

# Parcelarização e simplificação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde

---

*Angélica Ferreira Fonseca*  
*María Helena Magalhães Mendonça*

## RESUMO

Trata-se de pesquisa orientada pelos referenciais da etnografia e tem como objeto o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No estudo de campo realizado em uma Clínica da Família do Rio de Janeiro, aliamos observação participante, entrevistas e análise de documentos. Analisam-se as diversas modalidades de visita domiciliar e a interação com o sistema de informação e o trabalho em equipe.

Na discussão buscou-se estabelecer relações entre os significados atribuídos às experiências de trabalho e às bases sociais que as sustentam. Os resultados indicam que o processo de trabalho do ACS está configurado de modo parcelar, prevalecendo uma perspectiva simplificadora da educação em saúde, submetida a uma lógica utilitarista. O sistema de informação orienta as atividades profissionais e opera uma tradução do trabalho que o reduz a sua dimensão operacional. A organização do trabalho, que

---

Angélica Ferreira Fonseca pertence a la Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

María Helena Magalhães Mendonça pertence a la Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

por um lado distancia o ACS do seu papel de mobilizador social, do exercício de uma educação emancipadora e aprofunda dimensões do processo de precarização do trabalho, por outro lado, viabiliza o cumprimento de metas de produtividade que contribuem para legitimar a inserção deste trabalhador na equipe de saúde.

**PALAVRAS CHAVE**

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. TRABALHO EM SAÚDE. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

**ABSTRACT**

The article presents the results of a qualitative study guided by ethnography benchmarks; its subject matter is studying the work of community health workers (CHW), and its focus is on home visits, the interaction with information systems and teamwork. In the field study, we combine participant observation of CHW activities with interviews with professionals from a Family Clinic in the City of Rio de Janeiro. In the analysis, we sought to establish relations between the meanings attributed to daily work experiences and the social bases that support them. With regard to the CHWs' work, the results indicate that the work process is set-up in a fragmented manner, in which prevails a simplifying view of health education that is subject to a utilitarian logic driven by disease prevention. This form of work organization, while distancing the CHWs from practicing an emancipatory education and strengthening elements making work precarious, enables the achievement of planning targets that legitimize their inclusion in the health team.

**KEY WORDS**

COMMUNITY HEALTH WORKERS. PRIMARY HEALTH CARE. HEALTH WORK. HEALTH EDUCATION.

## INTRODUÇÃO

Em diversos países e particularmente no Brasil, a crise do modelo de organização da atenção baseado no hospital e no trabalho médico levou à difusão do enfoque da Atenção Primária em Saúde (APS). Embora, possamos afirmar que não existe um modelo de atenção primária e sim disputas diversas entre os elementos a partir dos quais o enfoque se materializa; destacamos como características: a oferta de atenção contínua; o trabalho multiprofissional; a articulação entre ações de promoção, prevenção e assistência; a incorporação do conceito de território; a adscrição da clientela e centralidade da unidade básica de saúde em detrimento do hospital. A concretização das novas relações propostas a partir da adoção da Atenção Primária em Saúde depende do vínculo estabelecido entre profissionais de saúde/serviço e a população do território de referência.

A APS no Brasil se realiza por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que condensou ações do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ambos em curso desde os anos 1990. A ESF tem sido fortalecida por medidas que se articulam em diversos planos, tais como a criação de estruturas técnicas e políticas no âmbito governamental, a aprovação de legislações de caráter diverso e a clara indução orçamentária por parte do governo federal, contribuindo para a sua priorização no nível municipal, tornando-a referência para a reorganização da atenção à saúde. As práticas que perpassam essa estratégia sustentam-se na conciliação entre novos olhares e concepções instituídas historicamente sobre os serviços de saúde, a finalidade da educação em saúde e a ação prevista para o trabalhador comunitário, no Brasil denominado “Agente Comunitário de Saúde (ACS)”.

Os ACSs são representativos de um grupo genericamente denominado na literatura internacional de *Community Health Workers (CHW)*, cuja expansão remonta aos anos 1970 e que ao longo dos 1980 se consolidaram com trabalho voltado para as populações rurais e das periferias urbanas, cujo acesso às ações de saúde era notadamente deficiente (Walt, 1990).

O debate em torno da configuração do perfil desse trabalhador contou com a atuação de organismos e agências internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), que, desde a segunda metade dos anos 1970, promovia encontros para fortalecer as propostas de atenção primária em saúde. O Banco Mundial, no documento denominado *Health: sector policy paper* (World Bank, 1975), citava que:

[A maior virtude desse trabalhador seria] sua origem socio-econômica e cultural –a mesma que a das pessoas a quem ele serve– e também a sua capacidade de interagir com eles num estilo e numa linguagem que eles entendam (World Bank, 1975: 44).

As ideias que conformaram a proposta de atuação desse trabalhador em muito refletem orientações que sobrevalorizam suas características pessoais, resultando em uma série de contradições no que diz respeito à gestão, à organização do processo de trabalho e à formação dos ACS (Walt, 1990). Para essa autora, nos processos de discussão visando à definição do que seria um CHW, acabou prevalecendo uma perspectiva reducionista que o caracteriza como um trabalhador morador da comunidade, sem expectativas de transferir sua moradia da comunidade onde atua e com um treinamento abreviado.

Antes mesmo da realização de encontros e seminários sobre o tema, no Brasil, o relatório da III Conferência Nacional de Saúde (1963) propunha a incorporação do trabalhador comunitário “promovendo a utilização em larga escala de pessoal técnico de menor qualificação” com capacidade de desempenhar serviços básicos mínimos (Niterói, 1992: 155). Considerando seu potencial como agente de mudança, o CHW contribuiria para recolocar a questão da saúde no processo mais amplo das condições de vida, participando da construção de uma visão crítica sobre a relação saúde-doença.

No Brasil, os 265.524 ACS compõem o grupo mais numeroso de trabalhadores da Atenção Primária em Saúde e desempenham um trabalho complexo, que se situa na confluência de saberes da clínica, da epidemiologia e do campo social. A Promoção à Saúde oferece o ideário e os eixos que pautam a APS no Sistema Único de Saúde (SUS) e o trabalho de educação em saúde. Isto ocorre de modo tensionado por uma ambiguidade: por vezes, esta orientação fortalece uma perspectiva de individualização de comportamentos de risco e consequente culpabilização dos grupos e indivíduos; por vezes, pela tentativa de integrar a determinação social dos problemas de saúde, em que a dimensão de risco integra-se ao universo biológico, cultural e social (Carvalho, 2004).

A partir do resgate histórico e do exame de características instituídas pelas políticas de saúde mais atuais, Fonseca (2013) construiu uma interpretação dos papéis sociais desempenhados pelos ACS, organizada no formato de uma tipologia (Quadro I).

### Quadro I. Características historicamente constituídas dos papéis sociais desempenhados pelos Agentes Comunitários de Saúde

Papeis sociais	Características
Agente de tradução	Atua em duplo sentido: apresenta em linguagem acessível aos moradores das comunidades os comportamentos sanitários que devem ser incorporados. Para os profissionais faz uma descrição, com o vocabulário da saúde pública, dos elementos classificados como de resistência à incorporação das práticas preconizadas. Uma variação atual é dada pela tradução em dados compatíveis com os sistemas de informação do quadro sanitário e social das comunidades.
Agente de correção	Atua como difusor das boas práticas sanitárias, monitora ações e atividades, convence e cobra comportamentos no sentido de corrigir práticas do espaço privado e da relação com os serviços. Tem atuação fortemente marcada pelos referenciais das vigilâncias sanitária e epidemiológica.
Agente de conexão	Atua para estabelecer e manter a conexão entre recursos típicos dos serviços (consultas, exames, procedimentos e medicamentos) e o usuário. Tem os conceitos de acesso e vínculo como referência.
Agente de efetivação	Realiza procedimentos de saúde de caráter clínico tanto de prevenção de doenças quanto de tratamento. Tem suas principais sustentações nos conceitos de eficácia das práticas médicas, medicina baseada em evidências e de adesão (p. ex. Terapia Diretamente Observada – DOTS <sup>1</sup> ).
Agente de mobilização	Tem como balizadores o território e o cotidiano, mobilizam diversos conhecimentos e possibilidades de articulação com instituições do Estado e comunitárias. Atuação tensionada ora pela perspectiva de individualização de riscos e culpabilização, ora pela abordagem social das condições de vida e pela noção de cidadania. A Promoção à Saúde e a Educação Popular em Saúde são referências que disputam sentidos sobre essa face de atuação.

1 A terapia diretamente observada é uma das principais estratégias adotadas no Brasil e em diversos países para reduzir o abandono no tratamento de tuberculose. Consiste na ida de um profissional de saúde, em geral o ACS à casa do paciente, para que ele receba do profissional o medicamento e ainda na presença do ACS, faça a ingestão do remédio.

Fonte: Fonseca, 2013.

Estes tipos condensam sentidos que transbordam cada tempo histórico e que se sobrepõem para compor o mosaico atual do trabalho do ACS que resgataremos na análise.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caráter qualitativo, apoiado diretamente nos referenciais da etnografia. Seguido a orientação de Geertz (1989), a etnografia deve proporcionar a elaboração de uma “descrição densa”, capaz de trazer alguma luz sobre as ações sociais e suas articulações culturais, entendendo que tanto a cultura quanto significados são constituídos na esfera pública.

A vinculação que se estabelece entre a análise etnográfica, a “imersão” no cotidiano dos sujeitos de pesquisa e o sentido do trabalho de campo torna a observação um requisito da pesquisa. Contudo, é o modo como a etnografia situa os processos de intersubjetividade –como constitutivos da construção de conhecimento– que torna o “participante” uma decorrência necessária da observação. Em outras palavras, não existe encontro entre sujeitos (pesquisador e sujeitos do universo pesquisado) que possibilite um isolamento pleno.

Partindo dessa perspectiva e em face do interesse em analisar o processo de trabalho dos ACS, em 2012, acompanhamos por dois meses o cotidiano de trabalho dos ACS de uma Clínica de Saúde da Família (CF) da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. As Clínicas de Saúde da Família são serviços considerados a melhor expressão do novo modelo de APS da cidade, que passa por uma grande expansão desde 2009. São unidades de cuidados primários de saúde, com adscrição de clientela, e que combinam ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento. A clínica onde foi desenvolvida a pesquisa é uma unidade de referência para 16 mil habitantes, alcançando uma cobertura de 93,7% da população. No presente estudo foram observadas as seguintes situações de trabalho dos ACS:

- a) Visita domiciliar: envolve o ACS responsável pela área e eventualmente, outros profissionais da ESF;
- b) Registro das informações nas fichas do Vitacare®: sistema de informação adotado pela SMSDC-RJ;
- c) Acolhimento: atividade que consiste em receber o usuário no momento em que chega a unidade;
- d) Posso ajudar?: sob a responsabilidade de um ACS por dia, consiste no primeiro contato do usuário.
- e) Reuniões por equipe, em que se dá a supervisão e a da “grande reunião” da qual participariam todos os trabalhadores.

A definição dos sujeitos da pesquisa teve como orientação geral considerar que os grupos sociais definidos estão envolvidos com uma realidade empírica que os conecta ao objeto de estudo que, em nossa pesquisa, relaciona-se ao exercício da profissão do Agente Comunitário de Saúde. Isto nos levou a dialogar com os ACS, além de profissionais que ocupam cargos e papéis com capacidade de interferir na configuração do trabalho do ACS, dando destaque aos enfermeiros que atuam como supervisores.

No plano da gestão, consideramos importante entrevistar a gestora da CF, os membros da coordenação da área programática<sup>1</sup> na qual a CF se situa e o Subsecretário de Atenção Básica do município. Entre os profissionais da clínica, foram entrevistados supervisores –um por equipe, quatro ao todo–. Em relação aos ACS, do universo de 24 localizados na unidade, optamos por entrevistar e acompanhar as atividades de dois de cada uma das quatro equipes, ou seja, oito agentes. Uma ACS que trabalhava havia menos de um ano nos procurou solicitando sua inclusão na pesquisa, a que foi aceita, elevando para nove o número de entrevistados. Dos dezesseis entrevistados, treze eram do sexo feminino (7 ACS, 4 enfermeiras e 2 gestoras). Nenhum ACS era sindicalizado.

Foram analisadas as anotações decorrentes da observação participante (diários de campo) e informações da Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde do Rio de Janeiro (SMSDC, 2011) e dos formulários do Vitacare®, sistema de informação adotado por esta unidade de saúde.

## RESULTADOS

Na análise dos resultados privilegiamos discutir os processos de transformação que tem ocorrido no cotidiano, em especial na visita domiciliar, buscando entender como a parcelarização do trabalho se vincula, simultaneamente, com a viabilização da rotina de atividades e com a vulnerabilização deste trabalhador, por meio da simplificação do trabalho. Destacamos ainda o papel do sistema de informação na configuração das atividades e na formulação de um entendimento do trabalhador sobre o próprio trabalho. Analisamos algumas características da dimensão coletiva, expressa pela ideia de trabalho em equipe, distinguindo alguns elementos que colocam-se como obstáculos ao seu exercício.

---

1 As Coordenações das Áreas de Planejamento (CAP) conformam uma estrutura organizativa da SMSDC, mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território e para diversos fins dessas com a população usuária desses serviços, ou com as lideranças e conselheiros de saúde da área. No modelo atual de gestão, relacionam-se diretamente com as Organizações Sociais (OS) que efetivam a gestão administrativa das Unidades Básica de Saúde.

## PARCELARIZAÇÃO E INTENSIDADE DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Pesquisas sobre o trabalho na ESF, inclusive nossas, relacionam a intensidade do trabalho do ACS a uma sobrecarga de atividades, à falta de limites claros quanto à carga horária e de espaços para a realização do trabalho (Fonseca *et al.*, 2012; Peres *et al.*, 2011; Ursine, Trelha e Nunes, 2010). Esses elementos são parte do processo de precarização, especificamente relacionado à organização do trabalho que se difunde nas últimas duas décadas (Druck, 2013). Por isso, a declaração do ACS Rafael nos causou estranhamento:

Eu não sinto o trabalho pesado, não. É só saber organizar. Se a pessoa souber organizar, fazer o planejamento do que tem que fazer em cada dia, dá pra fazer tudo (Rafael, ACS).

Diante do inesperado, formulamos um conjunto de questões de pesquisa: o que ocorre no contexto de contexto de estudo? Quais as características do processo de trabalho que ajudam a entender o deslocamento do discurso de um trabalho “pesado” para um trabalho “razoável”?

Organização de atividades, planejamento e agendamento poderiam ser termos pouco aplicáveis a uma rotina de trabalho na qual se funde o papel social de profissional da saúde com a realidade de morador do local, sublinhada pelo apelo de atuação polivalente direcionado ao ACS.

Admitir que a redução da intensidade do trabalho do ACS ocorre em determinados contextos não atenua nosso reconhecimento de que esses ACSs sofrem os efeitos da precarização do trabalho. Isso pode se efetivar por meio: da desvalorização do trabalhador expressa pelos baixos salários; da terceirização dos vínculos, que gera sensação de instabilidade; das formas de organização e gestão que incitam competitividade; da fragilização política dada pelo enfraquecimento das relações sindicais; e da vulnerabilidade do trabalhador dada pela associação entre baixa qualificação formal/simplificação do trabalho. Esse último ponto se relaciona diretamente com nossos achados.

A observação das atividades e o diálogo com os demais ACS enfraqueceu nossa primeira hipótese, a de que estaríamos diante de um processo de denegação, pelo próprio trabalhador, de sua carga excessiva de trabalho, que seria uma estratégia de enfrentar seu sofrimento (Dejours, 2008).



Na continuidade da pesquisa, e da observação em particular, vimos que a chave para o entendimento da redução da intensidade apontava para o conceito de trabalho parcelado, ou, parcelarização do trabalho entendido como “cada trabalhador responsabiliza-se por uma tarefa ou um conjunto específico de tarefas simples” (Pires, 2009, p.134). Da articulação entre o conceito de parcelarização e os resultados das primeiras observações, formulamos duas temáticas a serem aprofundadas nas entrevistas: Quais seriam as tarefas? Que relação estava sendo estabelecida entre complexidade e simplificação do trabalho?

O discurso institucional presente nos documentos, as entrevistas e a observação de campo ajudaram a distinguir as atividades dos ACSs, a saber: acolhimento, posso ajudar, visitas domiciliares, ingresso de dados no sistema de informação, atividades de grupos. No presente texto a análise será restrita às Visitas Domiciliares (VD), à discussão sobre o trabalho em equipe e a considerações sobre o papel do sistema de informação como um direcionador do trabalho.

## VISITA DOMICILIAR: UMA AÇÃO E SUAS SUBCATEGORIAS

Existe um truísmo sobre o papel do ACS constantemente reafirmado por trabalhadores e gestores da ESF: a ideia de que o ACS é o elo entre a comunidade e a unidade de saúde. Esse estreitamento da relação entre ACS e comunidade tem várias bases, dentre as quais o fato desse trabalhador ser morador da comunidade. Entendemos que a VD é a atividade que mais explicitamente reitera a função exercida pelos ACS de mediação entre as equipes, a unidade básica de saúde, os saberes que circulam nesses espaços e a população.

Pedimos à ACS Iole para explicar o que era o trabalho de um ACS como se para alguém que desconhecesse o que era a ESF:

Eu visito hipertensos, diabéticos, que são grupos de risco, gestantes, criança até dois anos, que são grupos de risco, entrego consulta, entrego exame, entrego kit odonto, vou fazer atividade na creche (Iole, ACS).

A observação permitiu estabelecer distinções que merecem análise. A primeira remete à criação de categorias de VD em função do objetivo específico da visita. Assim, os ACS distribuem o seu tempo segundo distinção das VD, uma essencialmente de entregas e outra de relacionamento:

- Grupo I. Entrega de: agendamento de consultase exames; resultado de exames; kit odontológico; medicamentos; DOTS de paciente com tuberculose.

- Grupo II. Cadastramento da família, busca ativa e acompanhamento (pacientes classificados em algum grupo de risco prioritário, acompanhamento de VD de enfermagem, médica ou de odontologia –essa última, mais incomum–).

A segunda situação de VD é muito característica do trabalho na ESF e, ao mesmo tempo, muito pouco tematizada, aqui denominada de VD na rua. No primeiro grupo de subcategorias um verbo se destaca: entregar. Assim, em uma VD de entrega de resultado de exame, a interação entre ACS e usuário é restrita à entrega do resultado e à indicação de agendamento de consulta, quando é o caso. Nas atividades caracterizadas desse modo, abre-se pouco espaço para um contato mais prolongado e os ACS não entram na casa. Essa característica, de circunscrever a VD à entrega oficial de informações, foi também observada em estudo realizado em Minas Gerais (Gomes *et al.*, 2009).

Esse comentário serve para marcar que, nessas várias categorias de VD, não são acionadas formas de interação mais intensas, que valorizem a dimensão relacional do trabalho. Mesmo em uma VD orientada para a realização de DOT/TB, ou para a entrega de medicamentos, onde sempre ocorre um diálogo com conteúdo educativo, mantêm-se uma superficialidade no contato. Assim, predomina uma leitura utilitarista<sup>2</sup> do encontro, cujo valor da ação –a VD– está restrita à seu resultado imediato, definida a partir de um objetivo do qual se exclui uma dimensão educativa mais complexa.

Diante dessa observação, questionamos: quais condições sociais sustentam a simplificação desses contatos em detrimento de uma prática de educação em saúde aprofundada?

Evidentemente existem interpretações sobre quais seriam as necessidades dos usuários e sobre as responsabilidades que o serviço de saúde

2 Como corrente filosófica, o utilitarismo teoriza sobre as relações entre a ação humana e a racionalidade, colocando em discussão o bem coletivo e interesse individual ou de grupo, egoísmo e altruísmo, por exemplo. No presente estudo, utilizamos o termo tendo por referência um sentido mais restrito, no qual uma ação é julgada válida exclusivamente pela sua utilidade prática, independentemente de uma reflexão crítica sobre outros efeitos para além da utilidade pontualmente considerada.

assume diante de tais necessidades. Tais interpretações não são individuais ou constituídas no universo particular dos ACS e apontam para concepções vigentes sobre o que é um modelo tecnoassistencial adequado para um cuidado efetivo. Equacionar o modo de organizar e gerir o trabalho e o entendimento sobre os objetivos do serviço também responde a uma linha de força que, nos diz Merhy:

[...] depende dos interesses que o modelo de organização do trabalho em saúde explicita. Depende do modo como socialmente as distintas necessidades do processo de trabalho em saúde são capturadas pelo modelo tecno-assistencial. Depende do universo ideológico do próprio trabalhador (Merhy, 2004: 122).

É importante considerar que a população de referência desta Clínica da Família tem um histórico de falta de acesso aos cuidados clínicos que, combinado com problemas sociais, gera uma ocorrência de doenças que justifica a centralidade dos procedimentos médicos como principal necessidade do usuário. Mas, ainda que essas considerações nos auxiliem na compreensão da dinâmica desse trabalho, é necessário refletir sobre o apagamento da densidade da educação em saúde nas situações de VD.

O potencial de interação cultural que o trabalho do ACS comporta é um dos elementos mais valorizados no perfil social desse trabalhador, sempre acionado para atuar como um agente de tradução. Contudo, isso é naturalizado nessa situação de VD.

Ainda que ocorra um processo de identificação entre os usuários e ACS, existem fronteiras e diferenças nos modos como vivenciam e constroem valores no cotidiano, que devem ser percebidas e elaboradas para que a educação em saúde ocorra de modo não burocrático, e que estimule a atuação do ACS como mobilizador social.

A fala do ACS Castanha ilustra essa questão:

Você bate de frente com problemas culturais, aquela família não liga para “aguinha” empossada, não liga para o garotinho que só anda descalço, mas vive com o nariz escorrendo; então, a gente tem que perceber o momento certo de falar as coisas para aquele paciente, porque às vezes, se você não tratar no momento correto e nem da maneira certa, você cria inimizade daquela família (Castanha, ACS).

Retornando à questão das condições sociais que balizam a atuação circunscrita à dimensão de utilidade imediata dessas vDs, essa naturalização é construída com base na ideia de que, sendo membro da comunidade, o ACS é capaz de representar, entender e traduzir as inúmeras composições subjetivas da vida dos membros dessas comunidades, sem precisar dispor de tempo e formas diversas de construir essas interações e dar-lhes sentidos, inclusive no espaço coletivo. A premissa de que isso essa competência é natural, tal como ocorre em relação a determinadas dimensões do trabalho feminino, contribui para sua desvalorização. Nesse caso específico, podemos indicar uma sobreposição desses elementos, já que a maior parte dos ACS na ESF e na pesquisa em particular são mulheres. Compreendemos que a desconstrução do caráter profissional dessa mediação, considerada então uma ação espontânea, insere esses tipos de vD em um contexto de atos mecânicos e constitui mais um elemento no percurso de desvalorização do trabalhado e do trabalhador.

Outra condição que favorece esses moldes de vD é que ela potencializa o cumprimento das metas de produtividade dos ACS, sem acarretar uma sobrecarga individual. Entendemos que os modos de gestão induzem essa organização do trabalho do ACS que é simultaneamente forma e conteúdo/quantidade e qualidade do trabalho.

A distinção entre as categorias de vD produz um outro bloco de vDs (Grupo II) com objetivos de efetuar busca ativa e cadastramento da família; acompanhar pacientes prioritários e vD de enfermagem, médica ou de odontologia. Os ACS referem-se à vD de cadastramento como a situação em que estabelecem o contato mais prolongado, com maior diálogo com a família e, portanto, rico do ponto de vista da interação subjetiva.

Algumas vezes, algum ACS nos convidava para acompanhar uma vD de cadastramento, destacando que é uma visita em que eles conversam mais. Acompanhamos algumas vDs desse tipo e percebemos que é nesse momento que o ACS apresenta a CF; o seu trabalho, orientado pela ficha de cadastramento, faz um mapeamento das características sociais e individuais dos membros da família. A fala a seguir ressalta tanto a necessidade de tempo quanto de “tato” para estabelecer uma boa relação e preencher a ficha, que é o produto concreto da visita:

A visita jamais pode ser muito rápida, porque se não o programa vai por água a baixo... claro que você não vai ficar duas horas, uma hora, mas no mínimo uns 40 minutos, para você perceber alguma coisa da família; as

outras sim, nos outros meses você pode até ser mais rápido; mas a primeira visita jamais pode ser em 10 min, 15 min. (Esther, ACS).

Nessas visitas, entra em cena a sensibilidade do ACS para estabelecer um contato que tem por objetivos centrais: levantar informações, criar um espaço de aceitação para a relação que se pretende firmar entre a unidade e o usuário e apresentar os serviços da CF.

A enfermeira Liz, supervisora dos ACS, explica o trabalho do agente: “Na estratégia [ESF] o trabalho do ACS é primordial, é ele quem traz as informações para gerar os indicadores”.

Esta linha de atuação, que tem grande peso no conjunto de atividades dos ACS, mais uma vez enfatiza seu papel de tradutor, colocando o conteúdo desses encontros na linguagem dos dados epidemiológicos e do planejamento. Visualizamos uma intersecção de fatores implicados na valorização dessa atuação: a prescrição da política; o arcabouço conceitual da epidemiologia e os modelos de gestão; a possibilidade de oferecer uma base operativa racional e concreta para o trabalho do ACS, que ainda está cercado de indefinições. Compreender esses fatores implica reconhecer o sinergismo entre eles.

Assim, toda a legislação da saúde atual destaca e valoriza os sistemas de informação e os processos que lhe dão sustentação. Desse modo, quando as portarias ministeriais MS 1886/97<sup>3</sup>, MS 648/2006 e MS 2.488/2011 definem o cadastramento e a atualização de dados como atribuição dos ACS e responsabilidade da equipe (Brasil, 1997; Brasil, 2006), observamos, no cotidiano do trabalho, a ressonância de uma perspectiva que se nutre de uma luta técnica e política da saúde pública em que a epidemiologia é base para o planejamento. A lógica da epidemiologia –seu conceito de risco o modo de produção de conhecimento– e as formas de intervenção foram estabelecendo vertentes confiáveis para direcionar ações de Promoção à Saúde, bem como para a gestão, nos seus níveis mais amplos e no espaço da micropolítica dos serviços.

Na interação com o trabalho do ACS, isso possibilitou desenhar um fio condutor e de controle para a atuação desse profissional, que muitas

---

3 A primeira Portaria Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. A segunda e a terceira aprovam a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde.

vezes inicia sua atividade sem ter formação na saúde ou mesmo experiência, trazendo um ordenamento para sua atuação em diversas situações de VD. Entretanto, esse ordenamento tende a minimizar a contextualização social das situações de saúde e reiterar a perspectiva biomédica (Gomes, *et al.*, 2010), produzindo uma contradição diante do propósito de fortalecer a perspectiva de clínica ampliada presente da política de atenção básica (Castro e Machado, 2012)

Em termos ideais, a VD e os grupos educativos de promoção à saúde realizados na comunidade são as atividades com maior plasticidade deste trabalhador e, do nosso ponto de vista, aquelas que poderiam situar o ACS como um educador em saúde com atuação marcada por um caráter emancipatório (Bornstein e Stotz, 2008). Essas atividades poderiam enfatizar seu sentido de agente mobilizador, recuperando sua filiação à educação popular em saúde e à perspectiva de promoção menos centrada na individualização do risco.

## A VISITA DOMICILIAR DE ACOMPANHAMENTO

Trataremos em conjunto as VDs de acompanhamento/monitoramento de pacientes e busca ativa. O eixo dessas VDs é o controle de agravos. O que se espera do ACS é que ele tenha o domínio técnico dos nós-críticos do acompanhamento clínico de cada situação prioritária. Para que isso se efetive, duas condições devem ser satisfeitas: a incorporação da definição de prioridades e o reconhecimento tanto desses nós-críticos quanto das intervenções passíveis de serem realizadas pelos ACS.

O discurso sobre prioridades atravessa com nitidez o cotidiano do trabalho na CF. Nas entrevistas os ACSS demonstraram pleno conhecimento das situações priorizadas e bastante favoráveis a essa orientação. O ACS Rafael relata: “acho bom ter prioridade que assim o nosso trabalho tem uma direção”. Para Sofia, a definição de prioridades ajuda a conter a demanda que não tem justificativa clínica:

Tem que haver essa prioridade dos grupos de risco sim, o que acontece muito ali na frente: “Eu quero marcar uma consulta”. “Qual o motivo da consulta?” “Ah, eu vim aqui saber como é que é, como funciona”. E tem outra pessoa que é hipertenso, que não usa remédio, que tem problema cardíaco, e tem que dar prioridade (Sofia, ACS).

Do ponto de vista ideológico, a noção de prioridades e suas definições estão bem incorporadas entre os profissionais da CF, gerando uma unidade de discurso. Já a questão do domínio técnico dos nós-críticos é o centro das atividades de supervisão, nas quais se observa a tentativa de desenvolver um processo de educação, motivada pela identificação de lacunas no conhecimento dos ACS. Lembramos que, no caso dos ACS desta CF, a qualificação específica resume-se aos o curso introdutório, com duração de uma semana, cujo conteúdo dialoga estreitamente com as questões técnicas relativas ao monitoramento de riscos e a realização de busca ativa.

Valoriza-se sua capacidade de detectar o que caminha fora da norma sanitária (uso de medicamentos, programa de vacinação, comportamentos pessoais e relacionados à moradia, por exemplo) e de colocar seu trânsito como membro da comunidade e seu vínculo com o usuário a favor da promoção de atitudes que impliquem menor risco à saúde, a partir de práticas frequentemente apoiadas em concepções pedagógicas pouco dialógicas (Figueiredo, Rodrigues e Leite, 2012).

Alguns elementos considerados avanços na ESF, quando considerados os profissionais de nível superior, não tem esse mesmo significado quando consideramos a conformação do perfil do ACS. No caso de médicos, odontólogos e enfermeiros, profissionais, classicamente fixados no espaço da instituição de saúde, seu deslocamento para o território potencializa uma melhor compreensão da realidade das condições de vida e saúde dos usuários. Em relação ao ACS, é preciso ter em perspectiva que este trabalhador já é um que é morador do território e faz-se uso dessa condição para prescrever formas de atuação que apenas sublinham seu papel de agente de correção. Assim eles são impulsionados a colocar sua capacidade de circular e interagir nos espaços da comunidade a favor do controle de comportamentos e atitudes associadas aos riscos em saúde, epidemiologicamente estabelecidos e que desenham as prioridades da CF.

Se a credibilidade depositada no trabalho do ACS em seu no aspecto formal depende do cumprimento das metas e na demonstração de seus laços (vínculo) com os usuários, nos questionamos sobre os caminhos trilhados pelos ACS para o fortalecimento dos vínculos com os usuários.

## VISITAS NEM SEMPRE DOMICILIARES.

### A VD DE RUA

As distinções que se estabelecem entre o trabalho, tal como previsto em documentos, manuais, normas, ou seja, no universo externo ao trabalhador,

e o trabalho como de fato ocorre nos contextos concretos em que se realiza tem sido tema de estudos que focalizam desde espaços fabris até os serviços. Em nossa experiência no campo, uma atividade instigou nossa reflexão sobre estas diferenças e seus significados: a visita domiciliar que acontece na rua.

Com base nos referenciais teóricos da ergologia, o debate sobre o trabalho prescrito e o trabalho real (atividade) tem trazido aportes que balizam estudos nos quais discute-se a renormalização das práticas na esf (Lacerda, 2010; Bertoni, Pires e Scherer, 2011). Nesse enquadre teórico, todo trabalho conta com um grau de prescrição, que constitui uma antecipação necessária das tarefas e que tem um caráter externo aos trabalhadores. Os objetivos, procedimentos e métodos, normas, meios técnicos, condições temporais, divisão do trabalho e condições socioeconômicas são os elementos centrais da prescrição do trabalho (Brito, 2009). O trabalho concreto, real, é resultado da negociação entre o prescrito –as normas antecedentes– e às necessidades percebidas pelos trabalhadores nos contexto local, visto que nenhuma prescrição abarca as situações encontradas no cotidiano.

Nesse universo, no qual existem várias situações elegíveis para diferenciar trabalho prescrito e trabalho real, destacamos o trabalho de aconselhamento que acontece sem previsão, durante o trajeto que os ACS fazem na comunidade, quando são interceptados por algum morador/usuário do serviço. A essa atividade estamos chamando de VD de Rua. Acreditamos importante destacá-la, primeiro pela frequência com que ocorre, e segundo, por não ser uma exclusividade dos ACS, já que os enfermeiros também a realizam VDs na Rua. Em terceiro lugar, a estabilidade dessa prática já permitiu sua incorporação, ainda que não formalmente, entre os dados de produtividade. Por último, as características dessa prática sugerem que ela deva ser compreendida como parte do trabalho e como tal, discutida em suas singularidades.

Propomos agora sobrepor a essa constatação –a VD de Rua como trabalho real– a pergunta sobre a base social que garante essa categoria de VD na estrutura organizativa do trabalho. Minayo (2002) contesta a desvalorização do senso comum como um juízo leigo em oposição ao conhecimento científico, para afirmar que, em sua dimensão mais positiva, o “senso comum permitiria o deslocamento de uma pessoa para o ponto de vista da outra, ou seja, para uma atitude compreensiva” (Minayo, 2002: 90).



Essa leitura permite atribuir à VD de Rua um sentido que não o de arranjo pernicioso da rotina, ou ainda, mais uma forma de esvaziamento da complexidade do trabalho do ACS. Esses contatos de VD acionam a disponibilidade de escuta e, além disso, o reconhecimento de que a realidade no território favorece a reversão dos encontros casuais em situações de trabalho. Nelas o vínculo se fortalece, mediante o reconhecimento da necessidade de atenção do usuário e da disponibilidade do ACS.

Outros elementos ajudam a olhar essa VD com cautela antes de criticá-la, pois a noção de privacidade associada ao espaço domiciliar não tem o mesmo alcance em todas as realidades. Nossa observação de campo nos permitiu ver que o espaço do domicílio dificilmente garante um ambiente de maior reserva para o contato entre ACS e os usuários. Inversamente, é comum que o ACS seja levado para o quintal ou para a porta da casa, em busca dessa privacidade.

Os ACS percebem a si próprios como trabalhadores dos quais se requer “ser muito humano e gostar de ajudar, gostar de pessoas, gostar de estar conversando e saber do que a pessoa e a família precisa” (Esther, ACS). Assim, a abertura para atender esse tipo de demanda por atenção também é importante por aludir diretamente à implicação da subjetividade desse trabalhador em seu perfil, componente valorizado na política de saúde e na gestão cotidiana do trabalho.

Em uma leitura atualizada, as atribuições do ACS sintonizam-se com a cultura local e favorecem o estabelecimento de vínculo e responsabilização entre o profissional e o usuário. Além disso, tal atividade é potencializada pela gestão por metas, na medida em que esses encontros podem ser registradas como atividade de VD, viabilizando sua contabilização e contribuindo para o alcance das metas de produtividade.

Todavia, a despeito desse ajustamento da VD de Rua ao trabalho real na ESF, preocupa-nos o fato dela não ser identificada como parte constituinte do trabalho do ACS. Portanto, é improvável que venha a ser discutida em sua especificidade, dificuldades e limites, somando-se a outros assuntos do cotidiano negligenciados na reflexão sobre a organização do trabalho do ACS e suas tecnologias.

## O SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMO DIRECIONADOR DO TRABALHO

Desde a sua inauguração, esta CF utiliza o Vitacare®, um dos sistemas de informação (SI) adotados pelo SMSDC-RJ para funcionar como prontuário eletrônico. Trata-se de um sistema informatizado, no qual são incorporados os registros dos diversos tipos de atendimento prestados aos usuários, possibilitando o resgate e a produção de informações bem como a elaboração automática de relatórios. Atualmente, esses registros têm grande importância não apenas pela sua potencialidade de integrar informações relevantes para um cuidado centrado no usuário, mas por serem os instrumentos prioritários de gestão, desempenhando um papel fundamental não só nas relações de gestão interna à CF, mas também na gestão que é exercida sobre a CF pelos outros níveis de poder da SMSDC.

Talvez, por essa unidade de saúde ter sido inaugurada utilizando o Vitacare® e por seus ACS não terem exercido essa função ou semelhante em nenhum outro local, a relação com o SI e seus instrumentos não é vista como um elemento à parte ou burocrático do trabalho. Ao contrário, é algo que diz respeito aos profissionais de todos os níveis e também à gerente; portanto, é um elemento comum aos trabalhadores na CF que se relaciona diretamente com a parcelarização do trabalho. Trata-se de uma atividade que constitui um fim em si mesmo, cujo grau de adequação em sua execução compõe um elemento da avaliação dos ACS e da CF como um todo.

Em nossa primeira observação de reunião de supervisão, o tema foi o Vitacare®. Os ACS mostraram-se extremamente à vontade para fazer críticas específicas, solicitar ao responsável pela gestão do SI. Neste sentido, a relação com o sistema de informação não é absolutamente passiva, pois suscita reflexões e posicionamentos, embora circunscritos aos elementos diretamente vinculados ao uso e à emissão de relatórios, a partir dos quais são feitas as análises de indicadores de metas.

É oportuno pensar que um sistema de informação não consiste apenas em um modo de captar dados e gerar informações. Os sistemas de informação interferem nos processos de trabalho pelo menos de três modos muito visíveis. O primeiro, relaciona-se ao conteúdo e à finalidade do trabalho, visto que o sistema delimita aspectos para os quais deve convergir a atenção do profissional. O sistema de informação instrui o profissional sobre os elementos em torno dos quais ele deverá organizar o seu

trabalho a fim de produzir um determinado dado, cujo preenchimento lhe será cobrado pela gestão.

No tópico em que discutimos a visita domiciliar, vimos que não há fronteira clara entre o ACS como tradutor e o ACS como educador. Uma das direções do agir como tradutor, conforme já apontado, é converter para os termos da ESF e do sistema de informação o conteúdo de seu contato com o usuário. Os termos utilizados não contem sentidos amplos, difusos. Pretendem dar conta de um mapeamento social, com categorias bem estabelecidas (Ficha A de cadastro da família) e clínico/epidemiológicos que correspondem às condições que são monitoradas (as diversas Fichas B –menina e menino; gestante, hipertensão, diabetes, TB, hanseníase–, mapa de controle de dengue, ficha de saúde mental e ficha de portador de deficiência).

Para efetivar o estímulo à produção da informação, como todo sistema de informação, o Vitacare® faz uso de uma linguagem específica que atua como uma forma de tradução do trabalho do ACS. Como instrumento de comunicação, a ficha também traduz para o ACS a leitura que ele realiza sobre o seu trabalho, tornando-se uma explicitação de expectativas. Esse é o segundo modo de interferência do SI no processo de trabalho. Contudo, a tradução operada pelo esse sistema, pois subtrai os elementos de processo para consolidar uma informação de forma direta e objetivada. Isso contribui para consolidar um significado sobre o trabalho, visto que o trabalhador vai, repetidamente, observando um distanciamento entre o que ele enfrenta e desenvolve para realizar o seu trabalho e a síntese reduzida que o sistema produz, o que contribui para uma construção objetiva e subjetiva de uma perspectiva que desvaloriza o trabalho.

É importante considerar que os SI sofrem ajustes a partir do uso, mas as linhas gerais e específicas que expressam compreensões sobre o sentido desse trabalho são elaboradas em espaços de poder sobre os quais há pouquíssima capacidade de intervenção dos ACS. Nesse sentido configuram-se como elementos estruturantes das tendências da atuação dos trabalhadores, recaindo, com maior peso, sobre aqueles com menor autonomia técnica.

O terceiro modo pelo qual o SI interfere no processo de trabalho relaciona-se à definição de uma finalidade do trabalho, que passa a ser a própria digitação das informações no programa, o que requer um instrumento, o computador. Isto estabelece a necessidade –já discutida em outro contexto por Fortino e Linhart (2011)– dos trabalhadores reportarem

incessantemente as ações que dizem respeito ao alcance de objetivos quantitativo, sem detrimento de sua missão social. Gerencialmente, o trabalho realizado passa a ser um equivalente do trabalho registrado no sistema de informação. Quando perguntamos à uma ACS qual o elemento mais complexo do trabalho do ACS, ela nos diz:

Você tem a sua meta para bater. São só quatro computadores na sala do acs para dividir entre 24 acs para estar lançando as visitas. Tem dias que não funciona o computador, vai apertando, chegando o prazo e sendo mais complicado porque você faz a visita, volta, lança no computador... (Sofia, ACS).

Indiretamente, o SI acaba tendo um papel pedagógico e seus instrumentos, um caráter didático. Pela frequência com que são manipulados, atuam fixando, por repetição, informações e um certo modo de observar e pensar sobre cada situação específica à qual se referem os instrumentos/fichas (paciente de TB, hipertensão, criança, etc.) e, por decorrência, um modo do ACS posicionar-se frente aos usuários.

O valor que o SI pode ter no cenário de construção de concepções sobre o trabalho do ACS depende do grau em que as questões e compreensões que perpassam o SI se articulam com concepções postas em pauta e em prática no contexto da ESF em geral e da CF, em particular, o que pode constituir um objeto de investigação específica.

## SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE

Nos documentos da política nacional de atenção básica de 2006 e 2011 (Brasil, 2006; Brasil, 2011), o trabalho em equipe está inserido entre os princípios e diretrizes da atenção básica. Além do aspecto formal da composição da equipe multiprofissional, a Carteira de serviços da APS do Rio de Janeiro, sentença:

O processo de trabalho deve ser organizado de forma a haver integração, participação e senso de responsabilização de todos os profissionais. [...] Não existe hierarquia na equipe, mas a supervisão e a coordenação da equipe deve ficar sob responsabilidade do médico e do enfermeiro (SMSDC, 2010: 10).

Ao posicionar-se nesses temas, a SMSDC aborda dois aspectos fundamentais do trabalho em equipe: a integração e a hierarquização. No trabalho de campo, observamos que diversos elementos apontavam para a produção de uma identidade de composição de equipe: salas separadas por

equipes; painéis com fotos dos integrantes; guichês com nomes das equipes; sistema de informação cuja emissão de relatórios é por equipe, são alguns exemplos. Além desses elementos inseridos na estrutura, reuniões gerais e reuniões por equipes são mais uma oportunidade de acionar dispositivos de interação e discussão das questões relevantes para o trabalho na ESF.

Em estudo de 2004, os ACS falavam de uma “EUquipe”, neologismo criado para narrar seu sentimento de isolamento. Na presente pesquisa, durante as observações e posteriormente nas entrevistas, abordamos a percepção dos ACS sobre o sentimento de pertencimento ou não a uma equipe. Curiosamente, os ACS de diferentes equipes não apenas valorizavam sua inserção na equipe, mas, por vezes, manifestavam a superioridade de sua equipe frente às outras. Registra-se que esta leitura de superioridade não diz respeito à competência ou produtividade, mas aos laços de apoio entre seus membros.

Sobre a equipe que integra, a ACS Ester diz:

Maravilhosa, não queria estar em outra, não queria estar; desde quando começou, todas se adoram, a gente briga entre a gente; mas a gente vê até que as outras equipes, isso é normal; mas assim, a nossa, nós sempre fomos unidos, sempre. Sempre buscamos conversar um com o outro, a médica, a enfermeira, as duas, nossa! Elas combinam, não precisava outra parceria; eu acho que também começa aí, quando uma fecha com a outra direitinho [médica e enfermeira], então os agentes vão junto, então nós formamos uma equipe mesmo, isso é certo (Ester, ACS).

Os depoimentos no levaram a pensar sobre uma análise de Peduzzi (2001) na qual a concepção de “equipe” de trabalho está vinculada ao estabelecimento de relação interpessoais e relaciona-se com aspectos psicológicos e o processos subjetivos na compreensão dos mecanismos que sustentam o trabalho em equipe. Peres *et al.* (2011) já haviam sinalizado que a dimensão das relações interpessoais era considerada um elemento facilitador do trabalho em equipe pelos ACS entrevistados.

Peduzzi (2001) distingue duas noções do trabalho em equipe: como agrupamento e como integração do trabalho. Em ambas, a comunicação é um denominador comum. Na equipe como agrupamento, a característica básica é a justaposição de ações e o agrupamento de agentes, enquanto na equipe como integração existe uma articulação das ações e interação dos agentes. Aceitando a tipologia proposta por Peduzzi (2001), a articulação

das ações e a interação dos agentes no contexto de estudo são altamente prejudicadas pelo fato de os ACS serem trabalhadores da saúde ainda não valorizados e socialmente reconhecidos como profissionais da saúde. A falta de formação na área é um elemento crucial desse não reconhecimento:

Eu acho que falta um curso que capacite melhor eles. Eles fazem um curso muito curto com pouca coisa das questões de saúde. Então assim, eles têm dúvidas em relação à saúde deles. Então, como vai fazer com a saúde do outro?... na verdade, eles não são profissionais de saúde, eles trabalham na saúde... não são capacitados como tal e nem reconhecidos como tal. Eles mesmos falam aqui que, dentro da unidade, eles são o resto (Luiza, enfermeira).

A carência de formação se superpõe a reiterada subordinação dos trabalhadores e do trabalho atribuído a cada profissional, pois como afirma Peduzzi (2001):

Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual (Peduzzi, 2001: 107).

Contudo, existiria uma brecha na ESF para maior valorização do trabalho do ACS, e, por consequência, sua integração na equipe, pois esse trabalhador possui saberes percebidos como fundamentais para o trabalho dos outros profissionais. A enfermeira Luiza conta sobre seu ingresso na ESF:

Eles [ACS] é que me ensinaram a lidar com a população. Eu trabalhava no hospital, sempre trabalhei em hospital. Eles me ensinaram como fazer para poder conseguir que a população entenda o que eu quero, a vinda deles ao programa... para estabelecer um vínculo comigo e com eles também (Luiza, enfermeira).

Nossa observação sinalizou uma situação concreta, não institucionalizada, com capacidade de estabelecer os laços na equipe por meio da troca de saberes. Tratam-se dos espaços percorridos nas vds, juntos, por ACS e outros profissionais. No território, nos momentos entre uma casa e outra, ou mesmo uma vd de rua e outra vd, a conversa flui e acontecem trocas mais espontâneas, em que são debatidas impressões sobre a vd, as

situações em foco, ou sobre os aspectos diretos do trabalho. Todavia, essa interação, ainda que possa trazer mais leveza ao cotidiano, não produz uma desestabilização da hierarquia consolidada nos serviços/equipes de saúde.

Outro aspecto referente à relação gestão/equipe é uma sutil competitividade velada, além do sentimento de pertencimento à equipe:

Sempre é falado para gente que não somos quatro equipes, A, B, C e D e sim uma equipe só, a equipe a Clínica da Família. Sendo que isso, na prática não existe [...] tanto que se falta médico em uma equipe, mesmo que tenha em outra, não tem remanejamento de pacientes (Sofia, ACS).

Para a enfermeira Luiza, “tem uma estratégia de gestão, exercida pela Organização Social, que fomenta a competitividade entre as equipes”. A gestão, fortemente baseada no alcance de metas de alguns indicadores, tem como unidade de análise a CF como um todo e as equipes especificamente, com a emissão de relatórios particulares. O sistema de pagamento por desempenho, por exemplo, faz distinção entre equipes.

Outra questão, observada por Lacerda (2010), é uma separação entre equipe técnica e demais trabalhadores, particularmente ACS e agentes de endemias. Lacerda alerta que essa terminologia não está presente nos documentos da política, mas é uma expressão simbólica e concreta da divisão social do trabalho (Lacerda, 2010: 116). A enfermeira Claudia fala sobre rotinas de discussão:

A equipe técnica tem que estar coesa, para passar os fluxos para os subordinados. Por isso tem uma pauta da equipe técnica. A equipe técnica é compreendida por médicos, enfermeiros, técnicos, a gerente, para depois direcionar para os agentes (Claudia, enfermeira).

Tal hierarquização se opõe à composição de equipe na perspectiva da integralidade e da valorização do ACS como profissional. Sobre as formas de valorização do trabalho, a ACS diz:

Eu acho que, talvez é entender que a gente precisa participar de absolutamente tudo, tudo, entendeu? Todas as decisões que são tomadas têm que ser tomadas não só com a equipe técnica (Nina, ACS).

A síntese da reflexão sobre o trabalho em equipe aponta algumas direções. Em primeiro lugar, a consideração de que, no campo de estudo, identificamos a composição de equipes que incluem o ACS, diferentemente

do observado em experiências anteriores. Contudo, esse é um passo necessário, mas que não equaciona a questão da hierarquização do trabalho. Em outras palavras, ainda que o *projeto* enuncie uma ruptura com a perspectiva de hierarquização, os *processos* atuam em dupla-face, ora reiterando as divisões sociais que fortalecem a hierarquização –na linguagem, nas consultas, nos grupos–, ora adotando formas de relacionamento interpessoal que diluem o caráter hierárquico do trabalho.

Para que o trabalho se efetive como “em equipe” é necessário que os profissionais disponham de graus de autonomia técnica e que ocorra uma integração de projetos de trabalho. Isto requer uma interferência em processos que estabelecem para o trabalhador de nível médio em geral, e para o ACS em particular, um lugar de subalternidade e desprestígio na divisão social do trabalho. Por isso, são fundamentais os mecanismos que possam se contrapor a essa processo, promovendo a autoridade técnica, que, como afirma Peduzzi (2001) é uma condição para a autonomia. Assim, uma educação formal consistente, que no caso dos ACS aponta para formação em nível técnico, seria um importante instrumento para a criação de condições mais favoráveis a composição de equipes profissionais. Nesse sentido afirmamos a relevância de sua inclusão no horizonte mais imediato da política de gestão do trabalho.

Em outro sentido, congruente com o apontado anteriormente, os espaços institucionalizados que possibilitam a interação das experiências que emergem do trabalho devem ser expandidos no cotidiano, colocando em discussão enfoques, contribuições e conhecimentos de cada área profissional na elaboração e planos de ação individual e coletiva. Isto poderia trazer um contraponto ao modelo de gestão que vem sendo aplicado no setor público em geral e na saúde, que individualiza e personaliza o os resultados do trabalho e ao qual se associa uma produção de mal estar (Fortino e Linhart, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa indica que práticas e concepções históricas que marcam a relação ACS/serviços de saúde/comunidade, presentes até hoje na atuação desses trabalhadores, desenham significados que, por vezes, enfatizam seu papel de representante das práticas clínicas e epidemiológicas, em uma vertente muito mais identificada com o sanitarismo e, por outras, enfatizam seu papel de mobilizador social, em interação com um processo de educação com perspectiva emancipatória.



A análise do trabalho dos ACS a partir do estudo de campo possibilitou construir significados sobre as características que este trabalho tem adquirido, como a combinação entre parcelamento de atividades e simplificação do trabalho. Assim, atribuições que teriam uma dimensão mais complexa no marco da educação em saúde são convertidas em tarefas fortemente marcadas por uma perspectiva utilitarista. Os objetos e as finalidades do trabalho são traçados a partir da lógica de prevenção de agravos, e o ACS se põe como um representante desta lógica na comunidade. Seu papel como agente de tradução, ora levando as prescrições do serviço para a comunidade, ora expressando as informações da população em dados requisitados pelo sistema de informação, constitui-se como um dos elementos da identidade profissional desse trabalhador diante dos outros profissionais da saúde da família e para o próprio ACS.

Os sistemas de informação, mais do que instrumentos do trabalho a partir dos quais emergem temas de reflexão, são importantes direcionadores do processo de trabalho e igualmente constituem significados sobre o trabalho que apontam para sua simplificação. Quanto ao trabalho em equipe, consideramos que a integração ocorre, sobretudo, no plano pessoal. A presença de mecanismos de gestão que mobilizam a competição e a ausência de formação específica dos ACS prejudicam a conquista de autonomia para que os saberes e responsabilidades sejam partilhados pela equipe.

Finalizando, lembramos que no caso do ACS, o Estado concebeu uma nova profissão, que só existe no interior do próprio Estado. Ao assumir esse papel é fundamental que o Estado projete e aja politicamente no sentido de estimular a criação de um horizonte que fortaleça características deste trabalhador que o situe como profissional estratégico no SUS e não como um trabalhador socialmente vulnerável que se justifique por remediar a precariedade da relação historicamente estabelecida entre os serviços públicos de saúde e a população brasileira.

## BIBLIOGRAFIA

- BERTONCINI, JUDITE; PIRES, DENISE e SCHERER, MAGDA (2011), “Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família”. *Trabalho, Educação e Saúde*, vol. 9, suppl.1. Rio de Janeiro, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, pp. 157-173.
- BORNSTEIN, VERA. J. e STOTZ, EDUARDO N. (2008). “O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora”. *Trabalho, Educação e Saúde [online]*, vol. 6, Nº 3. Rio de Janeiro, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, pp. 457-480.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997), *Portaria nº 1886 de 18 de dezembro. Aprova as normas e diretrizes dos Programas de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família e dá outras providências*. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf)> Acesso em: 04 agosto 2012.
- (2006), *Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, DF.
- (2011), *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. 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)*. Brasília, DF.
- BRITO, JUSSARA (2009), “Trabalho prescrito” (verbetes). Em: Isabel Brasil Pereira e Julio Cesar França Lima (orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, pp. 440-445. 2ª ed. rev. ampl.
- CARVALHO, SÉRGIO R. (2004), “As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Set., vol. 9, Nº 3. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), pp. 669-678.
- CASTRO, ANA LUISA B. e MACHADO, CRISTIANI V. (2012), “A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000”. *Physis*, vol. 22,

- Nº 2. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pp. 477-506.
- COSTA, MARIA CRISTINA S. (2002), “Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*, vol. 10, Nº 3. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pp. 372-382.
- DEJOURS, CHRISTOPHE (2008), “Avaliação do trabalho submetida à prova do real: crítica aos fundamentos da avaliação”. Em: Laerte Idal Sznelwar e Fausto Leopoldo Mascia, *Trabalho, Tecnologia e Organização*. São Paulo, Blucher.
- DRUCK, GRAÇA M. (2013), “Precarização social do trabalho no Brasil”. Em: Ricardo Antunes (org.), *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II*. São Paulo, Boitempo, pp.55-73. 2ª ed.
- FIGUEIREDO, MARIA FERNANDA S.; RODRIGUES NETO, JOÃO F. e LEITE, MAÍSA T. S. (2012), “Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário”. *Interface*, vol. 16, Nº 41. Botucatu, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, pp. 315-329.
- FONSECA, ANGELICA F. (2013), *O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde*, tese (doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- FONSECA, ANGÉLICA F.; MACHADO, FELIPE R. S.; BORNSTEIN, VERA J. e PINHEIRO, ROSENI (2012), “Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do Agente Comunitário de Saúde”. *Texto contexto-enferm*, vol. 21, Nº 3. Florianópolis, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, pp. 519-527.
- FORTINO, SABINE e LINHART, DANIELE (2011), “Comprendre le mal-être au travail: modernisation du travail et nouvelles formes de pénibilité”. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo (RELET)*. Rio de Janeiro, ALAST, vol. 16, Nº 25, pp. 35-67.
- GEERTZ, CLIFFORD (1989), *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, LTC-Livros Técnicos e Científicos.
- GOMES, KARINE O. *et al.* (2009), “A práxis do Agente Comunitário de Saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas”. *Saude e sociedade*, vol. 18, Nº 4. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pp. 744-755.

- (2010), “O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas”. *Physis*, vol. 20, Nº 4. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pp.1143-1164.
- LACERDA, ALDA (2010), “Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, tese (doutorado). Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- MAGNANI, JOSÉ GUILHERME C. (2009), “Etnografia como prática e experiência”. *Horiz. antropol.*, Dez, vol.15, Nº 32. Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pp. 129-156.
- MERHY, EMERSON E. (2004), “O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde”. Em: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, *VER-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília, Ministério da Saúde, pp.108-137.
- MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA (2002), “Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social”. Em: Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes (org.), *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro, Fiocruz/São Paulo, Hucitec, pp. 83-107.
- (2010), *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec. 12ª ed.
- NITERÓI. PREFEITURA MUNICIPAL (1992), *Anais da III Conferência Nacional de Saúde 1963*. Niterói, Fundação Municipal de Saúde.
- PEDUZZI, MARINA (2001), “Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia”. *Rev. Saúde Pública [online]*, vol. 35, Nº 1. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, pp. 103-109.
- PERES, CASSIA. R.F.B.; CALDAS JÚNIOR, ANTÔNIO L.; SILVA, ROSELI F. e MARIN, MARIA JOSÉ S. (2011), “O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades”. *Rev. Esc. Enferm. USP*, vol. 45, Nº 4. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pp. 905-911.
- PIRES, DENISE. E. P. (2009), “Divisão social do trabalho/Divisão técnica do trabalho em saúde/Precarização do trabalho em saúde” (verbetes). Em: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.), *Dicionário da*

*Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro, EPSJV, pp. 125-135; 317-320. 2ª ed.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SMSDC), Superintendência de Atenção Primária (2010), *Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária*. Rio de Janeiro, SMSDC. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

URSINE, BÁRBARA L.; TRELHA, CELITA S. e NUNES, ELISABETE F.P.A. (2010). “O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida”. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, vol. 35, Nº 122, pp. 327-339.

WALT, GILL (1990), *Community Health Workers in National Programs: just another pair of hands?* Philadelphia, Open University Press.

WORLD BANK (1975), *Health: sector policy paper*. Washington DC, The World Bank.