma de significar o mundo. Há neste contexto um processo de formação subjetiva do meio social e de si (FRANCO e MERHY, 2011, p. 7).

No caso do trabalho dos agentes, esta produção afetiva envolve o processo de criação de normas, de novos modos de se produzir o trabalho e, por que não, de produzir vida? É a experiência de rupturas, de desvios do estabelecido, a produção de novas modulações e de outros sentidos para o que se produz. Isso que caracterizamos como efeitos de um plano da clínica, expressa que a produção em saúde é sempre uma erupção e pequenas mortes (PASSOS e BARROS, 2006, p. 98). Tensão constitutiva de uma produção pela via do “clinamen”, que em embate à noção clínica do “klinikos”, da normatização do corpo doente enquanto “fora da norma”, busca, ao contrário, um aumento de potência na ação dos trabalhadores. “A morte não é contrária à variação da potência, podendo ser corte no fluxo vivo prolongando a vida em sua pulsão heterogenética. A pulsão desejante faz do viver o movimento instituinte e de criação de normas” (Canguilhem, 1978). Aposta em um trabalho que se efetua em consonância com esta concepção de saúde de Canguilhem e que retoma a potência do trabalho vivo e de sua ação micropolítica.

A ideia é tecermos aproximações das experiências de trabalho dos agentes comunitários em ato, para destacar alguns efeitos desta prática. Começamos pelo meio: estávamos saindo do Centro de Saúde Vila dos Comerciários<sup>12</sup>, após o primeiro encontro de formação com os agentes comunitários, referente à segunda etapa da pesquisa do PPSUS. Pauta de toda conversa após os encontros com os agentes, discutíamos o quanto este grupo havia sido bastante movimentado, com a participação de muitos agentes que demonstravam um intenso envolvimento com o trabalho, marcado pelas dificuldades enfrentadas no território, pelas diferenças com os profissionais das equipes técnicas, pelo peso e as consequências de exercerem a função “Agente Comunitário de Saúde”. Inversões entre relatos mais resignados, mais combativos, algumas posições em consonância com a malandragem do dia a dia, a circulação pelas vilas, entre frequentadores de “butecos”, temerários traficantes ou aos sempre citados usuários de crack<sup>13</sup>.

Éramos três a coordenar os grupos com os agentes, e assim como este conjunto de trabalhadores, nossas diferenças também não tardariam a aparecer. Um belo desafio! No caminho entre a sala de reuniões e a parada de ônibus, entusiasmados por este primeiro encontro de formação, estávamos decididos e unânimes no encaminhamento para a próxima semana: levar um lanche, algumas bolachas e, definitivamente, uma térmica de café.

A resolução pela cafeína, em concordância ao pedido dos agentes, nos pareceu interessante em dois sentidos: pelo aspecto operativo, em manter a todos acordados durante as três horas de encontro, e pelo aspecto acolhedor. Criar um ambiente aconchegante, que possibilitasse um espaço de conversa e proximidade. Tentávamos produzir um ambiente reflexivo, no qual os agentes se sentissem acolhidos e, com isso, nos envolver com as questões que habitam seu trabalho. Dispositivo que agencia afetos, que articula essa heterogeneidade em um processo coletivo.

A multiplicidade de experiências afeta a todos diferentemente. Enquanto uma temática causa sofrimento para uns, outros se mostram confortáveis em relatar as situações experienciadas, as ações possíveis ao momento, e como lidaram com situações de extrema complexidade. De certo modo, ao criarmos um espaço de troca, reflexivo, possibilitamos uma articulação dessas diferenças no modo como cada agente realiza e lida com seu trabalho. Passado pouco mais de um ano desde os primeiros encontros com os agentes, ao retomar neste escrito a opção por levarmos bolachas e café, percebemos como estas pequenas ações compunham o cotidiano de trabalho dos agentes de modo inesperado.

Operando um trabalho artesanal, a criar vias de circulação, articulando redes, servindo como mensageiros, fofoqueiros, transporte, entre inúmeras outras ações, os agentes também se

---

<sup>12</sup> O Centro de Saúde Vila dos Comerciários é um centro de saúde que conta com diversos serviços, dentre esses um pronto atendimento em Saúde Mental bem como um CAPS-AD. Para melhores informações consultar em [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=1&p\\_secao=837](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=1&p_secao=837)

<sup>13</sup> Desde os primeiros encontros os agentes comunitários apontam o “crack” como uma das principais demandas por cuidado em saúde mental nos territórios de atuação. Desde os problemas que envolvem o uso das drogas, o foco no usuário, ao sofrimento gerado nas famílias e ao próprio agente comunitário em função de seu envolvimento.

deparam e constroem uma multiplicidade de encontros. Neste turbilhão de acontecimentos, o café se mostra como um artigo de luxo: ao contrário de nossa proposição com os agentes, de certo modo acolhedora, não são os agentes que ofereceriam um “cafezinho” (com alguma sorte um pedaço de bolo) aos moradores. A relação se inverte: quem “acolhe” os agentes em suas casas são os próprios usuários do serviço. E nesse encontro, há uma negociação constante. Assim como nem todos os agentes estiveram dispostos a participar de nossas discussões, não são todos os agentes que encontram moradores disponíveis a suas visitas, a abrir a porta de suas casas. Com as ferramentas que dispõem, como vizinhos, como amigos, os agentes vão tecendo estes encontros, desenvolvendo habilidades que facilitam o acesso ao interior das casas, produzindo avaliações e encaminhamentos em meio às inúmeras dificuldades e tensões presentes nesse contexto.

Fluxos que transversalizam os encontros: construindo esta proximidade com o trabalho dos agentes, não é preciso muito esforço para nos depararmos com uma multiplicidade de relatos sobre uma ação pulsante, viva. No meio da rua, no portão, ou sentados no sofá da sala, onde “só a rede globo entra”<sup>14</sup>, onde o café é servido, a ação dos agentes cria um agenciamento de modo afetivo, entre encontros e produções inusitadas. Neste plano, o cuidado, a produção de saúde, o acolhimento se constituem como um

plano dos encontros e implica um regime de afectibilidade construído a cada encontro e através dos encontros, no qual a vida é pensada como potência que se ativa entre sujeitos, nas relações e vínculos que constroem (e os constroem), como potência de afetar e ser afetado (NEVES e HECKERT, 2010, p. 162).

Qualquer definição prévia entre pesquisadores e agentes não consegue dar conta da potência desse encontro. A anterioridade destes termos, embora tenhamos que considerar seus efeitos, passam longe de como o vislumbramos e de como se efetua. Ao tomarmos como foco deste escrito a potência do trabalho dos agentes em ato, temos de mergulhar nesta multiplicidade de afetos, de linhas que vão sendo produzidas no próprio encontro, de intervenções que por vezes não nos pertencem, sendo os próprios agentes a problematizar e compartilhar experiências.

Como temos dito, é preciso um refinamento do olhar às inúmeras dificuldades encontradas pelos agentes no território, no modo como cada um lida com seu cotidiano de trabalho, nos valores e expectativas que o sustentam. Não para validar/sustentar as reclamações, mas para tecer linhas de análise em que esta potência de ação emerge, neste plano de experimentações e incertezas. Fazer ver e escutar a singularidade de sua ação, e os riscos também aí presentes, em tensão constante com os limites, expectativas, etc. Composição “que nos convoca a problematizar, nestas e com estas experiências, os sentidos e efeitos que queremos produzir nas práticas de cuidado e gestão em saúde” (NEVES e HECKERT, 2010, p. 152).

<sup>14</sup> Referência ao trabalho de Lancetti (2009), em que aponta esta potência do trabalho dos agentes no agenciamento do cuidado territorial, no acesso à população, entre ações subjetivantes e os riscos inerentes a estas ações.

É com o foco centrado nessas inúmeras questões que permitem e resistem a uma reestruturação produtiva, que tomamos o campo da micropolítica dos processos subjetivos e da articulação entre territórios existenciais como campo de análise. Como afirmado por Ferreira *et al* (2009), é sobre esses processos de trabalho que circulam pelo território que se devem “buscar os sentidos e as vivências cotidianas” (p. 900). Movimento contínuo e cotidiano, é na imersão deste plano afetivo que entendemos a potência de trabalho dos agentes comunitários, em meio à tensão constante com as normativas/prescrições do trabalho e a ação dos sujeitos trabalhadores nos seus múltiplos encontros (trabalho vivo).

A gestão que cada trabalhador realiza da atividade cotidiana implica um conjunto de variabilidades. Processos e encontros que abrem o campo do trabalho para sua potência instituinte e inventiva. Ao possibilitar um olhar mais acurado sobre os processos, já há intervenção no modo como os agentes comunitários participantes da pesquisa entendem sua própria ação. Lá onde o trabalho é sempre uma

relação de conexão que se estabelece em uma tensão permanente entre o movimento de criação de formas e organizações e de dissolução dessas mesmas formas, entendendo-as em seu caráter contingente e temporário. Este processo se efetua entre os corpos, para além e aquém de suas atualizações molares em formas (homem/mulher, velho/criança), segmentos (profissional/usuário, rede adscrita/rede externa), ou séries causais (diabético/hipertenso, doença/saúde). É nos encontros que experimentamos os movimentos que nos forçam a problematizar o que se passa com a vida, mais do que a responder; alterando as formas-subjetividade e abrindo-a para o intenso, já ali onde os conceitos tornam-se fluxo de intensidade e nos conectam no circuito ziguezagueante da coexistência macro/micropolítica (NEVES e HECKERT, 2010, p. 163-164).

A multiplicidade de territórios existenciais compõe a potência do trabalho dos agentes e marca a variabilidade dos encontros. Não intentamos afirmar quem seria detentor de uma melhor concepção do que é cuidado. O privilégio de um sobre outro marca a expressão das vicissitudes do poder. Nesse caminho, não oferecemos nada mais do que algumas pistas, questões e muitos caminhos possíveis. Sempre atentos ao risco/potência em nossas ações, a produção desta problemática é imanente a este jogo biopolítico.

A inserção dos agentes no território, sua circulação pelas ruas e vielas, a entrada nas casas da população e a produção de ações imprevisíveis, articulam um conjunto de ações afetivas que caracterizam seu trabalho de modo único. A aproximação dessas ações que compõem sua prática está articulada à questão: “O que seria um dispositivo clínico-político na ação de cuidado operada pelos agentes comunitários?” Sentido que aponta para os processos de trabalho e a ação destas linhas de força, para a produção subjetiva e a potência do trabalho em ato. Encontros que compõem e tecem novas redes afetivas, a expressão dos modos em que sua ação opera transformações nas normas e prescrições de seu trabalho. Ao mesmo tempo, um potencial de normatização da vida comunitária, implicando o trabalho nessa “proximidade”: relações de vizinhança, a territorialização do cuidado, e os efeitos que daí decorrem.

Pretendemos apresentar alguns elementos que nos chamam a atenção nos processos de trabalho dos agentes comunitários de saúde: a proximidade e o envolvimento dos agentes com a população atendida e a produção de expectativas por uma resolutividade dos casos atendidos; os efeitos do trabalho na gestão das informações produzidas na circulação e proximidade com o território; e, por último, o desenvolvimento de habilidades relacionais no processo de trabalho e a produção de vínculos com a população e a equipe.

### **5.1 Resolutividade**

Retomando o “slogan” presente no contexto da saúde no final dos anos 80 no estado do Ceará e colocado no título deste trabalho, retomamos a referência de uma das primeiras experiências com Agentes de Saúde no Brasil. Produção de saúde que se insere na vida da população, circulando pelas ruas da comunidade. Entendemos que neste trocadilho, no qual a função dos trabalhadores incide a expectativa por uma maior proximidade com a população, agenciam-se elementos importantes. Atendendo à demanda por uma territorialização do cuidado, cabe aos agentes a realização de visitas domiciliares, cadastramento da população, circulação pelo território, acolhimento dos usuários, entre outras ações. Como fomos apontando até então, além da busca pela transformação de um paradigma de cuidado biomédico-centrado, espera-se deste trabalho a ampliação da oferta de saúde à população. Aos agentes comunitários prescreve-se a produção de vínculo, ações de vigilância epidemiológica e a possibilidade de já realizarem algumas ações de cuidado junto à população (BRASIL, 2011).

Esses elementos prescritos ao trabalho dos agentes não representam a totalidade do que ocorre em sua ação. Uma escuta mais próxima já possibilita a constatação de inúmeras variabilidades a serem geridas pelos agentes em seu trabalho e que não fazem parte da dimensão prescrita do mesmo. É marcante em nossas discussões as expectativas, frustrações e ações que aos olhos dos agentes extrapolam o contexto do posto de saúde. Destacam a pré-condição de serem moradores da mesma área de atuação: entendida como uma das principais ferramentas de seu trabalho, acaba sendo também o que produz efeitos imprevisíveis no mesmo. A pressuposição de que os agentes comunitários, por serem residentes da área de atuação, facilitariam este trânsito entre serviço e população, não considera a amplitude do contexto de trabalho e a conseqüente gestão cotidiana dos trabalhadores: os efeitos decorrentes desta implicação indicam a multiplicidade de sua ação no território. A aproximação entre serviço e comunidade é dependente do modo particular como estes encontros são tecidos pelos agentes e como equipe e população acolhem este trânsito. Esse processo é produzido de diversos modos: por serem moradores de longa data no território, por desenvolverem habilidades relacionais que facilitam o contato com o usuário e a construção de vínculos com a população. Embora apontem como efeitos positivos a ampliação da área de atuação, levando outros profissionais do serviço a

áreas não exploradas anteriormente, essas ações não ocorrem sem questões importantes.

Tomando a discussão pela afirmação de que a ação dos agentes opera por uma lógica afetiva, que tem como dispositivo os encontros com a população, nos questionamos o que implica essa proximidade nas ações dos agentes? De que modo isso auxilia na produção de um cuidado contextualizado à singularidade de cada território? O que os agentes têm produzido nessas ações de cuidado? Que outros elementos surgem neste contexto que demandam uma gestão particular do seu trabalho?

O fato de serem moradores da mesma área em que trabalham é um dos pontos que despertam nossa atenção sobre a ação dos agentes comunitários em seu cotidiano. Em grande parte de nossos encontros essa discussão esteve presente, por vezes de modo intenso, no qual os agentes apontavam os sofrimentos que resultam desta proximidade, as consequências para sua vida pessoal, defendendo inclusive que essa condição para o trabalho gera mais problemas do que benefícios. Ao mesmo tempo, indicam efeitos “produtivos”: essa proximidade também facilita a realização do trabalho, pois amplia o contato com os usuários.

“O agente comunitário é agente 24h por dia” (sic), resume uma agente sobre como entende esta relação de proximidade entre trabalho e território. Discutíamos a intervenção de um agente com um usuário de crack: o envolvimento em produzir alguma ação de saúde, o sofrimento da família, as expectativas em “resolver” a situação. Fora toda a problemática do caso em si, os agentes destacam uma produção de sofrimento no próprio agente comunitário. Proximidade que em certos casos faz com que realizem o trabalho com pessoas conhecidas de longa data, ou com quem construíram uma relação que ultrapassa os limites do trabalho, “uma amizade mesmo” (sic). Há também aqueles casos onde os agentes se deparam com alguma demanda que lhes toca pessoalmente, por terem enfrentado algo similar com parentes e amigos, ou mesmo por se colocarem no lugar da família, reconhecendo no sofrimento dos pais, sua própria situação familiar.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que cabe à função dos agentes “bater na porta da casa” dos habitantes daquele território, são constantes as reclamações quanto ao fato de a população não respeitar seu espaço privado. Relatam que são procurados fora do horário de trabalho, em função da requisição de alguma medicação, de informações ou sobre o agendamento de consultas no posto de saúde. Ao mesmo tempo, referem que essa função produz um lugar diferenciado na comunidade: tornam-se uma referência para a população, são convidados pelos moradores em ocasiões festivas, sendo procurados para resolver as mais variadas situações. Centralizam, de certo modo, diversos acontecimentos da comunidade. “Morreu fulano e a gente já fica sabendo” (sic). Como se fossem uma extensão do posto de saúde, relatam que precisam negociar com os moradores estes espaços, e ao longo do tempo vão reconhecendo a necessidade de produzir limites entre sua vida pessoal e profissional.

Durante nossos encontros, os agentes trocam experiências de como construir com os moradores essa distância/proximidade. Não são poucos aqueles que demonstram certa

dificuldade em lidar com essas situações, por vezes abrindo espaços pessoais ao se envolverem com problemas comunitários. Tornam-se “personagens”, tomados pela demanda crescente, por vezes sem conseguir espaço para outro papel que não o de “agente comunitário” da região.

Voltando à questão anterior, um dos elementos bastante referido pelos agentes comunitários aponta para a produção de sofrimento com os casos atendidos. Esse “envolvimento” com as situações de trabalho, com o sofrimento das famílias, com as expectativas do agente em “resolver a situação”, bem como com as possibilidades e impossibilidades da Atenção Básica e da rede de saúde em geral, produz efeitos variados em sua ação. Frente a essas demandas, relatam que “levam para casa os problemas enfrentados no cotidiano” (sic). Envolvimento que prescinde de uma certa distância, na medida em que não cabe ao agente comunitário a resolução de todos os problemas encontrados.

Afetos que transbordam, que tomam o agente em sua implicação com o território, em seu desejo de produzir transformações em sua comunidade. Sua importância não é prescrita ao trabalho, mas o envolve cotidianamente: têm de lidar com os efeitos e afetos produzidos nesses encontros, com as expectativas sobre sua função e as frustrações decorrentes da impossibilidade de “resolverem” os casos atendidos. Esse sofrimento gerado nos encontros expressa o envolvimento dos agentes com o trabalho, ao mesmo tempo em que expressa uma expectativa, por vezes exacerbada, de que podem transformar a realidade de sua comunidade. Longe de desapropriar os agentes desse envolvimento, entendemos que é preciso uma postura crítica dos trabalhadores sobre sua prática, incluindo aí os limites do trabalho, das equipes, das expectativas sobre os serviços da rede e mesmo da própria população no envolvimento com suas demandas.

Coimbra e Nascimento (2007), no artigo intitulado “Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?”, apontam para os problemas decorrentes de um envolvimento exacerbado dos sujeitos com os efeitos do trabalho: “a sobreimplicação é a crença no sobretrabalho, no ativismo da prática, que pode ter como um de seus efeitos a dificuldade de se processar análises de implicações, visto que todo o campo permanece ocupado por um certo e único objeto” (p. 27).

Ao trazer para a discussão o conceito de sobreimplicação, ferramenta conceitual da Análise Institucional, nosso interesse incide sobre o modo como os agentes se relacionam com o trabalho. Entendendo que a implicação, em nossa análise sobre o trabalho dos agentes, indica a ação de forças instituintes/instituídas, o sofrimento gerado nesta relação com o trabalho indica a necessidade de construirmos um posicionamento crítico sobre o modo como nos relacionamos com essas múltiplas forças que compõem o trabalho. Ao se verem diante de situações de extremo sofrimento, os agentes têm de construir estratégias para lidar com os afetos produzidos: “É um exercício. É um exercício.” (sic).

Como indica esse agente comunitário, a construção de limites, de um posicionamento crítico frente à implicação com o território, não é algo que se produz naturalmente. É um exercício, que envolve igualmente todos os profissionais da saúde. Talvez pela condição de moradores da

área de atuação, esse trabalho seja complexificado no caso dos agentes. O reconhecimento dos efeitos desse envolvimento, de uma possível sobreimplicação com o trabalho parece ser algo pouco debatido no contexto de seu trabalho. Esses limites acabam dependendo de uma construção individual de cada agente, ao lidarem com os efeitos do trabalho no próprio corpo.

Neste processo de aprendizagem, há um reconhecimento de que todo o sofrimento gerado com o trabalho envolve também a produção de uma satisfação pessoal, de ajudar as pessoas, de um reconhecimento por parte dos moradores. Partimos, portanto, de que essa é uma relação híbrida e por vezes paradoxal. Ainda, como apontam as autoras, não se pretende essencializar a sobreimplicação de modo “positivo ou negativo”, pois “se entendemos que a sobreimplicação não é uma questão pessoal/individual, que sempre aponta para o lugar que normal e naturalmente ocupamos e que é atravessada/constituída pela e na história, poderemos pensá-la como múltipla e, mesmo, paradoxal” (*ibidem*, p. 33).

O problema implicado nessa necessidade em lidar com a proximidade inerente ao trabalho, indicam as modulações na sua gestão e os riscos implícitos à (sobre)implicação:

Muitas vezes, a impossibilidade de atender às famílias passa a ser percebida não apenas como da responsabilidade do Estado e da falta de políticas públicas(...), mas também, como uma falta de engajamento e/ou incapacidade do profissional para resolver com sucesso certos problemas. Tal prática sobreimplicada, ao mesmo tempo em que desconsidera a falência dos projetos e das políticas públicas em vigor, acentua o “modo-de-ser-indivíduo”, ao impor ao profissional uma solução individual. Com isso, alimentam-se e fortalecem-se subjetividades onipotentes, faltosas e culpabilizadas e naturaliza-se a “síndrome da carência-captura”, que nos fala de uma “angústia sempre pairando no ar”, “do medo de fracassar”, “de um estado de fragilidade permanente”. Ao mesmo tempo, fortalecem-se a onipotência e arrogância do ativista que, por se julgar iluminado, culpa-se, entendendo que tem obrigação de chegar à resolução do problema (COIMBRA e NASCIMENTO, 2007, p.33).

Imbuídos por uma expectativa de “resolver os problemas da comunidade”, em serem “a ponte entre o serviço e a população”, a construção de estratégias de cuidado torna-se um grande desafio. Isto é, a produção de cuidado via agentes comunitários é dependente do modo como realizam a gestão de si em cada contexto de trabalho. Por gestão (uso) de si, entende-se não o fortalecimento desta individualização das dificuldades e dos inúmeros elementos que afetam seu trabalho. Como colocado no trecho acima, há a necessidade de uma coletivização dessa reflexão, do modo como essas expectativas com o trabalho dos agentes afetam seu trabalho, inclusive sobre a sensação de fracasso e impotência.

É importante diferenciarmos implicação de engajamento ou participação. Lourau (1990) a isso se refere quando compara atividades desenvolvidas por duas diferentes pessoas. Uma que possui uma intensa participação em diferentes grupos organizados e outra com uma prática menos participativa. Não se pode dizer que a primeira seja mais implicada do que a segunda. Ela é apenas mais engajada. Até porque implicado sempre se está, quer se queira ou não, visto não ser a implicação uma questão de vontade, de decisão consciente, um ato voluntário. Ela encontra-se no mundo, pois é uma relação que sempre estabelecemos com as diferentes instituições<sup>15</sup> (COIMBRA e NASCIMENTO, 2007, p. 29).

<sup>15</sup> “Instituições, para a Análise Institucional, dizem respeito às relações e campos de forças instituídos e produzidos

Não nos interessa, como apontam as autoras, problematizar o engajamento dos agentes em seu trabalho. É evidente que há uma heterogeneidade no estilo de cada trabalhador, no modo como os problemas comunitários lhe afetam. No entanto, dependendo de como constroem essa implicação com o trabalho, os efeitos produzidos em sua ação e a intensidade como os mesmos serão experienciados variarão bastante. Em suma, todos esses elementos interferem em sua gestão da atividade.

Eis, então, nos deparamos com conjunto de variabilidades que complexificam a produção cotidiana dos agentes comunitários de saúde. Relações híbridas tecidas nessa proximidade resultante de sua circulação e ação no território. Como temos visto, essas ações são resultantes de uma gestão em que cada agente comunitário efetua um uso de si, de suas crenças e valores, de suas expectativas de realização, com vistas a realizar sua atividade cotidiana. Colocamos em discussão, portanto, como os agentes têm gerido esses aspectos subjetivos que se atravessam em seu trabalho e os efeitos ali produzidos.

Remetemo-nos à reflexão sobre o conjunto de expectativas que permeiam o trabalho dos agentes: das políticas de saúde, do trabalho prescrito nas resoluções ministeriais, dos artigos e livros acadêmicos que tratam de sua prática, das questões colocadas pela população, pela equipe e, por fim, pelos próprios agentes. Entendemos que nessas expectativas reside uma tensão própria, constitutiva da ação dos agentes, seja no território como em nossos encontros de pesquisa: Como produzir cuidado? Qual a potência de ação dos agentes comunitários? O que sua prática tem produzido nos territórios?

Acreditamos que nesse envolvimento dos agentes com o trabalho, podemos pinçar um conjunto de linhas que trazem elementos dessa produção em ato e que merecem nossa atenção. Pretendemos neste momento apontar para os muitos relatos nos quais os agentes evidenciam o paradoxo de suas ações. Consideram-se “enganadores”, pois implicados com as ações de saúde, com a tentativa de mobilizar a população nos tratamentos, esbarram nos limites de sua atuação, das equipes e da própria rede de saúde. Frente a esse incômodo, entendem que seu trabalho “não resolve a situação” (sic), sendo um mero “paliativo” (sic). Envoltos pela expectativa de solucionarem os problemas encontrados em suas andanças pela comunidade, os agentes sentem-se pressionados. Apontam para os inúmeros problemas com que se deparam na produção de cuidado: a falta de suporte; a insuficiência da técnica e de seu próprio trabalho; a falta de reconhecimento das ações realizadas. Em meio à tensão inerente à realização de sua atividade cotidiana, a crescente demanda encontrada/produzida na população cuja ação dos agentes nem sempre encontra espaços de articulação<sup>16</sup>.

---

como naturais que se opõem a outros campos de forças instituintes” (COIMBRA e NASCIMENTO, 2007, p.30).

<sup>16</sup> Cabe ressaltar que um dos indicativos da pesquisa do PPSUS para primeira etapa são as principais demandas de cuidado em saúde mental enfrentadas pelos agentes comunitários: “uso de crack, álcool e outras drogas, depressão, uso abusivo de medicação psicoativa, violência doméstica, situações de crise que envolvam surtos psicóticos, tentativa de suicídio, gravidez na adolescência, isolamento social, idosos que moram sozinhos e pacientes com

Ao mesmo tempo, partimos de uma expectativa depositada sobre o trabalho dos agentes comunitários, indicando que, por vezes, essa aposta lhes coloca no “olho do furacão” sem o devido preparo. Falamos do que se espera da função “Agente Comunitário de Saúde”, de serem “a mola propulsora” e de que modo isso tensiona seu trabalho, a relação que estabelecem com a rede (encaminhamentos ou parcerias), a relação com a equipe técnica ou as expectativas das famílias atendidas. Elementos que afetam seu trabalho e o modo como entendem e operacionalizam ações de saúde.

Do mesmo modo em que a relação entre agentes, políticas de atenção à saúde e território (serviço, população, rede) se efetua de modo complexo, nossos encontros também fazem passar linhas que compõem essa relação entre agentes e sua ação cotidiana. Linhas que legitimam o conhecimento técnico em suas expectativas quanto à prática (produção de cuidado e resolutividade).

Tomemos como exemplo a proposta de trabalho do segundo mês de formação na pesquisa do PPSUS. Nestes quatro encontros do mês de setembro, trabalhamos o módulo “Uso abusivo de álcool e outras drogas”. Desde a primeira etapa da pesquisa, essa temática se fez presente e mobilizava as reflexões dos agentes comunitários. Nossa intenção com esse módulo seria apresentar a perspectiva da Redução de Danos como diretriz do trabalho com os usuários de drogas na Atenção Básica. Ao mesmo tempo, tendo como foco nossa implicação com o problema da saúde, sermos também profissionais da saúde com formação acadêmica específica (os três coordenadores desses encontros tinham a psicologia como formação), tomamos como uma diretriz do trabalho a intenção de não produzir a discussão em cima de técnicas de intervenção/análise sustentadas por nossa especialidade. Desse modo, propusemos para a abordagem dessa temática uma metodologia que tomava como enfoque o olhar dos agentes sobre os usuários, e a partir dessa imagem, que demandas julgavam necessárias aos usuários. Solicitamos que cada agente escrevesse quatro palavras sobre cada uma destas questões: Qual a imagem que vocês têm da pessoa que usa drogas? O que a pessoa que usa drogas precisa?

Nossa intenção seria coletivizar a reflexão sobre como essas imagens interferem na produção de práticas de cuidado. Ao longo dos quatro grupos realizados durante os encontros do mês de setembro, as palavras levantadas pelos agentes sobre a imagem dos usuários foram as seguintes: desespero, miséria, família, ansiedade, dependência, depressão, decadência, cor (da pele acizentada), pobreza, morte, fraqueza, impaciência, falta de amor próprio, falta de conhecimento, mal amados, jeito, malandragem, olhos, gíria, companhia, nervosismo, pânico, sem controle, consumistas, inseguros, doente, frágil, aceitação, rejeição, carência, solidão, dependência, tristeza, sem futuro, desespero, repugnância, isolamento, desorientada, nojo, angústia, sofrimento, desequilíbrio, vazio, abandono, desassistência, desconfiança, destruição, desinformação, escolha, decadência, sujo, ilusão, influência, más companhias, dedo,

desnorteado, fuga.

Já em relação à questão “o que a pessoa que usa drogas precisa?”, estas foram as palavras: atenção, aceitação, local de tratamento, acolhimento, direcionamento, oportunidades, escuta, ajuda, apoio, compreensão, “causa” [no sentido de que é preciso saber as causas do uso para ser possível ajudar], orientação, persistência, auto-confiança, força, carinho, família e amigos, ocupação, vontade de parar, amor, cuidado, menos preconceito, trabalho, apoio, segurança, certezas, informação, cuidado, ocupação, tratamento, vigilância, compreensão, amor, puxão de orelha, paciência, menos discriminação, afeto, vergonha na cara, amor próprio, bom serviço de saúde, acompanhamento, estímulo, proteção, assistência, força de vontade, prevenção.

Pedimos aos agentes comunitários que lessem em voz alta as palavras associadas, para compartilhar com os demais. Anotamos as palavras em um cartaz fixado na parede, para uma melhor visualização. Propusemos então a seguinte questão: “Que cuidado é possível tendo como suporte esta imagem?”.

Em um dos encontros, após o término do levantamento das palavras-resposta da primeira pergunta, uma agente comunitária comenta baixinho: “Agora deu! Coitados” (sic). É bastante interessante constatar o quanto alguns agentes, frente a essa imagem, refletindo naquele instante sobre sua ação, surpreendem-se com a própria imagem sobre os usuários de drogas. A caracterização das “pessoas que usam drogas”, e a proposição de uma reflexão sobre a prática dos agentes incide, portanto, não sobre novas técnicas de cuidado a serem aprendidas, mas sobre uma análise dos elementos que sustentam uma determinada prática de cuidado.

Julgamos ser importante destacar a surpresa dos agentes diante da própria construção coletiva de uma imagem dos usuários de drogas. Um certo constrangimento paira no ar. “Não quer dizer que a gente não acolha, não trabalhe com estas pessoas” (sic). Afinal, não tínhamos como questão se os agentes realizam, ou não, o acolhimento dos usuários. Nossa intenção parte de olharmos juntos com os trabalhadores de que modo este acolhimento é realizado tendo em vista a imagem que produzem dos “usuários de drogas”.

A reprodução de uma figura depreciativa, “cinza”, “sem futuro”, impressiona até os próprios agentes, que parecem se deparar com uma demanda impossível de ser trabalhada. Por outro lado, é essa mesma imagem que sustenta seu trabalho, sua expectativa de “cura”, e de salvação para os casos que envolvem o uso de drogas. Em outro caso, depois de associar a imagem das pessoas que usam drogas a palavras como fraqueza, fuga, morte, doente, cinza, uma agente se surpreende com seu próprio comportamento e nos faz o seguinte apontamento: “Eu achava que era empática com as pessoas que usam drogas, mas acabo de perceber que não sou” (sic), percebendo que não considerava a possibilidade de os usuários utilizarem drogas por prazer.

A imagem, ou as imagens ali produzidas nos levam a refletir sobre o modo como esse trabalho dos agentes é afetado por suas próprias expectativas e concepções no encontro com os

usuários. Ao perceber o seu “olhar negativo” sobre os usuários de drogas, aquela agente indica a falta de empatia em relação ao uso e às escolhas desses sujeitos. Consideramos muito importante este apontamento produzido por essa agente comunitária, pois articula a ação de um dispositivo de produção de cuidado, e de alguns fragmentos, algumas linhas que insistem no desvio.

A lógica que parece sustentar o cuidado aos dependentes químicos indica um único sentido terapêutico, no qual a singularidade de cada paciente, como indica a agente comunitária, não parece estar sendo considerada. Qual a função da empatia? Nesse caso, a possibilidade de olharmos para os diferentes pontos de vista de uma mesma questão, no caso “o usuário de drogas”. Em um contexto conturbado, onde o uso de drogas é visto como uma epidemia, estimulando o seu “combate”, são raros os espaços que estimulam a reflexão sobre as drogas<sup>17</sup>. A conclusão dessa agente sobre sua prática indica uma certa flexibilização das certezas que configuram a realização do trabalho e que apontam horizontes terapêuticos.

Em uma dessas discussões com os agentes, a reflexão circulava pelas diferentes ações realizadas pelos trabalhadores. Como o esperado pela dinâmica proposta, a imagem dos “usuários de drogas” chama a atenção de todos. Em meio a essa perspectiva que vincula o uso de drogas somente como algo “ruim”, como algo que demanda um cuidado intensivo, vigilante, os agentes vão trazendo exemplos de situações onde os usuários fazem diferentes tipos de uso. Pessoas que fazem um uso mais recreativo, esporádico, que não se caracterizavam como sendo casos de “vício”. Em determinados momentos é possível afirmar uma certa flexibilização dos olhares frente às expectativas dos agentes. Um dos participantes relata sobre uma situação pessoal, no qual um parente é viciado em jogos de azar (caça-níquel).

Enfim, nesse momento foi possível a reflexão sobre diversos paralelos entre o consumo de drogas lícitas e ilícitas. Os participantes do grupo que fazem uso de cigarro ou aqueles que “bebem uma cerveja após o trabalho para relaxar”, compõem com esse exercício reflexivo de que também há prazer no uso de drogas. É interessante que na medida em que esses exemplos vão sendo trazidos, pequenos lampejos da discussão convergem para um uso que não pertence somente a uma dimensão do “eles”. Os agentes ensaiam algumas aproximações, indicando no uso também um “nós” presente em nossos usos.

Neste emaranhado, no entanto, os agentes retomam as inúmeras dificuldades cotidianas, os sofrimentos das famílias, em exemplos que tomam situações extremas como “a realidade” (sic), “a droga come o juízo” (sic), a vinculação entre o uso de drogas, mais especificamente o crack, com uma prática de roubos na comunidade, e usuários que “se perdem” (família, trabalho, casa). Apontam as dificuldades de se “largar o vício”. O uso de drogas é expresso como uma doença que acomete o indivíduo, sobre o qual ele tem pouco ou nenhum controle. Isso se torna

---

<sup>17</sup> Referência à campanha publicitária do Grupo RBS, “Crack, nem pensar”. Mais informações disponíveis em <http://zerohora.clicrbs.com.br/especial/rs/cracknempensar/home.0.3710.Home.html>

uma verdade mais precisa quando a droga em questão é o crack.

Cabe afirmar que não é nossa intenção negar a intensidade com que o uso de drogas é experienciado pelos agentes comunitários, pela Atenção Básica e saúde pública em geral. No entanto, é preciso construir caminhos possíveis junto com os trabalhadores, problematizando as premissas e expectativas que os agentes partem ao realizar ações de cuidado. Os exemplos pessoais são uma alternativa que sustentam outras possibilidades do olhar. Aos usuários de cigarro presentes no encontro, há um reconhecimento de que “largar o vício” implica um processo complexo, no qual a “recaída” não é algo essencialmente ruim. Faz parte de uma relação de construção com um uso (im)possível.

Muitos relatos parecem indicar uma tensão importante em direção à dimensão prescritiva do trabalho. As avaliações produzidas pelos trabalhadores sobre a demanda da população tendem para a produção de “orientações” sobre aquilo que os usuários deveriam fazer, uma demanda por encaminhamento aos serviços especializados, um processo que sempre tende à abstinência.

A produção de saúde via agente comunitário e a singularidade dos encontros produzidos no território apontam para uma intensa captura de seu trabalho vivo. Partem, de modo geral, em busca de um horizonte de cura e em função dessa referência, constrói-se uma expectativa de que o encaminhamento para serviços especializados possa “resolver” a situação. Nesse sentido, a prática ainda se sustenta tendo como forte referência o conhecimento técnico.

As produções coletivas sobre os casos atendidos têm como efeito a expectativa de que alguns cuidados seriam mais resolutivos: “A gente não consegue resolver” (sic). São expectativas que fogem ao trabalho dos agentes, ao mesmo tempo em que são demandas que estão tendo que lidar cotidianamente. Articulam-se a isso, os modos de se entender o cuidado na equipe de trabalho e as cobranças da população a partir daquilo que entendem como “mais resolutivo”. Sentem-se frustrados, relatam que o encontro com a população produz um outro problema: caso não se consiga um encaminhamento, uma medicação ou consulta, eventualmente são cobrados pela população.

Nos relatos e propostas de soluções para esses “problemas”, os agentes comunitários direcionam as saídas para “fora”. Isto é, o problema “é da política”, “da rede” ou “da equipe”. Nossa tentativa, embora nem sempre tenhamos conseguido realizar, era o tensionamento do próprio problema em si: O que é possível ao agente realizar no território? Quais os limites de sua prática? O cuidado produzido pelo agente comunitário se efetua como campo de tensão, pois ao lidar cotidianamente com essas demandas, têm de lidar com uma variabilidade que em geral não atende a suas expectativas com o trabalho. Tensão constitutiva entre o trabalho prescrito e o trabalho real (SCHWARTZ, 2006), nessas ações e acontecimentos não antecipados pela prescrição do trabalho. Uso que envolve o trabalhador e afeta sua prática de modo híbrido.

Descrindo seu trabalho como paliativo, como não resolutivo, trazem à tona a produção

de cuidado tendo como referência um tipo de cuidado binário, que opõe a saúde à doença, sendo o processo de cuidado enredado nessa trama. “No início era maravilhoso, os contatos com a rede, os retornos” (sic). Essa agente comunitária explicita que ao longo do tempo os funcionários não conseguem mais efetivar os encaminhamentos para a rede, e seu trabalho passa a ser visto como um engano, na medida em que não há nenhum retorno da rede de atendimentos. “É a estrutura que o governo não dá” (sic); “A gente vai até a metade do caminho” (sic). Esse “peso” que os agentes relatam, relaciona-se diretamente com a dificuldade de os trabalhadores reconhecerem suas ações cotidianas como legítimas, fazendo parte do complexo processo de se produzir cuidado. Faz-se presente a ideia do “falso”, da ação que se deslegitima frente à expectativa de outros modos de cuidado mais efetivos. Expressam a intenção de que suas ações resultem em encaminhamentos, em acompanhamentos por profissionais “preparados”, que ou não se concretizam, ou mostram-se insuficientes pela própria experiência de trabalho. Percebem que em seu trabalho algo falta, uma vez que suas ações permanecem vinculadas à ideia de cuidado, de saúde, a uma perspectiva biológica e médico-centrada. “Eles falam pra gente: 'eu sei que tu tem boa intenção, mas tu não resolve nada” (sic).

Retomando o foco de nossa questão central, quando propusemos aos agentes comunitários a reflexão sobre o modo como cada trabalhador realizava seu trabalho, não tínhamos como intenção a descrição do que seria uma melhor prática, ou do que deveria ou não ser feito. Na troca entre as diversas experiências dos agentes, foram percebendo que o que foi interessante em uma determinada situação, poderia ter sido diferente em outra.

Parece-nos um risco o entendimento de que sua prática será “resolutiva ou não resolutiva”. Chegamos, portanto, a um impasse: se entendemos que o trabalho dos agentes é “resolutivo”, perdemos um conjunto de questões quanto à complexidade que envolve sua circulação no território; ao mesmo tempo, se entendemos que seu trabalho não é resolutivo, consideramos essas problemáticas sem o reconhecimento de que há ações cuidadoras nas ações dos agentes e que são importantes na construção de estratégias de cuidado. É como se não fosse considerado o fato de que toda ação é híbrida, e se produz nessa multiplicidade de encontros e ações possíveis. Como definir qual a melhor ação ao agente comunitário?

Essa frustração dos agentes indica, por outro lado, uma certa inoperância da rede em absorver os encaminhamentos realizados pela Atenção Básica. A internação, nesse sentido, parece mais um produto de consumo<sup>18</sup>, que não totaliza as necessidades dos usuários: “Tu interna uma pessoa cinco dias, ele volta e começa tudo de novo” (sic). Perpassa nessa discussão, essa constatação de que a intervenção proposta pela internação não possibilita nada mais do que uma

<sup>18</sup> Cada vez mais estamos diante de uma superprodução de informações, de uma proliferação de imagens, de uma multiplicação de tarefas. Essa turbulência incessante e globalizada nos lança em meio à estética da velocidade. A hiperaceleração confere ao desejo um aspecto deslizante e faltoso, produzindo uma sensação de vazio, de cansaço, de tédio, de medo, de impotência. Para minimizar esse ‘mal-estar’, muitas vezes, nos tornamos consumidores ávidos e apressados, porque queremos tudo, porque não conseguimos saber o que queremos, porque não queremos nada. Distanciamos-nos do exercício ético do pensamento e nos aproximamos à adesão a diferentes produtos manufaturados (MACHADO e LAVRADOR, 2007, 85).

desintoxicação, sendo necessário um certo acompanhamento posterior. Mas mesmo nestes casos, entendem que esse acompanhamento seria mais resolutivo se fosse feito por algum profissional da área técnica. Afinal, o que faria um psicólogo, um enfermeiro ou um médico de diferente do modo como os agentes produzem sua intervenção? O que é resolver?

A alta demanda por encaminhamentos não deixa de ser fruto do próprio trabalho dos agentes, no aumento da abrangência e acesso da população à ação das equipes; por outro lado, indica esse efeito decorrente das muitas perspectivas de trabalho que sustentam as ações de saúde. Isto é, a proximidade é pertinente à identificação/avaliação de casos. Os agentes demonstram várias habilidades para identificar as necessidades da população, no entanto, recaem na busca por uma rede de encaminhamentos onde deposita-se a esperança de resolução. Opera-se, portanto, “desejos de manicômio”<sup>19</sup> (MACHADO e LAVRADOR, 2001; ROMAGNOLI *et al*, 2009) que acompanham essas “boas intenções” no cuidado, no intuito de resolver as situações encontradas, mas que de certa forma re-atualizam formas de exclusão no cuidado à saúde. Nesse movimento, seguem todos os riscos implicados por uma territorialização do cuidado (OLIVEIRA e PASSOS, 2010) e pelo próprio desenvolvimento das habilidades dos agentes no acesso à população.

Sem o devido amparo, essa potência de produzir ações de cuidado, em tensão com os moldes prescritos e a própria busca por uma prática “propulsora de transformação dos paradigmas de saúde”, se perde na contradição de não reconhecerem essas ações como legítimas e complementares. Como temos visto, parece-nos que a relação com a “técnica” enreda as ações cotidianas. Há inclusive um pedido de alguns agentes para que os encontros de formação, no contexto da pesquisa do PPSUS, pudessem ser trabalhados também por uma via técnica, mais especificamente, com o desenvolvimento de um conhecimento que os auxiliasse na avaliação de sintomas.

Esse pedido por técnicas de identificação e intervenção, categorias nosológicas, características sintomáticas, o que fazer em casos de saúde mental, não nos parece claro. Por um lado, parece articulado a essa legitimação do cuidado tecnificado como uma alternativa às dificuldades encontradas no trabalho. O direcionamento desse pedido para nós era legitimado por nosso lugar de “especialistas do comportamento humano”, indicando uma insegurança dos agentes diante das próprias ações. Como se houvesse a expectativa de que pudéssemos indicar qual o caminho correto nas ações de saúde.

Por outro lado, esse pedido parece vinculado à necessidade de produzir um diálogo com a equipe de saúde, tendo em vista que esta ainda sustenta seu trabalho na manutenção das

---

<sup>19</sup> “A saída da instituição asilar e a oposição à lógica hospitalocêntrica, por si só, não significam que acabamos com os manicômios que nos habitam. Há ainda alguns aprisionamentos que nos impedem de inventar e de resistir e que geram nossas atuações, de forma sutil, mas nem por isso menos efetiva. A afirmação do que existe, o exercício de julgar e perseguir a semelhança, a separação entre saber e poder e as buscas de verdades transcendentais resguardam a tendência a validar e reproduzir recursos já existentes e institucionalizados e impedem a criação de novas formas de lidar com a loucura” (ROMAGNOLI *et al*, 2009, p.201).

fronteiras disciplinares. O discurso técnico mostra-se bastante presente no contexto de trabalho, inclusive no relato dos agentes sobre as situações. Parece compor “a cena” de trabalho a produção de avaliações: sem uma formação técnica específica, os agentes não deixam de realizar atos de cuidado, avaliações e percepções sobre o que lhes chama a atenção. Frente a esse pedido por um conhecimento técnico ou a ciência de categorias diagnósticas, sustentamos que não será isso que irá garantir ou impedir que seu trabalho seja efetuado.

Os agentes relatam uma gama de ações alternativas que têm desenvolvido: grupo de caminhada, oficinas, atividades com ONGs, Escola Aberta, etc. Um agente comunitário relata um espaço criado por ele com os jovens de seu território. Diz que os reúne para jogar futebol, sendo uma espécie de treinador. Realiza essa atividade duas ou três vezes por semana. Compartilha com o grupo que em um desses encontros, um dos jovens disse a ele que sabia por que ele fazia aquela atividade: “porque assim sabia o que todos faziam, e que quando estavam ali não estavam fazendo 'outra coisa'” (sic).

Essas atividades “extras” agradam os agentes, pois saem da rotina do trabalho. Nesse exemplo trazido pelo agente, uma colega lhe pergunta se ele fazia esse trabalho como “agente comunitário”. Ele disse que não, que o faz como “voluntário”, fora do horário de trabalho. É interessante que essas atividades, embora estejam em consonância com o que se espera do trabalho na Atenção Básica no sentido de uma singularização do trabalho, parecem causar um certo estranhamento, como se não fizessem parte das ações de saúde. Esse trabalho é uma expressão dessa potência, de um trabalho vivo que parece carregar consigo, ao mesmo tempo, essa produção de estranhamentos.

Por que estranhamentos? Temos a impressão, de que esses movimentos, que consideramos constituintes de uma potência inventiva, não parecem adequados aos trabalhadores dentro da concepção do que seria legítimo como produção de estratégias de cuidado. Não são “mais resolutivos”, ou “melhores”, mas podem produzir, enquanto ferramentas/estratégias, atos de cuidado. Em nossos últimos encontros com os agentes comunitários, em suas avaliações sobre o trabalho, eles pontuam que nada foi modificado em seu trabalho em função do processo formativo: “só nos deixou mais realistas” (sic). Realidade que difere e que indica esse efeito clínico, esse desvio do instituído: “ficar mais realista é importante, pois assim tu encara o problema de uma outra forma” (sic).

## **5.2 Gestão da Informação**

Outro efeito importante da ação dos agentes no território refere-se à circulação de informações sobre os moradores. Este processo de comunicação produzido no encontro entre agentes e população em função da realização de visitas domiciliares ou mesmo nas conversas com a vizinhança, articula um trânsito de informações que foge ao modo como cada equipe

organiza e normatiza este fluxo. Os agentes referem uma diversidade de problemas inerentes a essa circulação, cuja gestão implica a produção de ações de cuidado. A territorialização do cuidado e a circulação dos agentes nas comunidades articulam um dispositivo que promove visibilidades, operacionaliza a entrada dos serviços e a produção de saúde.

Em nossos encontros com os agentes, novamente uma heterogeneidade de posições marcam a ação desses trabalhadores: que tipo de informação é importante passar para a equipe? Como definir se uma ação de cuidado deve ser realizada, mesmo quando a origem da informação não parte do usuário? Como abordar um usuário cujos problemas você não soube por ele? O paciente disse que não era para contar para a equipe, o que fazer? Segredo é diferente de sigilo?

De modo geral, os agentes indicam que a gestão dessas informações tem como sentido predominante os serviços de saúde. Isto é, o agente comunitário ao ampliar o acesso à saúde, o faz mediante a passagem/encaminhamento de casos à equipe. No entanto, como expusemos, nem sempre essas informações chegam aos agentes via as visitas domiciliares, em seu contato direto com os usuários, podendo partir, por exemplo, via “fofoca” de vizinhos ou conversas com pessoas conhecidas da região. “Às vezes o vizinho fala. Como é que tu vai abordar aquela pessoa? É complicado. A gente fica numa saia justa” (sic). Os agentes afirmam que em sua circulação pelo território, muitos moradores conversam com eles sobre vizinhos e conhecidos. Outros moradores tendem a questionar sobre casos que os agentes trabalham.

Nesse “aperto”, os agentes fazem circular e estimulam uma ampla rede, incluindo nessas relações, o restante da equipe técnica, amigos e familiares. Esse trânsito varia consideravelmente dependendo de como o agente comunitário avalia a situação envolvida: alguns referem que pedem aos moradores que não lhes relatem nada que não tenha relação com seu caso, e que não lhes perguntem sobre outros moradores; em alguns casos, entendem que é preciso passar para a equipe, mas conversam com os usuários previamente; alguns agentes entendem que todos os casos devem ser passados para a equipe. “É preciso ter ética” (sic), apontam.

De que ética falam os agentes? Em princípio, há uma forte relação de uma ideia de ética que traz em seu sentido uma regulação normativa, de uma “regra a ser seguida”. Nesse caso, “não fazer uso de informações que não partam do próprio usuário” (sic). Como destaca Heckert (2008), “o que ainda permanece como uma constante, mas não de forma totalizadora, é a compreensão de que ética diz respeito a um conjunto de prescrições que devem pautar a conduta dos homens de forma a garantir a eficácia de uma ação” (p. 222). Sem que nos aprofundemos nessa discussão sobre a ética, indicamos que esse uso aponta para uma relação que envolve um atravessamento de forças, valores e concepções de cuidado, que constituem a prática dos agentes.

A ética, concebida como correção de conduta, pouco nos auxilia a enfrentar os desafios cotidianos do trabalho em saúde. Neste sentido, as contribuições de Foucault e Deleuze nos auxiliam a tomar a ética como exercício de liberdade (que é bem diverso de livre

arbítrio), como relação que efetuamos conosco e com os outros em meio às práticas que nos configuram como sujeitos morais. Ou seja, trata-se de um exercício de liberdade que se forja para além das normas instituídas, dos códigos morais, em que ao mesmo tempo que não os nega problematiza. Nas palavras de Rolnik (1995), consistiria de não se limitar ao homem da moral e ativar em nossas práticas o homem da ética. Mas o que isto implica? (HECKERT, 2008, p.224).

Implica a produção de desvios nessas ações que por vezes são tomadas e produzidas por lógicas instituídas, principalmente no que se refere às ações de saúde. “Abertura às diferenças que estranham o que nos parece comum, certo, evidente” (*ibidem*, p.224). Envolvimento com essas variações nas ações dos agentes, em uma multiplicidade de ações que já realizam no cotidiano: muitos relatos expressam uma modulação das regras que definem o uso das informações.

Dando conta dessas variações, em determinados casos, os agentes relatam que ficam sabendo de alguma situação por vizinhos, e realizam uma abordagem “pelas beiradas”, questionando os moradores como se não soubessem de nada. Em outros casos, buscam em profissionais de confiança no posto alguma orientação ou mesmo alguma possibilidade de encaminhamento. Procuram conversar com os moradores sobre a importância de compartilharem com outro profissional, vislumbrar alternativas de tratamento. Guiados por uma “boa vontade” e pelo desejo em promover a saúde da população, produzem intervenções que avaliam serem importantes aos moradores. No entanto, nem sempre os envolvem nessa decisão.

Há uma certa confusão sobre a diferença entre os termos “segredo e sigilo” nas discussões que compõem a complexidade dessa relação. Uma agente refere que os agentes “saem da ética” (sic) em determinados casos. Isto é, “sair da ética” seria este compartilhamento de informação (o “segredo”) para algum técnico, mesmo que envolva a possibilidade de que juntos possam traçar alguma ação possível, alguma orientação, etc. Relatam também o receio de uma possível retaliação dos moradores, ao quebrarem a “confiança” depositada.

Há também agentes comunitários que sentem como uma obrigação fazer a passagem de informações para a equipe de saúde, não vendo brechas para outras ações. Mesmo tendo em vista a confiança criada na relação com a população, entendem que é função do agente comunitário reconhecer situações de risco, e o cuidado estaria colocado em um possível encaminhamento para o posto ou algum serviço especializado.

Como exposto em suas atribuições previstas pela recém reformulada Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011), os agentes que optam por relatar tudo à equipe não deixam de cumprir com suas atribuições: desenvolver atividades de promoção, prevenção e agravos e de vigilância à saúde; visitas domiciliares, ações educativas e individuais e coletivas; “mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco” (p. 11). No entanto, na troca de experiências entre os agentes, produz-se um reconhecimento da importância de uma certa variação nesta normatividade do trabalho, principalmente em função dos riscos implícitos nesse modo de gerir as informações: a perda de confiança dos moradores, o desrespeito com o

processo de cada usuário, etc.

Em um determinado encontro uma agente comunitária é enfática com relação à necessidade de se filtrar as informações na passagem para a equipe. Questões como “O que é importante para o paciente?” ou “O que é importante para ele que tu diga ao médico ou à enfermeira?” eventualmente passam pela ação de alguns trabalhadores. É interessante essa posição em relação às reflexões produzidas, pois de algum modo tensionam com a hierarquia na organização das equipes, no qual toda e qualquer informação surgida no território tenderia em direção à equipe técnica (evidencia-se desde já uma certa divisão entre “técnicos” e “não-técnicos”).

O mesmo parece não ocorrer no sentido contrário. Alguns agentes relatam uma grande dificuldade no compartilhamento de informações da equipe com os agentes, principalmente na construção de estratégias de cuidado, das quais eles pouco participam. Nesse sentido, acabam servindo apenas como “informantes”, “olheiros” do serviço (FORTES e SPINETTI, 2004a, p. 75). Ao mesmo tempo, existe uma variação de como essa relação é construída, pois alguns agentes relatam situações de parceria com outros profissionais: supervisões, discussão de casos e compartilhamento das dificuldades e angústias. São exemplos mais pontuais que não estão relacionados à organização dos serviços, mas na relação dos agentes com alguns profissionais, e vice-versa. Os agentes fazem coro, portanto, de que essas trocas poderiam estar mais presentes no cotidiano dos serviços.

Nesse sentido, o acesso/restrrição aos prontuários se constitui como um analisador importante dessa relação entre equipe e agentes. Não existe nenhuma prescrição em relação a esta organização do trabalho que indique que os agentes podem, ou não, acessar as informações relatadas nos prontuários. Depende somente da organização de cada equipe. O fato de que na gestão de algumas equipes da ESF restringe-se o acesso dos agentes aos prontuários levanta duas questões importantes: quais os níveis de participação do agente comunitário nas equipes de saúde? A ética e o sigilo estão restritos à formalização/normatização de um código de ética profissional?

Fortes e Spinetti em dois estudos sobre a gestão de informações pelo agente comunitário (2004a; 2004b) apontam para uma desconfiança dos profissionais da equipe técnica pelo fato de os agentes não terem uma formação “formal” e um código de ética que regulamente a sua prática: “Para gerentes, médicos e enfermeiros, o fato do ACS não ser um profissional ou técnico regulamentado, submetido ao controle de órgãos reguladores profissionais, traz incertezas e preocupações quanto à observação do princípio ético da privacidade das informações” (FORTES e SPINETTI, 2004b, p. 1330). Em nossos encontros, essa relação se repete no relato dos agentes sobre as equipes em que atuam. Acreditam que essa posição contribui no estabelecimento de uma certa cisão, no qual a função do agente não implica um compartilhamento na produção de estratégias de cuidado. Entendemos que os tensionamentos entre agentes e equipes presentes

em muitos relatos apontam para um dos elementos desta distinção: aparentemente ainda se faz presente um privilégio da produção técnica sobre a ação dos agentes.

A importância do sigilo e da privacidade das informações é de todos os profissionais, cabendo tanto aos agentes, que operacionalizam o trânsito de informações pessoais sobre a população, quanto às intervenções/avaliações técnicas relatadas nos prontuários. A gestão dessas informações, em tensão com as normas vigentes na organização de cada serviço, indica a captura deste trabalho vivo, respeitando as modulações de cada caso, por um trabalho morto, dependente de uma normatividade burocrática e menos no estímulo à construção de uma posição crítica dos profissionais sobre este trânsito de informações.

É interessante que essa posição parece sustentar uma noção de ética instrumental, enquanto regra a ser respeitada, na medida em que a presença de “ética” prescinde dos sujeitos envolvidos no trabalho, sendo dependente de um código escrito, ou da definição presentes em cada disciplina. Nesta lógica, os agentes, sem uma formação formal “não teriam ética”, pois não lhes foi atribuído um código de ética profissional. Ao propormos uma discussão que implica o tênue limite entre o segredo e o sigilo, sobre a gestão das informações no cotidiano dos serviços, articulamos um plano em que a ética deste trânsito de informações está aquém e além das disciplinas e da regulação por um código normativo. Afinal, a prescrição de um código não garante uma gestão ética das informações, na mesma medida em que o fato de os agentes não possuírem um código de ética específico, não implica que os trabalhadores “não tenham ética”. Como temos visto, a escolha pela restrição ao prontuário ou a criação de normas que regulem a privacidade das informações, não impede sua intensa circulação no território pela gestão que os trabalhadores realizam: “ética como exercício de liberdade” (HECKERT, 2008).

Como pontuamos anteriormente, a todo o momento os agentes necessitam realizar essa gestão, pois este acesso às informações é amplo e intenso. Seja pela proximidade com a população, no acompanhamento do tratamento ou mesmo quando manuseiam os prontuários (são requisitados em sua organização ou para alcançar ao médico antes de consultas) as informações acabam passando pelos agentes. Ao impedir o acesso às informações “técnicas”, atualiza-se um modo de funcionamento no qual a técnica acaba tendo um privilégio sobre o saber e as informações que os agentes fazem circular em sua própria inserção pelo território. Como vimos anteriormente, os agentes fazem passar em sua prática esta relação hierárquica nas ações de cuidado, por vezes depositando suas expectativas de resolução dos problemas encontrados na ação de profissionais técnicos.

Evidente que os agentes não estão isentos da responsabilidade ética com os casos e os efeitos deste envolvimento. Pelo contrário, os próprios agentes reconhecem as muitas dificuldades encontradas em separar o “profissional do pessoal” na relação com os casos atendidos pelo posto. Afinal, eles são vizinhos ou conhecidos de muitos usuários do território em que atuam. Outros agentes defendem essas restrições, pois não confiam na posição ética de colegas. A

gestão dessas informações é um campo de tensões e age de modo híbrido: ao mesmo tempo em que carregam o peso de não terem um código de ética, são cobrados por fazer funcionar esta máquina de produzir saúde, levando e circulando informações sobre a comunidade para os serviços. A posição de algumas equipes em restringir o acesso dos agentes ao prontuário demarca esse risco de fazer um uso do trabalho dos agentes, de suas habilidades relacionais.

Em um artigo anterior sobre a relação entre agentes comunitários e a informação sobre os usuários, Fortes e Spinetti (2004a) escrevem sobre a preocupação da equipe técnica de que os agentes possam fazer uso de suas “próprias crenças” na resolução de problemas:

SILVA (2001, p. 188), pesquisando os ACS do Projeto QUALIS<sup>20</sup>, também já havia encontrado o receio de profissionais de saúde de que o desconhecimento tecnocientífico do ACS pudesse levá-lo a se basear em suas próprias crenças, além de sua experiência pessoal, para tentar solucionar algumas questões que lhe são colocadas pelos usuários (p. 75).

Ao relacionar essa perspectiva na questão do acesso ao prontuário, vemos uma diferença significativa no modo como a gestão do trabalho é compreendida. O risco de que os agentes sustentem sua prática por suas “próprias crenças” ou a construção de um saber com base na experiência pessoal, está ligada a concepção de atividade que Silva vai buscar em Wilson (citado por SILVA, 2001). De acordo com a referência do autor, o trabalhador só faz uso de suas crenças na medida em que não há uma produção de normas efetivas sobre o trabalho.

Para WILSON, a maneira como a atividade é realizada só será significativamente determinada por posturas individuais (e ideologias) caso haja, na organização, regras pouco claras especificando como o trabalho deve ser realizado e, mais ainda, poucos incentivos em reforço a essas regras. Ou seja, as crenças pessoais dos membros de uma organização só têm um efeito significativo sobre o modo com são executadas as tarefas quando os papéis a serem desempenhados não estão claramente definidos em normas (SILVA, 2001, p. 101).

Ao afirmarmos que todo trabalho envolve uma dimensão subjetiva pela perspectiva do trabalho vivo, o modo pelo qual os sujeitos realizam atividade contraria essa perspectiva de gestão trazida pela autora. A questão do sigilo e privacidade com as informações dos usuários, a gestão de cada trabalhador (com ou sem uma regulamentação pelo código de ética), não escapam dos riscos implicados pelo trabalho. Merhy (2002), ao articular à produção de cuidado em saúde pela perspectiva das tecnologias leve, e leve-dura, afirma sempre a presença de uma variação das normas, e a ação de valores, crenças pessoais, preconceitos, etc. Mesmo o trabalho dos agentes, centrado nas habilidades relacionais (tecnologia leve), como o uso que os profissionais técnicos fazem de seus conhecimentos (tecnologia leve-dura), implica um

<sup>20</sup> O Programa de Saúde da Família, no Município de São Paulo, que teve início em 1996, recebeu a denominação de Projeto QUALIS – Qualidade Integral em Saúde – e, embora calcado no modelo dos PSF, apresenta particularidades, por referência à proposta nuclear, tanto em relação à forma de gestão, operacionalizada através de parcerias do Estado com Organizações Sociais, quanto à organização das atividades assistenciais, ao se inserir em um nova realidade, uma metrópole como São Paulo. (SILVA, 2001, p. 76)

atravessamento subjetivo, um uso de si, cujos tensionamentos são inerentes à realização da atividade.

Ao contrário da pressuposição de alguns autores, a gestão da informação no trabalho do agente comunitário de saúde não pode se restringir à função de “olheiros” do serviço. Nesse sentido, cabe a todos os profissionais um posicionamento crítico no modo como se articula esse trânsito de informações. O risco depositado no trabalho dos agentes não se resolve com a imposição de normas, e sim na construção de um trabalho coletivo, na criação de espaços de reflexão. A “ética” nesse sentido, faz parte da ação de todos os trabalhadores, não podendo servir de justificativa para a exclusão do agente comunitário dessas discussões. Parece-nos pouco potente uma gestão que não leva em consideração as inúmeras ações cotidianas e as questões (éticas) que os agentes produzem sobre seu próprio trabalho.

São muitos os relatos dos agentes que indicam ações que transcendem às normas instituídas pela organização do posto. Ações de negociação e de gestão que constantemente habitam seu trabalho: “Nosso papel é fazer a ponte entre a comunidade e o posto, mas a gente acaba fazendo muito mais que isso, porque dentro da unidade eles sabem muito pouco do que é a vida mesmo das pessoas” (sic); “O agente sabe coisas que não chegam lá dentro do posto. Eles dizem isso pra gente: 'vou contar só pra ti, mas não diz para o médico que eu continuo fumando, bebendo'. Tem muita coisa que a gente sabe e se não levamos isso à unidade eles não vão saber nunca” (sic).

Esse trânsito se mostra como um campo de tensões constante, no qual a passagem de informações dos agentes para a equipe faz funcionar essa máquina de produzir saúde. O que passar à equipe depende de sua avaliação sobre os casos. É, portanto, dependente do modo como entendem uma ação de cuidado e do que esperam produzir em seu trabalho no território.

### **5.3 Território e Vínculo**

Outro questionamento surgido em meio a nossos encontros com os agentes comunitários, refere-se à expectativa de que os agentes comunitários sejam os articuladores entre o serviço de saúde e a população. Silva *et al* (2004), ao questionar a diferença entre elo e laço remetem à diferença entre construir uma proximidade com a população e construir laços efetivos e produtores de cuidado: “Elo, na medida em que serve apenas como veículo de informações; laço, quando consegue estabelecer um território comum em que os sujeitos e seus saberes interagem e dialogam, gerando ações comuns que sustentam a existência desse espaço de encontros.” (p. 90). “Articulação” que implica não somente um “elo”, tal qual exposto, mas que implica um grande envolvimento dos trabalhadores e a produção de ações singulares, dentro dos limites possíveis ao agente. De fato, eram constantes os relatos que reafirmam a facilidade com que os agentes constroem o acesso à população. Mesmo àqueles agentes com poucos anos de experiência,

parecem confortáveis na circulação pelo território, na realização de visitas domiciliares e nas negociações inerentes à entrada nas casas da população. “Acesso”, na medida em que conhecem alguns os moradores da região, por também partilharem de problemas encontrados no atendimento à população e no desenvolvimento de habilidades relacionais que lhes auxiliam na construção dessa proximidade.

Embora tenhamos de reconhecer a importância no desenvolvimento dessas tecnologias, estamos implicados com a problematização de que esse acesso e proximidade não produzem, necessariamente, uma mudança nos processos de cuidado. A expectativa de que a condição “paradoxal, híbrida e polifônica” por serem moradores do território de atuação, não gera necessariamente uma transformação nos paradigmas de saúde. Pois não é possível prescrever e normatizar completamente os caminhos e o modo como cada trabalhador realiza sua atividade.

Os agentes comunitários constantemente referem a importância de sua presença no território, a diferença que acionam por realizarem seu trabalho sustentados por um conjunto de características singulares que os diferem da equipe técnica. Essas habilidades afetam e produzem variados caminhos pelo qual efetuam esta aproximação e conduzem os encontros com a população. Indicam uma diferença em sua ação que demarca uma distinção em relação ao restante da equipe. Experimentamos o relato de algumas dessas ações que nos chamam atenção: os valores dos agentes, aquilo que concebem como cuidado, a relação que estabelecem com as famílias, os problemas envolvidos, a pressão da equipe e dos colegas agentes, a pressão da comunidade, enfim, linhas desse novelo que não se pretende totalizante.

Em nossos encontros, essa tensão constitutiva à realização da atividade é algo que afeta os agentes. Ao mesmo tempo em que uma normatização da vida se atualiza nas expectativas de resolução dos casos atendidos, há um reconhecimento de que o trabalho é dependente de uma contextualização, da singularidade de cada situação. Seja na construção de vínculos com a população, na composição de cada visita domiciliar, por se deparar com demandas diversas: “A gente entra na vida das pessoas” (sic). E “as pessoas” resistem, e recebem com “um cafezinho”, as pessoas sofrem, e as pessoas agridem, surtam, desabafam. Como coloca uma agente, esse processo de aproximação sempre envolve uma negociação. “Não se pode entrar à força!”

As experiências cotidianas norteiam as variabilidades de cada caso: existem moradores que já conhecem os agentes, confiam neles; outros moradores demoram até abrirem suas portas; outros vão tendo algum benefício com os agentes ao longo do tempo – agendamento de consulta, medicação, informações – e passam a ter confiança.

Sentados no sofá da sala, os agentes se deparam com um conjunto enorme de situações. Em sua ação vigilante, os agentes observam o entorno, eles olham para a casa, orientam, regulam, “jogam conversa fora”. No interior das casas, a ação é dependente da avaliação que os agentes produzem em cada situação. Não parecem carecer de qualquer conhecimento técnico para a realização dessas ações: depende fundamentalmente de um posicionamento crítico dos

trabalhadores sobre o que é produzido nesse contexto.

Proximidade que articula uma ação de cuidado de modo normativo, delegando o cuidado a vias pré-estabelecidas, encaminhamentos, ações que prescindem da escolha dos usuários; pode reconhecer nestas ações a necessidade de invenção de novas práticas de cuidado; pode construir juntamente com os usuários esse movimento; pode somente servir como uma engrenagem de reconhecimento de agravos/doenças para o serviço. Manter a população saudável! Para isso, expressam um desenvolvimento da habilidade da escuta e de seu uso na avaliação e encaminhamento das situações.

Esse reconhecimento da escuta como uma ferramenta importante para o trabalho surge em nossa reflexão com os agentes: durante um de nossos encontros (segundo mês de formação da pesquisa do PPSUS), uma agente comunitária relatava ao grupo algumas situações em que haveria falta de comunicação entre agentes e equipe. O grupo se envolve na discussão, reclama, e em algumas falas traça um paralelo entre a importância do diálogo e a construção de nosso espaço: as reflexões produzidas e principalmente a construção desse espaço os envolvendo e “escutando” suas experiências na produção de saúde. A agente que inicia este relato comenta com o grupo que na primeira vinda aos grupos, trouxe óculos escuros, pensando: “ih, eles vão começar a falar, eu vou colocar o óculos escuro e tirar um cochilo” (sic). Indica que em função da organização da proposta, passou a participar, deixando os óculos de lado.

Os “óculos escuros” e o “cochilo” marcam a expressão dessa expectativa de encontrar um processo de capacitação distante da singularidade experienciada pelos agentes em seu cotidiano. Em confluência com a expectativa de que o trabalho dos agentes possa operacionalizar grandes transformações dos paradigmas de cuidado, os agentes revelam a frequência com que participam de processos formativos centrados em tecnologias de cuidado. Muitas vezes, tais capacitações não têm articulação com a singularidade da sua experiência, pois cotidianamente se deparam com demandas de saúde que por vezes escapam ao previsto pela regulamentação de seu trabalho. O efeito deste tipo de capacitação em sua prática acaba não promovendo o encontro entre os diversos saberes presentes e produzidos no território. Como relatado pelos agentes, esses processos de formação são caracterizados como “capacitações pacotinho” (sic), pois surgem em formato de palestra, apresentando um conjunto/pacote de conhecimentos prontos e, por vezes, descontextualizados da realidade vivenciada pelos trabalhadores.

Uma questão importante para os agentes comunitários sobre esse modo de se “capacitar” está relacionada ao fato de “aprenderem” um conjunto de conhecimentos técnicos, que em ato, no cotidiano de trabalho “não têm onde colocar” (sic). Ao desconsiderar nesses processos os encontros singulares dos agentes com o território, perde-se a dimensão de composição preconizada, inclusive, pelas próprias políticas públicas, na qual toda prática requer a articulação entre os diversos saberes envolvidos (BRASIL, 2011). Desse modo, sem a devida atenção e disponibilidade, a problematização dos processos de trabalho perde espaço. Seja pela produção

dessa lacuna, no qual à técnica falta sentido, seja pela falta de composição em equipe ou na composição com a rede de saúde.

Os efeitos muitas vezes aparecem na relação com a equipe de trabalho, que ora legitima sua ação, ora direciona a ação de cuidado para uma dimensão prescritiva/normativa; aparecendo também nas expectativas da população sobre o modo como entendem a ação de cuidado (encaminhamento, renovação de receitas, uso de medicação, etc.). Essas ações acabam por compor a própria prática dos agentes no território, na medida em que também criam um conjunto de expectativas sobre sua ação cotidiana na resolução dos problemas do território: a construção daquilo que se espera da prática, daquilo que é possível ao agente, e as consequentes frustrações com as quais esses trabalhadores têm se deparado.

A discussão sobre a elaboração de uma formação técnica para os agentes comunitários (BARROS, 2010) é importante e necessária. No entanto, é preciso considerar uma perspectiva formativa que tenha como base a criação de espaços reflexivos, que estejam sustentados pela singularidade de cada território:

há que se considerar a enorme variedade de contexto em que se implanta o Programa, exigindo flexibilização em sua operação e, por consequência, nos processos e metodologias de preparação de pessoal. Como segundo ponto, há que se considerar a amplitude das finalidades do Programa, agregando aspectos não apenas baseados em formas de atuação distintas, mas muitas vezes antagônicas. É exemplo disso a compreensão de uma parte significativa dos problemas, a partir de sua vertente mais individual e biológica, ou mais coletiva e social; ou, em outros termos, uma vertente mais de vigilância a situações de risco e assistência a doenças mais prevalentes ou aquela da promoção da saúde e da qualidade de vida (SILVA e DALMASO, 2002, p. 78-79).

Por esse motivo, surpreende-nos o relato dos agentes sobre a falta de espaços de capacitação que proponham algo em consonância com suas experiências cotidianas. Atualiza-se deste modo uma tensão presente no próprio trabalho dos agentes: embora reconheçam a importância de sua ação, depositam a esperança de resolução dos problemas enfrentados em seu trabalho sobre os serviços especializados ou sobre um cuidado tecnificado.

Retiremos os óculos escuros e tentemos focar um pouco mais nossa atenção: ao nos sentirmos convocados a essa discussão reconhecemos a necessidade de um redirecionamento no modo como se têm produzido esses espaços de formação direcionados às práticas dos agentes. Não é à toa que essa agente comunitária surpreende-se com a produção de um espaço de escuta que se coloca para além de uma mera transmissão de conhecimentos baseados muitas vezes em um conjunto de portarias e programas<sup>21</sup> que regulam a atuação dos agentes na atenção básica, sem oportunizar, no entanto, uma efetiva sustentação de seu trabalho. A lacuna entre a proposta da política e o encontro dos agentes com o território é imensa, principalmente se

<sup>21</sup> De acordo com 1889/GM, de dezembro de 1997, é função do estado, no âmbito das secretarias estaduais de saúde, "prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, monitoramento e de gerenciamento do programa; disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de formação e educação permanente dos ACS; capacitar e garantir processo de educação permanente aos enfermeiros instrutores/ supervisores dos ACS." (BRASIL, 1997).

levantamos a questão sobre a efetividade do preparo desse trabalhador (processos formativos, capacitações, espaços de discussão, etc.).

A escuta de sua experiência é, portanto, um dos elementos essenciais na construção de uma ação de cuidado. Ao invés de atendermos ao pedido por um modelo de capacitação voltado à prescrição de um “melhor cuidado”, investimos na construção de um dispositivo de reflexão que partisse da prática dos próprios agentes, de suas intervenções no cotidiano de trabalho, de suas próprias “técnicas de identificação” da demanda e das ações de cuidado. Desse modo, a problematização da prática tem como função não modelar as ações de cuidado por qualquer conhecimento prescritivo, muito menos validar todas as ações dos agentes como ações cuidadoras, mas fazer que eles possam vislumbrar seu próprio trabalho sob outro ângulo.

Tomar a escuta como um modo de ação dos agentes comunitários acompanha o reconhecimento de que em nosso contexto da pesquisa, em nossos encontros, ela se faz atuante. Como se questiona Heckert (2007) na abertura de seu escrito: “É possível ensinar a escutar? O que significa a escuta como cuidado?” (p. 199). Formação, ensino e escuta se entrelaçam, de modo que os efeitos dessas ações, aquilo que se passa na escuta, demanda nossa atenção. Como ressalta a autora, o “ensino” pressupondo “alguém que sabe” e “alguém que não sabe” tem efeitos importantes nas práticas formativas e nas práticas de cuidado: “A aposta em processos de formação, em seu viés libertário e produtor de autonomia, difere daquelas noções que tomam a educação como repasse de informações de um emissor a um receptor” (ibidem, p. 201).

Os agentes comunitários referem a importância de um espaço que acolha o “desabafo” dos trabalhadores. Espaço onde possam compartilhar as inúmeras dificuldades enfrentadas em seu cotidiano de trabalho. Os agentes reconhecem a importância da escuta, tanto em nossos encontros quanto em seu trabalho cotidiano: o “desabafo”, a conversa e a escuta, também fazem parte da sua prática. É potência em ato, ao dividirem suas experiências cotidianas, mas é também paliativo, quando experimentam a escuta enquanto ferramenta de trabalho. “Não adianta”, “não resolve”. Quem resolve? Imersos nesse campo híbrido, tateamos e experimentamos, tais quais os agentes, novos contornos, dúvidas e anseios.

Algo se passa nesses encontros com os agentes que toma os modos de se conceber o cuidado como algo que escapa aos procedimentos. Implicados neste plano de constituições/consistência, a abordagem do trabalho com os agentes comunitários, aproxima a afirmação implicada em nossa questão de pesquisa sobre a ação desses processos subjetivos como potência de transformação das práticas em saúde. A própria abordagem do trabalho já é intervenção sobre os modos de produção de cuidado. A escuta, como possibilidade de se produzir espaços reflexivos, agencia-se a essa tensão própria à realização da atividade: não faz parte de um âmbito prescrito ao trabalho.

Os agentes também reconhecem a importância da escuta em suas ações de cuidado, na medida em que eles possibilitam um espaço aos usuários “desabafarem”, constituindo assim um

dos atos possíveis de cuidado. Um dos “possíveis”, pois nossa intenção não seria tornar a escuta a solução/salvação para os problemas encontrados no território, pois há sempre o risco de se produzir uma escuta surda (Batista, 1999; in Heckert, 2006):

Estamos chamando de escuta surda aquelas práticas que ouvem sem escutar. O que isto significa? Uma escuta surda se constitui quando no lugar de indagar as evidências que nos constituem como sujeitos, nos deixamos conduzir por estas, reificando-as. (...) procedimentos dirigidos por naturalizações, pouco consegue captar as singularidades que permeiam o humano, a variabilidade e imprevisibilidade que constitui o vivo. Neste sentido, a escuta acaba sendo reduzida a um ato protocolar, a uma técnica de coleta de evidências, de sinais, ou ainda, a um jogo interpretativo. A escuta surda produz como efeito a tutela e a culpabilização dos sujeitos, uma vez que fala por, fala de, em nome de, no lugar de falar com o outro (p.206).

A escuta enquanto abertura para uma variedade de demandas que não pertencem ao prescrito do trabalho, pode ser também uma brecha para a intervenção regulatória ou se constituir em importante ferramenta de cuidado. Explorando as experiências singulares de alguns agentes e o compartilhamento de cuidados produzidos, abre-se a passagem à descentralização da própria ação cuidadora.

Produzir na escuta não é algo “natural”, não podendo ser tomada somente como ferramenta técnico/conceitual de “descoberta”, como nos indica esta agente: “não é só escutar, tu tem que descobrir” (sic). A escuta não é somente o amortecimento do sofrimento da população, é preciso tomar sua potência clínica de modo terapêutico-individual<sup>22</sup>. Escutar não é pouco, e requer disponibilidade e autocrítica por parte dos trabalhadores.

Mas o que é feito da escuta? Ao afirmarmos que nossas escolhas epistemológicas/teóricas já situam nosso olhar sobre os encontros, reconhecemos novamente que o ato de cuidado está intimamente conectado aos processos subjetivos dos trabalhadores. Aproximamos a ideia dos modos como escutamos e como esses olhares e expectativas já fazem parte da intervenção nos encontros entre agentes comunitários e território. Escutar não é “só escutar”, pois envolve nossas posições subjetivas, um fluxo intensivo efetuando-se em ações produtivas e, por vezes, diretivas. Movimento produtor de tensões nessa lacuna entre as propostas e as práticas cotidianas, pois articulam os diversos saberes em jogo estratégico. Apontam assim para uma composição entre os saberes técnico e popular, que se misturam e se hibridizam na multiplicidade territorial, e sua consequente expectativa de cuidados curativos/resolutivos e frustrações entre o ideal prescrito e a prática real.

Escuta que remete à produção de novas tecnologias de cuidado, como a perspectiva da

<sup>22</sup> “noção de cuidado, ainda hegemônica, como processo individual de proteção do corpo, da saúde, independentemente das condições sociais, históricas, culturais e econômicas. O cuidado, como ato solitário e individual, torna-se mais um meio de culpabilização dos indivíduos, de responsabilização individual pelo que ocorre em suas vidas. O cuidado, definido como iniciativa individual (de profissionais e/ou usuários), habilidade de solucionar problemas, como meio de controlar os fatores que interferem negativamente na promoção de saúde, como capacidade de lidar com limites impostos ao corpo, despreza questões fundamentais. Uma delas seria que a solução de problemas se atém a certo quadro de problemas recortados por um conjunto de saberes eminentemente técnicos, por relações de poder que desprezam o que os próprios sujeitos definem e anunciam como problema em suas vidas cotidianas (HECKERT, 2007, p. 203).

escuta no acolhimento e vínculo com a população. Prática que retoma a função dos agentes como “ponte”, elo, laço, entre outros termos, que definem a aproximação entre serviços e território, e que opera essa mesma expectativa de transformações dos paradigmas de cuidado. Ao mesmo tempo, prática regulatória, de gestão e governo da população. Por último, o paradoxo que envolve essa circulação por territórios existenciais, produtora de subjetividade, no qual a falta de clareza sobre seus efeitos agencia nossas questões sobre a implicação que envolve a presença dos agentes no cuidado efetuado no interior da casa dos moradores. Aí, vemo-nos envolvidos pela ação dos agentes na circulação das informações, no dispositivo de vizinhança, de identificação dos “problemas”, e da própria regulação dos agentes pela população.

Tratemos de afirmar estes movimentos em ato, dos processos de trabalho criadores de novas práticas e da complexidade que envolve esse processo. Vislumbrar a composição dessas forças que situam ao mesmo tempo o processo de institucionalização das práticas, como os traços, borrões, que surgem e ressurgem incessantemente enquanto fluxo inventivo. Dureza e flexibilidades em tensão constante, que não se efetuam por oposição, mas em composição. Tomemos de carona, portanto, esse movimento de criação, no qual a pesquisa se faz pelo meio, pelo ato do encontro.

Falamos sobre a ordem do possível, da criação de sentidos múltiplos, de modos que se articulam incessantemente com o cotidiano de trabalho. Nada mais. Não é de fora que analisamos as composições emergentes, as resistências e produções cotidianas. É nesse encontro que são possíveis outras emergências, outras reflexões, que não necessariamente “representam” o que ocorre, mas que se agenciam a todo instante.

Não podemos nos furtar, no entanto, de reconhecer que em inúmeros momentos nos vemos a “desvelar” a prática dos agentes comunitários. Eles mesmos descrevem incessantemente qual seria um “melhor modo de cuidar da população”, em detrimento de outros. É nessa composição micropolítica que nos víamos imersos, procurando dar passagem às forças que constituíam nossos encontros com os agentes e que, ao mesmo tempo, davam visibilidade à potência de ação presente no encontro dos agentes com o território.

Eu aprendi com o tempo: a melhor coisa que a gente pode fazer por eles é escutar eles. Eles querem falar, desabafar. Que nem nós estamos aqui: nós estamos desabafando. A gente escuta muito. Prometer eu não prometo mais nada. Aí tu escuta, dá a tua opinião. Tem gente que eu nunca vi chorar, daí vem e chora no teu ombro (sic).

A escuta demonstra essa disponibilidade do agente comunitário em relação aos problemas da população, uma constatação que em determinados casos não é preciso nenhuma intervenção intensiva, “algo” a ser feito, apenas escutar. Abertura aos afetos, que ora transbordam, ora demandam por “soluções” que antecipam e normatizam o cuidado, ora encontram na escuta um modo de abordagem, de aproximação de criação de vínculos. Não podemos afirmar, tal qual o agente acima, que a escuta se configura como “a melhor coisa”, um melhor cuidado, mas que

possibilita um certo acolhimento implicado com a realidade e o sofrimento dos moradores.

Movimento de contextualização do cuidado, que toma na escuta seu instrumento operante. É nesse sentido que a escuta articula a função prescrita em produzir vínculos com a população. A ação do agente na produção de vínculos é algo bastante referenciado nas análises sobre seu trabalho: “Entendemos o vínculo como um elemento constitutivo da integralidade, fruto de uma construção social e parte de um esforço multiprofissional e interdisciplinar, que envolve equipe, instituições e comunidade” (SILVA *et al*, 2004, p. 81). A ideia de vínculo como a ponte entre a pessoa com algum sofrimento e o serviço de saúde é, portanto, uma das possibilidades de ação, sendo preciso que olhemos para outras práticas que o vínculo comporta. Seguindo nesse foco de análise, a produção de “vínculo” é uma tecnologia de cuidado que se realiza de modo singular por cada agente comunitário. Nossa questão sobre esse ponto incide sobre qual a implicação, tendo em vista as variabilidades de cada situação, nesse movimento de aproximação com a população?

Gostaríamos de destacar três sentidos que nos chamaram a atenção em nossos encontros com os agentes comunitários e que parecem estar relacionados a essa multiplicidade do tema “vínculo”. Primeiramente, a ideia de vínculo como tecnologia que compõe a singularidade do trabalho dos agentes comunitários na produção de ações de cuidado. Encontros que se produzem em tensão à normatividade do trabalho, e tendo como referência um acolhimento implicado com as questões com as quais se deparam nos encontros com os usuários.

Em segundo lugar, vemos a necessidade de refletir sobre uma produção “híbrida” nesses encontros, no qual a aproximação com a população encontra dois caminhos: de um lado, o vínculo como instrumento que articula as estratégias de cuidado com a multiplicidade do território; de outro, esse mesmo vínculo como prática de aproximação/produção de uma ideia de “comunidade”. Lógica de cuidado, que se agencia pelo dispositivo de vigilância/identificação/encaminhamento ao serviço, sustentado por um programa de atendimento, anterior aos sujeitos atendidos.

Nesse sentido, uma terceira via de análise surge na produção de acolhimentos e vínculos que ultrapassem a lógica da “responsabilização” da população, para que se considere a transformação das práticas pelas relações entre agentes comunitários/equipe/usuários em sua produção subjetiva, afetiva.

Este último ponto nos parece muito próximo do que inferimos anteriormente como a “construção do plano da clínica”, isto é, movimento que situa a prática dos agentes como dispositivo que problematiza os modos como as ações de cuidado são promovidas. Como abordado pelo conceito de integralidade, essa ideia do vínculo produz o tensionamento não somente de sua própria intervenção, mas inserido em um contexto institucional e de organização da gestão do cuidado. É desse “vínculo” que se espera, pela ação do agente comunitário e pelas políticas de atenção à saúde, um importante eixo de transformações dos paradigmas de cuidado.

Contribuir para a democratização do conhecimento, fazer a saúde ser reconhecida como um direito de cidadania e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social significam redistribuir os poderes, e isto não parece ser tarefa fácil. O maior desafio dos profissionais da estratégia da saúde da família é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar à “voz do outro”, que é mais que a construção de um vínculo/responsabilização. Traduzindo-se em uma efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito (GOMES e PINHEIRO, 2005, p. 298).

O cálculo é simples: um bom acolhimento é produtor de bons vínculos entre população e serviço; abre a porta para um acesso universal, equânime e integral; acolhe as demandas espontâneas da população, garante um bom atendimento e, portanto, a satisfação da população com o atendimento. O “acolhimento”, portanto, ganha outros sentidos: tolerância à diferença, construção de cidadania, etc. É “simples”: “Nesse encontro entre profissionais e usuário, dá-se uma negociação visando à identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde” (SCHIMITH e LIMA, 2004, p.1488).

Tendo como tema estes dois termos, o vínculo e o acolhimento na saúde, os autores apontam a importância de uma prática de cuidado que leve em consideração a singularidade dos usuários, e a consequente abertura para novas demandas dentro do programado na organização dos serviços: “O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço” (SCHIMITH e LIMA, 2004, p. 1487).

Mesmo levando em consideração a complexidade dessa ação, ou diante de situações em que referem “não saber o que fazer”, os agentes indicam um conjunto de intervenções que realizam. No entanto, não reconhecem essas mesmas práticas como sendo importantes e necessárias na composição das estratégias de cuidado. Uma agente comunitária nos relata em determinado momento uma situação envolvendo um usuário de drogas em seu posto de saúde. Conta que essa moradora recebe um encaminhamento para um serviço especializado, mas opta por outra estratégia de cuidado: permanecer em sua própria casa além do uso de medicação controlada. A agente relata que, em sua avaliação, somente o uso da medicação não seria um “cuidado suficiente” e passa a acompanhar a usuária em sua casa. O curioso dessa situação, é que essa agente comunitária sente-se insegura quanto à própria intervenção, como se lhe faltasse algo que legitimasse tal ação; há uma certa contradição presente nesse desconforto da agente, pois essa ação proposta, essa oferta de um certo contorno/acolhimento, é sustentada como uma ação prevista pela política da Atenção Básica: “acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe” (BRASIL, 2006, p. 44).

Os limites de sua ação mostram, como um ponto de tensionamento, a falta de suporte da rede e a relação conturbada com as equipes. Ao mesmo tempo, diante desse relato, aparece a complexidade de situações que os agentes enfrentam em seu cotidiano de trabalho, com alternativas inventivas e criativas diante do inusitado, do “não-saber” que vão produzindo novos saberes.

Em outro caso, uma agente comunitária relata o caso de uma usuária de crack, mãe de dois filhos, que residia com o marido dela. Depois de um tempo de sumiço, ela retorna grávida de seu terceiro filho. A enfermeira da unidade, preocupada com a saúde da usuária (estava com sífilis), recomendou a agente que a trouxesse para unidade, mesmo que fosse necessário assustá-la para isso. A ACS nos relata que escutou a recomendação, mas realizou sua tarefa de um jeito bem particular: em suas primeiras visitas à usuária, ao invés de orientar e cobrar idas dela ao posto, a escutou e investiu na criação de um vínculo de confiança com ela. Relata que a usuária passou a confiar nela, conversando abertamente sobre uso de drogas e, principalmente, traçando juntas um plano de cuidados para ela. Afirma que isso só foi possível porque ela respeitou este “tempo”, na criação de “vínculo” com a moradora.

Como vimos na seção anterior, esse processo que define o encontro entre usuário e trabalhador não ocorre de modo neutro e simplificado. A construção desses encontros tem de levar em consideração diversos fatores. O olhar que cada um imprime sobre essa situação particular é um dos elementos que compõe a cena: a concepção de sujeito, de saúde e doença, do próprio serviço, da função do agente comunitário, das expectativas, etc. Cada encontro agencia um complexo arranjo de forças, e vai determinar como o acolhimento será realizado, bem como os respectivos usos do termo “vínculo”. Em geral, essa relação é atribuída ao modo pelo qual o trabalho relacional entre trabalhador e usuário ocorre, como se efetua: “estão presentes as individualidades do trabalhador, com seus sentimentos e subjetividades objetivados no trabalho vivo em ato. Em alguns momentos, a relação torna-se mais humana e o procedimento centra-se na necessidade do usuário, em outros a ação volta-se somente ao procedimento” (SCHIMITH e LIMA, 2004, p. 1490).

Como bem apontam as autoras, o termo vínculo perde sua potência, na medida em que atende somente à lógica de vigilância e identificação: “A noção de vínculo que o PSF implanta é a de conhecer as pessoas e seus problemas. O programa não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário, nem com sua participação na organização do serviço. (p. 1491). Não pode estar restrito ao agente comunitário, pois como apontam os próprios agentes, a presença dos enfermeiros ou do médico em alguns casos, traz mais segurança aos usuários. De qualquer modo, é preciso jogar com a relação ainda presente nos territórios no qual o saber tecnificado e procedimental pode ser tomado como mais legítimo e curativo. Por este motivo, a proximidade proposta pela lógica do acolhimento e da produção de vínculos tem de se estender ao restante da equipe.

A falta de espaços de diálogo entre a equipe e agentes comunitários é visto como um problema pelos trabalhadores. São muitas as queixas referentes à desvalorização dos agentes comunitários de saúde em relação ao restante da equipe. Desse ponto de vista, muitas ações realizadas pelos agentes não são reconhecidas pela equipe de ESF. Ao reconhecerem a importância de seu trabalho indicam que a ação das equipes depende do trabalho dos agentes, que seu trabalho por vezes atua como um 'parapeito' em relação à comunidade: “Em respeito a nós não acontece coisa pior”; “Nós somos o piso da coisa” (sic).

Indicam a necessidade de que os casos sejam mais discutidos e que sua função não pode ser somente repassar os casos para a equipe. A falta de composição reflete o modo como a hierarquia de saberes ainda se faz bastante presente em algumas organizações: “Nós não temos o direito sequer de lidar com a saúde mental; nós temos obrigação de chegar e passar para a enfermeira” (sic); “Tinha uma época em que a gente discutia os casos, agora não mais” (sic). Embora a afirmação de um direcionamento da informação no sentido da equipe seja algo presente nesse contexto, isso não impede com que os agentes “lidem” com demandas de saúde, de “saúde mental”, entre outras, o tempo todo!

Uma das consequências desse distanciamento dessa falta de discussão é que as ações estão sendo realizadas, mas sem um trabalho de aprofundamento de como tais ações se efetuam, que produções de cuidado possibilitam. Além do que já indicamos, também aparece o sofrimento dos próprios trabalhadores em função de uma falta de supervisão/reflexão sobre os casos.

Na perspectiva de uma territorialização do cuidado, não seria suficiente à função dos agentes comunitários somente uma “aproximação” com a população. O desenvolvimento de tecnologias relacionais, sem um posicionamento crítico dos trabalhadores, desvirtua o objetivo principal prescrito pelas políticas de saúde: a transformação dos paradigmas de cuidado. Ao mesmo tempo, é neste movimento “prescrito”, nas possibilidades inerentes a essa aproximação com a população que temos a abertura para a riqueza do território, seus componentes simbólicos e sua múltipla rede de ações.

Acreditamos que os valores implícitos nessas palavras nos permitem realizar diferentes aproximações com as distintas produções sobre o tema, em particular com os documentos institucionais, como aqueles produzidos pelo Ministério da Saúde que descrevem os objetivos do PSF e destacamos: a definição de responsabilidades entre serviços e população, a Humanização das práticas da saúde, o estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, o estímulo à organização da comunidade para o exercício do controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania (Brasil, 1997). (GOMES e PINHEIRO, 2005, p. 292).

O estabelecimento do vínculo, o elo, a ponte de ligação, entre outros termos que definem esse contato diferenciado dos agentes comunitários de saúde, não pode ser definido como o objetivo final deste trabalho. Como bem apontam os autores, esse processo só pode ser definido no encontro singular entre agentes e usuários, e as forças que aí atuam. Por esse motivo, é inerente ao vínculo seu hibridismo, sua função contraditória. Como apontamos, os agentes

relatam que, em função de morarem no território de atuação, a circulação das informações é diferenciada: “Nosso papel é fazer a ponte entre a comunidade e o posto, mas a gente acaba fazendo muito mais que isso, porque dentro da unidade eles sabem muito pouco do que é a vida mesmo das pessoas” (sic). Sem dúvida, os termos “vínculo, elo e ponte” são recorrentes nas produções acadêmicas e nas políticas públicas que sustentam a prática dos agentes comunitários. Em muitos momentos nos vimos afirmando estes traçados, na valorização do trabalho do agente por meio do que eles denominam “vínculo”, nessa potência de aproximação e de articulação da população com a equipe, mas que não necessariamente se agencia com a possibilidade de produção de novos modos de cuidado.

São inúmeros os relatos dos agentes nisto que denominam vínculo como uma ferramenta de intervenção e cuidado da população, relacionado à necessidade de um cuidado mais individualizado, mais adequado às especificidades da pessoa que está sendo cuidada. Uma agente relata uma situação onde uma usuária do serviço, com “retardo mental” (sic), precisava tomar uma vacina, mas que estava com muito medo porque precisaria baixar a manga da camiseta. A intervenção da agente, conversando com a usuária, fez com que ela se acalmasse, concluindo que isso só foi possível por esse “vínculo com a família”, por já conhecê-los.

Nesse exemplo, o vínculo é tomado como “tecnologia leve”, isto é, tecnologia relacional, no qual a agente “entra no jogo” (sic), “entra na loucura” (sic) para que o procedimento possa ser realizado. O procedimento em si, o conhecimento técnico, caracterizado pela vacina, não daria conta desta demanda, não prevê essa ação, que se faz presente na intervenção da agente. Ao considerar a singularidade do caso, o agente tece uma articulação micropolítica que, por vezes, transcende um cuidado técnico.

Como aponta Lancetti (2008), a criação de um sentido de singularidade nesses encontros atende à tecitura de uma rede micropolítica que trama “fio a fio redes microssociais de alto poder terapêutico” (*ibidem*, p. 94). A proximidade entre agentes e população tem em sua potência de ação algo que está para além da “comunidade” enquanto uma dimensão que planifica a multiplicidade do território. Opera por fluxos de diferenciação, por vias que fogem à generalização dos casos em organogramas epidemiológicos e diagnóstico. Esse sentido da ação visa o singular na produção de estratégias de cuidado, ao considerá-lo como fundamental na produção de saúde. Por outro lado, se consideramos que essa ação dos agentes se faz por gestão biopolítica da vida, essa mesma produção carrega a ação de governo, que toma na singularidade os modos de gestão da vida. Novamente, dispositivo que faz do vínculo, da singularidade de cada caso, uma importante tecnologia de aproximação com a população.

Em outro encontro com os agentes, eles relatam a cobrança da gestão que realizem oito visitas domiciliares por dia, e que só é configurado como visita se os agentes entram na casa dos moradores. É interessante que os agentes expressam variados jeitos de lidar com essa prescrição: alguns agentes resistem, indicando que há um processo até que se possa entrar na

casa das pessoas. Referem que existem moradores que “nunca abrem a porta” (sic), e que seria um problema para a realização do trabalho “entrar à força”. A realização de visitas domiciliares no portão é uma estratégia que os agentes vão construindo até “conquistar a confiança da família” (sic). Não negam os efeitos de uma visita realizada no interior das casas. Há um maior reconhecimento dos problemas, uma maior riqueza nessa avaliação. É um processo de aproximação, de negociação constante: “no momento que eles começam a ter benefício de alguma coisa, mesmo na informação, eles começam a confiar mais na gente” (sic). Outro problema envolvido na realização de oito visitas domiciliares por dia está relacionado à estratégia adotada por alguns agentes em função da demanda de cada família. Relatam que, em determinados casos, não é possível fazer uma visita domiciliar de apenas uma hora, sendo preciso um maior tempo de escuta e acolhimento.

Entendemos que há uma modulação bastante interessante nas ações dos agentes, ao considerarem o tempo de cada morador em receber, ou não, os agentes em sua casa. Ao mesmo tempo, indica que essa tecnologia relacional dos agentes na construção de um vínculo que permita a entrada na casa da população é somente uma das etapas da construção do cuidado. Nada garante, portanto, que cuidados serão efetuados nessa proximidade. Aí a ação vigilante também é presente: “Esse vínculo é bom porque se o paciente não tá vindo nas consultas eles ligam. Daí a gente vai na casa do paciente pra saber se ele foi ou não, porque que não foi, pra ele ir, qualquer dia da semana vem aqui. A gente faz a busca do paciente. E isso é bom não é?” (sic). Uma agente comunitária fala sobre essa função do vínculo como uma ação de vigilância:

Se está restrito a esse vínculo, de ir na casa do paciente acompanhar a medicação, ver se ele tá tomando a medicação, se ele precisa de algum auxílio e reportar pra unidade. E a unidade vai encaminhar para o serviço especializado. Fazer essa vigilância durante o tratamento, se ele não abandona o tratamento ou não se cuida. Tem muitas famílias que ao se deparar com esse vigiar do posto, do PSF, da vista curta, eles se mudam de vila (sic).

O vínculo, por si só, não garante um acolhimento integral. É preciso que olhemos para essas ações de “vigilância”, para as ações de cuidado que potencializam a singularidade encontrada nos territórios, e que tais ações sejam compartilhadas nessas experiências. Caso contrário, a ideia de vínculo ficará restrita a uma mera proximidade com a população, seja para construir redes de encaminhamento, seja para produzir um cuidado normativo, sustentado por um especialismo.

Essa função de “ponte” será um problema se não olharmos para sua multiplicidade de sentidos e de efeitos. Há modos pelos quais nos implicamos com os casos que não remetem a um cuidado tecnificado. Pertence a todos o desejo de presenciar a melhora da população: “A gente não quer levar só a pessoa pra unidade, a gente quer ver a pessoa melhorar.” (sic). Gomes e Pinheiro (2005) retomam o trabalho de Silva *et al.* (2004), para mostrar sua reflexão sobre o uso de “figuras de linguagem – metáforas (elo, laço e nó) - para simbolizar as maneiras como o agente

comunitário de saúde se coloca diante de seus saberes e de suas práticas (p. 293), pois aí encontram uma diferença significativa entre as noções de “elo” e “laço”.

Articula-se, portanto, o vínculo como a produção de saúde em consonância com a multiplicidade do território, visando à ação de um cuidado singular. A ação do agente, nessa proximidade com a população, não deveria fazer a função de “tradução” entre saber técnico e saber popular, mas possibilitar a produção mútua entre esses saberes, afetando-os, também, mutuamente.

Nesse sentido, só é possível considerarmos a consolidação das políticas nesse movimento propiciado pelo vínculo entre serviço e população, a partir de uma efetiva construção de laços afetivos e participativos entre todos os envolvidos. A diretriz ético-política afirma a necessidade de investirmos para além dos já importantes avanços institucionais, para que esses processos abarquem os processos de trabalho que também compõem sua prática. Por outro lado, não podemos deixar de considerar que neste turbilhão de sentidos e ações que compõem o contexto de produção de saúde contemporâneo, coexistem práticas de regulação e práticas inventivas.

O exemplo levantado anteriormente, no qual um agente comunitário, fora de seu expediente, realiza um grupo de futebol com crianças e adolescentes, expressa o quanto práticas criativas têm sido realizadas nos territórios, mas sendo consideradas como estando “fora” do contexto das estratégias de cuidado dos serviços. Assim como reconhecemos e encontramos práticas de acolhimento e vínculo potentes para a problematização dos modos de produção de cuidados, que não necessariamente ficam restritas a ações prescritivas, temos a impressão de que essas ações não se encaixam no modo de se conceber o cuidado. Há aí uma grande contradição que envolve, principalmente, o modo como a equipe de ESF realiza a gestão de seu próprio trabalho, na demanda por cuidado da população e no uso do vínculo pelos agentes comunitários.

## **6. Considerações finais**

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde tem sido alvo de grandes debates no campo da saúde pública no Brasil. Acompanhando o processo de consolidação das diretrizes do SUS, em especial a luta por uma territorialização do cuidado, os agentes comunitários surgem como uma importante estratégia nesse embate. São grandes as expectativas depositadas em seu trabalho. Espera-se que esses trabalhadores possibilitem a composição de estratégias de cuidado singulares e contextualizadas entre os serviços e o território.

Ao analisarmos algumas linhas que compõem a ação dos agentes comunitários no

território, buscamos problematizar de que modo esses efeitos esperados pelas políticas, e comentados por diversos autores, ocorrem em ato. Em meio à multiplicidade de encontros, seguimos a pista no qual o trabalho se expande para além dos limites organizacionais e prescritos, sendo nesse intervalo que reside sua potência inventiva. Assumindo um posicionamento crítico diante das inúmeras experiências relatadas pelos agentes, destacamos a insuficiência desse “personagem” em amparar, sozinho, as expectativas da Atenção Básica.

Intentamos dar visibilidade às condicionantes de cada situação, em meio às expectativas com o trabalho, o que os agentes entendem e legitimam como ações de cuidado, bem como um conjunto de normas regras instituídas que afetam o seu trabalho. Entendemos que a ação dos agentes resulta um trabalho vivo, no qual frequentemente há uma modulação das normas, uma certa liberdade que possibilita a emergência de modos imprevisíveis de se conceber e produzir saúde. A singularidade de sua ação opera-se nesses encontros micropolíticos na circulação/produção de territórios existenciais.

Seguindo as pistas cartográficas, buscamos demarcar algumas linhas dessa experiência singular de agentes comunitários da região Glória/Cruzeiro/Cristal, em Porto Alegre. Oferecer passagem a elementos que não se destacam no cotidiano e que, por vezes, são considerados paliativos, não resolutivos, etc.

Longe de determinarmos o que “é” o trabalho dos agentes, buscamos apresentar algumas pistas que compõem o trabalho dos agentes, sempre em processo. Como apontamos, uma análise idealizada deste trabalho, a produção de uma imagem dos agentes como “personagens” da Atenção Básica, faz passar uma expectativa sobre sua ação sem uma certa prudência quanto aos limites e dificuldades encontradas no território. É preciso, portanto, um olhar atento sobre essas situações encontradas pelos agentes no território e o modo como eles têm lidado com essas demandas.

A condição de serem moradores da área de atuação não é uma garantia para o sucesso de seu trabalho. Em ato, esse trabalho depende de um contexto híbrido, de experimentações inventivas que os agentes vão tateando em meio a normas prescritas que lhes regulam a ação. A potência do trabalho é composta nessa tensão constante.

Podemos afirmar que toda e qualquer questão produzida sobre a prática dos agentes comunitários não pode partir de um pressuposto sobre sua ação, que antecede a multiplicidade dos encontros produzidos no território. São inúmeras as variabilidades que lhes demandam uma gestão em ato, que afetam o seu trabalho diariamente e que compõem essa potência clínica à qual referimos. E é sobre esse processo de negociação que se vislumbra um cotidiano imprevisível ao trabalho, no qual uma análise distante desta realidade tende a criar normativas que diminuem a potência de ação dos trabalhadores.

A imagem dos agentes comunitários enquanto “personagens” acaba por construir um “cenário” que antecede a experiência desses trabalhadores. Nossa intenção com este escrito foi

tentar mostrar alguns efeitos dessas expectativas nos processos de trabalho desses trabalhadores da saúde. Entendemos que a “prática dos agentes comunitários” é um movimento contínuo e que somente deste modo podemos nos aproximar de fato da potência deste trabalho.

Os caminhos apontados por nossa análise indicam a necessidade que o trabalho dos agentes possa encontrar espaços de diálogo, reflexão e crítica. Como vimos ao longo deste trabalho, a construção de “capacitações pacotinho” somente atendem a uma re-atualização de uma concepção de saúde reduzida a aspectos biológicos. A contextualização das estratégias de cuidado envolve a escuta atenta das experiências dos agentes comunitários no território e sua potência de produção de novas estratégias de cuidado.

Essas são, portanto, “conclusões parciais”, que não pretendem esgotar a construção de um posicionamento crítico/reflexivo sobre os efeitos do trabalho dos agentes na construção de novas estratégias de cuidado na Atenção Básica.

### **Referências Bibliográficas**

ALVEZ, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. IN: PINHEIRO, Rosani; MATTOS, Ruben A. **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, p.167-176, 2001.

BARROS, M. E. B. ; SCARABELI, R. ; BERGAMIN, M.; MORAES, H. L. **As articulações saúde e trabalho: relato de experiência em um hospital público**. Vitória, Espírito Santo. Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ), v. 14, p. 451-468, 2006.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhar: usar de si – sair de si**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago 2007.

BARROS, M.E.B.; BARROS, R.B.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO, S.B; BARROS, M.E.B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, p.61-71, 2007.

BARROS, M. M. M.; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. A. **Saberes e Práticas do Agente Comunitário de Saúde no Universo do Transtorno Mental**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. v. 14, n. 1, p. 222-232, 2009.

BARROS, Daniela França de *et al.* **O contexto de formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil**. Texto contexto – enferm. Florianópolis, v. 19, n.1, março, 2010.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. **Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura**. Ciênc. Saúde coletiva, vol.13, n.1, pp. 259-268, 2008.

BRAND, Cátia Inácia; ANTUNES, Raquel Martins e FONTANA, Rosane Teresinha. **Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde**. Cogitare enferm, jan/mar 2010.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília – DF, 19 de setembro de 1990a.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei 8142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília - DF, 28 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Presidente da República. **Lei Nº 10.507**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. – Brasília - DF, 10 de Julho de 2002.

BRASIL. Presidente da República. **Lei Nº 11.350**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da

Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. – Brasília - DF, 10 de Outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM Nº 2.488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55.

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, 15(1):1509-1520, 2010.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças; NASCIMENTO, Maria Lívia do. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?. In: Arantes, E. M.; Nascimento, M. L. do; FONSECA, T. M. G.. (Org.). **Práticas Psi: inventando a vida**. 1ª ed. Niterói: EDUFF, 2007, v. , p. 27-38.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Introdução: Rizoma. In: Mil Platôs, Capitalismo e Esquizofrenia, v. 1. Rio de Janeiro: ed. 34, 1995. p.11-37.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre**. Ciênc. Saúde coletiva, vol. 10, n. 2, pp. 347-355, 2005.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista e MERHY, Emerson Elias. **Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva**. Cad. Saúde Pública. vol.25, n.4, pp. 898-906, 2009.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. in **O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, HM; RIMOLI, J; BUENO, WS. 3.ed, p.53-124. HUCITEC, São Paulo, 2003.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho em Saúde**. Material produzido para a EPJV / FIOCRUZ. Nov, 2005. mimeo.

FRANCO, Tulio Batista. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. **El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado**. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 7(1):9-20, Enero - Abril, 2011

GOMES, Marcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. **Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

HECKERT, Ana Lucia C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212.

HECKERT, Ana Lucia C. Ética e técnica: exercícios e fabricações. In: PINHEIRO, Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ, ABRASCO, 2008.

KASTRUP, Virgínia. **O Funcionamento da atenção no trabalho do Cartógrafo**. Psicologia & Sociedade; 19(1): 15-22. Rio de Janeiro, jan/abr 2007.

LANZONI, Gabriela Marcelino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. **Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde**. Rev. Rene, v. 11, n.2, p. 140-151, Fortaleza, abr/jun, 2010.

LEMKE, Rubem Artur. **A itinerância e suas implicações na construção de um ethos de**

**cuidado.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

LIBERMAN, F. . Por uma clínica dos encontros entre corpos. In: Neto, João Leite; Aragon, Luis Eduardo; Lima, Elizabeth de Araújo. (Org.). **Subjetividade Contemporânea: Desafios teóricos e metodológicos.** 1 ed. Curitiba: Editora CRV, 2010, v. 1, p. 1-171.

LIMA, J. C.; MOURA, M. C. Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba In: **Sociedade e Estado**, 2005, vol.20, n. 1, vol.20, no.1, p.103-133. Brasília/DF, 2005.

MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C. Loucura e subjetividade. In.: MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C.; BARROS, M.E. (Orgs.). **Texturas da psicologia: loucura e subjetividade no contemporâneo.** São Paulo: Casa do Psicologia, 2001. p. 45 – 58.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. **Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco.** Revista Vivência. UFRN/CCHLA, nº 32, p. 79-95, 2007

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vico em ato, em saúde. Em: Merhy, E. E.; Onocko, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** Editora Hucitec: São Paulo, 1997.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo.** Editora Hucitec: São Paulo, 2002.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **A crescente escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma indução do Processo de trabalho?.** Trab. Educ. Saúde, v. 8, n.2, p. 229-248, Rio de Janeiro, jul/out, 2010.

NEVES, Cláudia Abbês Baeta. **Pensando o Contemporâneo no fio da navalha: entrelaces entre desejo e capital.** In Lugar comum. Rede Universidade Nômade.: , v.19/20, p.135 - 157, 2004.

NEVES, Claudia Abbês Baeta; MASSARO, Altair . **Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo.** Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, p. 503-514, 2009.

NEVES, Cláudia Abbês Baeta; HECKERT, Ana Lúcia Coelho. **Micropolítica do Processo de Acolhimento em Saúde**. Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online), v. 10, p. 151-168, 2010.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis** – O Agente Comunitário de Saúde. Texto para Discussão; 735. Diretoria de Estudos Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA. Rio de Janeiro: 2000.

NUNES, Mônica de Oliveira; TRAD, Leny Bonfim; ALMEIDA, Bethânia de Araújo; HOMEM, Carolina Ramos e MELO, Marise Claudia I. de. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. Cad. Saúde Pública, v.6, n.18, p.1639-1946, 2002.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile e VALENTIM, Carla Pedra Branca. **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2375-2384, out, 2007.

OLIVEIRA, Joana Angélica Macedo; PASSOS, Eduardo. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção em saúde mental. In: Sérgio Resende Carvalho; Maria Elizabeth Barros; Sabrina Ferigato. (Org.). **Conexões. Saúde coletiva e políticas de subjetividade**. Campinas: Hucitec, p. 322-341, 2010.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. **A construção do Plano da Clínica e o conceito de transdisciplinariedade**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, Vol. 16 n. 1, pp. 071-079, Jan-Abr 2000.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides Barros de. **Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo**. Revista de Psicologia Clínica PUC/RJ, v.13, p.89 – 100, 2001.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides Barros de. **Clínica, política e as modulações do capitalismo**. Revista Lugar Comum, RJ, ISSN 14158604, n. 19-20, jan-jun de 2004, pp. 159-171.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides Barros de. Passagens da clínica. Em Auterives Maciel, Daniel Kupermann e Silvia Tedesco (org) **Polifonias: Clínica, Política e Criação**. Rio de Janeiro: Conreacapa, pp. 89-100, 2006.

PELBART, Peter Pal. **Exclusão e Biopotência no coração do Império**. São Paulo, maio de 2001. Palestra proferida em mesa-redonda no Seminário Estudos Territoriais de Desigualdades Sociais. São Paulo.

PELBART, Peter Pal. (2006). **Vida nua, vida besta, uma vida**. Disponível em: <http://pphp.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>. Acesso em: 05/01/2011.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; PAULON, Simone Mainieri; AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. **Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica**. Interface, COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.13, n.30, p.199-207, jul./set. 2009.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **A cartografia e a relação pesquisa e vida**. Psicologia & Sociedade; 21 (2): 166-173, 2009.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: a Construção de um novo modelo de assistência**. Rev Latino-am Enfermagem, novembro-dezembro; 13(6):1027-34, 2005.

SATO, Leny e OLIVEIRA, Fábio de. **Compreender a gestão a partir do cotidiano de trabalho**. Aletheia 27(1), p.188-197, jan./jun. 2008.

**Entrevista: Yves Schwartz**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 4 n. 2, p. 457-466, 2006.

SCHWARTZ, Yves. **Trabalho e uso de si**. Pro-posições, vol. 1, nº5 (32), Julho 2000.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

SILVA, J.A. da. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente comunitário?** Tese de Doutorado. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública USP, 2001.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-96, fev 2002.

SILVA, R.V.B.; STELET, B.P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Do elo ao laço: O agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In PINHEIRO,R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. HUCITEC: ABRASCO, p.75-90, 2004.

TRAD, L.A.B., BASTOS A.C.S., SANTANA E.M., NUNES M.O. **Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia**. Rev C S Col, 7(3):581-589, 2002.

## ANEXO 1

### Sobre a pesquisa do PPSUS

**Nome do Projeto:** Estratégias de cuidado em saúde mental na interface com a atenção básica: o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes de Saúde da Família.

#### **Objetivos da Pesquisa:**

Esta pesquisa é um desdobramento da pesquisa “Repercussões da inclusão da saúde mental no PSF: estudo comparativo em serviços da Atenção Básica no Rio Grande do Norte e no Rio Grande do Sul” realizada em 2007-2008. Tal pesquisa permitiu identificar um incremento da demanda em saúde mental junto às equipes de Saúde da Família, apontando para a importância de um processo de formação permanente destes profissionais, sobretudo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A pesquisa atual foi realizada junto aos 79 ACS distribuídos nas 19 equipes da ESF do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal no município de Porto Alegre/RS, tendo como objetivos: identificar a demanda em saúde mental presente no cotidiano de trabalho dos ACS, realizar atividades de formação dos ACS para o acolhimento em saúde mental e avaliar, posteriormente, o impacto desta formação no trabalho dos ACS.

#### **Metodologia:**

Utilizou-se como estratégia metodológica a pesquisa-intervenção, com as seguintes etapas:

Etapa 1: Junho e Julho 2010 – Grupos focais com os ACS para identificação da demanda em saúde mental presente em seu cotidiano de trabalho. Os ACS foram distribuídos em seis grupos.

Etapa 2: Agosto a Novembro 2010 – Atividades de formação para os ACS, constando de quatro módulos: 1. Apresentação dos resultados da primeira etapa e oficina de sensibilização sobre a relação saúde/doença mental; 2. Uso abusivo de álcool e outras drogas; 3. Sexualidade e DST/AIDS; 4. Estratégias de cuidado em saúde mental na atenção básica. Esta atividade de formação foi realizada durante quatro meses consecutivos, nas sextas-feiras, das 14:00h às 17:00h nas dependências do Centro de Saúde da Vila dos Comerciários. Os ACS foram divididos em quatro grupos e, a cada mês, uma temática específica era trabalhada com cada um dos grupos. Buscou-se, assim, não onerar o trabalho das equipes, uma vez que, a cada semana, apenas um ACS da referida equipe participava deste momento de formação.

Etapa 3: Maio e Junho 2011 – Grupos Focais para avaliação do impacto das atividades de formação no cotidiano de trabalho dos ACS.

**Resultados:**

A pesquisa realizou um diagnóstico das demandas em saúde mental que chegam aos ACS do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e realizou uma atividade de formação com estes profissionais visando instrumentalizá-los a lidar com tal demanda. Evidencia a complexidade das situações que envolvem questões de saúde mental no cotidiano de trabalho dos ACS, além de mostrar a dificuldade dos próprios ACS em reconhecerem como legítimas e oportunas várias ações de cuidado que já desenvolviam no território. A metodologia utilizada na etapa de formação, ao contrário das capacitações habituais, buscou criar um espaço de escuta e acolhimento das experiências dos ACS, possibilitando-lhes compartilharem problemas comuns e, ao mesmo tempo, redimensionarem vários estereótipos relacionados às temáticas trabalhadas nos módulos acima descritos.

Na primeira etapa da pesquisa, os ACS identificaram as seguintes demandas: uso de crack, álcool e outras drogas; depressão; uso abusivo de medicação psicoativa; violência doméstica; surto psicótico; tentativa de suicídio; gravidez na adolescência; idosos que moram sozinhos; pacientes com queixas múltiplas. Ao serem indagados sobre as estratégias de cuidado desenvolvidas, surpreendeu-nos a pouca valorização dos ACS quanto às iniciativas de promoção de cuidados que eles já vinham realizando, uma vez que consideravam irrelevantes ações como: encaminhamento para a equipe; agendamento de consulta na unidade; acolhimento da pessoa em sofrimento; articulação com a equipe para atender os casos mais difíceis; aumento no número de visitas mensais quando o caso era mais complicado; formação de duplas com outros agentes para visitar os casos mais difíceis; cuidado mútuo entre os agentes (“agente cuida de agente”); discussão dos casos entre os agentes e formação de parcerias; explicação à comunidade sobre o funcionamento dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, no entanto, reconheciam seu papel de integradores entre equipe e comunidade e de que possuíam um tipo de conhecimento diferente do “conhecimento técnico”.

A estratégia metodológica utilizada tanto no momento dos grupos focais, quanto na etapa de formação produziu, segundo os ACS, um diferencial em relação ao modelo habitual das capacitações. Pelo fato de não se focar em uma mera transmissão de conhecimentos e técnicas, a etapa de formação oportunizou um espaço de escuta e compartilhamento das experiências dos ACS, valorizando as ações de cuidado que eles já desenvolviam e produzindo o redimensionamento de alguns estereótipos frequentes nas questões de saúde mental na atenção básica.

Na etapa final de avaliação, verificou-se que a atividade de formação produziu um impacto positivo no cotidiano de trabalho dos ACS, criando uma maior sensibilização e co-responsabilização dos mesmos nas ações que configuram o cuidado relativo à saúde mental em seu território.